

NIV 1411Ca

13773g

**ZIEKTEN EN VERRICHTINGEN IN DE
ALMEERSE HUISARTSPRAKTIJK**

Verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk

H. Sixma
D. de Bakker
P. Groenewegen
J. van der Velden

Utrecht, juli 1992

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
(NIVEL)
Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT
Telefoon 030 - 319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Ziekten

Ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk. -
Utrecht : Nederlands instituut voor onderzoek van de
Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

Verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk /

H. Sixma ... [et al.]

ISBN 90-6905-165-6

Trefw.: huisartsgeneeskunde ; Almere ; onderzoek.

Typewerk en vormgeving: Renate Wiegers

Omslag: Mieke Cornelius

Drukwerk: Firma Post

VOORWOORD

Het rapport 'Verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk' is het derde rapport met basisgegevens over het werken van de Almeerse huisarts. In het eerste rapport staat de gezondheid en het gezondheidsgedrag van de praktijkpopulatie, en daarmee indirect van de Almeerse bevolking, centraal. Vervolgens is gekeken naar de in de huisartspraktijk gepresenteerde morbiditeit van de Almeerse bevolking. En nu dus de verrichtingen van de Almeerse huisartsen.

Met het rapport over de verrichtingen raken we aan een van de kernpunten van het beleid dat in Almere wordt gevoerd op het terrein van de gezondheidszorg. Vanaf het begin van de jaren tachtig is het streven in Almere gericht op een type zorg dat afwijkt van de rest van Nederland, qua organisatie en planning, maar ook qua uitkomsten. Met betrekking tot de uitkomsten van 'het Almeerse model' nemen de huisartsen een belangrijke positie in. Voor bewoners is de huisarts vaak een eerste aanspreekpunt als er iets mis is met de gezondheid. Het door de huisarts te voeren beleid is voor een belangrijk deel bepalend voor de verdere gang door het stelsel van (gezondheids)zorgvoorzieningen. Daarmee is de huisarts ook voor beleidsmakers interessant. Via het werken van de huisarts kan zowel direct als indirect grip worden gekregen op de doelstellingen, zoals die prachtig zijn geformuleerd in het projectplan Experiment Gezondheidszorg Almere, maar die in feite neerkomen op kwaliteitsverbetering, substitutie en kostenbeheersing. In het vervolg van dit rapport en de reeds verschenen en nog te verschijnen Almere-rapporten wordt uitgebreid ingegaan op de geformuleerde doelen, de ingezette middelen en de resultaten.

Bij dit rapport, waarbij verrichtingen van Almeerse huisartsen worden vergeleken met die van collegae elders in den lande, past een woord van dank. Dank aan de Almeerse huisartsen en centrumassistentes en de collegae in de rest van het land die bereid zijn geweest mee te werken aan de studie; een studie waarin het eigen handelen centraal staat. Dank ook aan de veldwerkers die tijdens de studie de schakel vormden tussen het NIVEL en de registrerende huisartspraktijken. Dank tenslotte aan de vele geïnteresseerden die in de verschillende stadia van het onderzoek hebben meegedacht over de opzet, de uitvoering en de rapportage van het onderzoek.

INHOUD	pag.
1. INLEIDING	1
1.1 Evaluatie-onderzoek in Almere	1
1.2 Onderzoek naar het werken van de (Almeerse) huisarts	4
1.3 Opbouw van het rapport	6
2. ACHTERGRONDEN EN DOELSTELLINGEN VAN HET ONDERZOEK	9
2.1 Achtergronden bij een onderzoek naar verrichtingen in de huisartspraktijk	9
2.2 De positie van de huisarts in Almere	11
2.3 Doel- en vraagstellingen bij het onderzoek	13
3. MEETINSTRUMENTEN, STEEKPROEFTREKKING EN DATAVERZAMELING	17
3.1 De deelnemende huisartsen	17
3.2 De contactregistratie	19
3.3 Berekening van de contactfrequentie	21
3.4 Classificaties	22
3.5 De gebruikte tellers en noemers	25
3.6 De selectie van de vergelijkingsgroep	27
4. HET WERKEN VAN DE ALMEERSE HUISARTSEN	29
4.1 Contactgegevens	29
4.1.1 Soort, duur en aantal problemen bij de contacten	30
4.1.2 Initiatief, soort contact en vervolgafspraken	34
4.1.3 Conclusies inzake de contactgegevens	37
4.2 Diagnostiek in de Almeerse huisartspraktijk	38
4.2.1 Diagnostische verrichtingen	39
4.2.2 Conclusies met betrekking tot diagnostiek	44
4.3 Behandelingen door de Almeerse huisartsen	45
4.3.1 De aantallen behandelingen	46
4.3.2 Conclusies met betrekking tot behandeling	50

4.4	Het voorschrijven van medicijnen	50
4.5	Het verwijzen van patiënten	54
4.5.1	Aantallen verwijzingen naar medisch specialisten en GGZ	54
4.5.2	Aantallen verwijzingen naar eerstelijnsdisciplines	58
4.5.3	Conclusies met betrekking tot de aantallen verwijzingen	59
4.6	Overleg naar aanleiding van contacten	59
4.7	Samenvatting	60
5.	MORBIDITEITSSPECIFIEKE VERRICHTINGEN	65
5.1	Inleiding	65
5.2	Morbiditeitsspecifieke verrichtingen in hoofdgroepen	66
5.3	Diagnostiek naar ICPC-hoofdstuk en ICPC-cluster	70
5.4	Behandelingen naar ICPC-hoofdstuk en ICPC-cluster	72
5.5	Voorschrijven van medicijnen naar ICPC-hoofdstuk en ICPC-cluster	75
5.6	Verwijzingen naar ICPC-hoofdstuk en ICPC-cluster	77
5.7	Conclusie	80
6.	DE VERGELIJKING TUSSEN DEELPOPULATIES	81
6.1	Contactfrequentie bij verschillende groepen huisartspraktijken	82
6.2	Een overzicht van alle verrichtingen	84
6.3	Diagnostiek	86
6.4	Behandeling	88
6.5	Voorschrijven van medicijnen	90
6.6	Verwijzingen en overleg	92
6.7	Conclusies inzake de vergelijking met groepen huisartspraktijken	94

7. VERRICHTINGEN IN DE ALMEERSE HUISARTSPRAKTIJK; SAMENVATTING EN CONCLUSIES	95
7.1 Opzet en uitvoering van het onderzoek	95
7.2 Conclusies met betrekking tot de vraagstellingen	97
7.2.1 De aantallen contacten met huisartspraktijken	97
7.2.2 Aantallen verrichtingen in de huisartspraktijk	98
7.2.3 De invloed van verschillen in morbiditeit	102
7.2.4 Vergelijking met praktijken in gezondheidscentra en grote steden	103
7.2.5 Koppeling van de resultaten naar de doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere	105
7.3 Een terugblik op het onderzoek	106
LITERATUUR	109
BIJLAGEN	
A Contactregistratieformulier	
B Clustering van klachten en aandoeningen ten behoeve van de presentatie van morbiditeitspecifieke verrichtingencijfers in hoofdstuk 6	
C Gegevens uit de huisartsenquête	

1. INLEIDING

indeling hoofdstuk

Doel en achtergronden van het onderzoek naar de aantallen verrichtingen gedaan door de Almeerse huisarts staan centraal in dit inleidende hoofdstuk. Deze onderwerpen zullen meer in detail worden uitgewerkt in paragraaf 1.2. Daarvoor zal in paragraaf 1.1 een korte schets worden gegeven van het kader waarin het onderzoek naar ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk heeft plaatsgevonden. Dit inleidende hoofdstuk wordt afgesloten met paragraaf 1.3, waarin de indeling van het rapport 'verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk' aan de orde komt.

1.1 Evaluatie-onderzoek in Almere

stuurgroep Almere

Onderzoek in Almere betekent onderzoek in een gemeente die bij het verschijnen van dit rapport ruim 15 jaar bestaat. Nieuwe wegen, nieuwe huizen, nieuwe bewoners (in aantal inmiddels uitgegroeid tot circa 80.000) en een gezondheidszorg die afwijkt van de rest van Nederland.

Bij het totstandkomen van de opzet voor het Almeerse stelsel van zorgvoorzieningen heeft de in 1983 geïnstalleerde Stuurgroep Project Gezondheidszorg Almere (PGA) een belangrijke rol gespeeld. De doelstelling van de stuurgroep was tweeledig. Enerzijds het vorm geven aan de Almeerse zorgvoorzieningen en het schetsen van de weg waarlangs deze tot stand zouden kunnen komen. Daarnaast had de stuurgroep tot taak de uitvoering van de op de rails gezette plannen te bewaken en waar nodig te zorgen voor bijsturing.

Almere bood mogelijkheden voor een planmatig op te zetten stelsel zorgvoorzieningen, ingericht naar de op dat moment heersende denkbeelden. Nieuw, maar met de aantekening dat gewerkt moest worden binnen de bestaande (wettelijke) kaders.

Inmiddels heeft, zes jaar na de installatie, de Stuurgroep PGA de werkzaamheden in het voorjaar van 1989 beëindigd. Het raamwerk van de Almeerse gezondheidszorg, aan te duiden als het Experiment Gezondheidszorg Almere (EGA), staat overeind. De verdere invulling en inkleuring geschiedt door de Samenwerkende Almeerse Gezondheidszorginstellingen (SAG).

doelstelling

De oorspronkelijke doelstelling van het Project Gezondheidszorg Almere luidt als volgt:

'.... het in Almere tot stand brengen en in stand houden van een in bestuurlijk, structureel en financieel opzicht samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen, dat aan de bevolking een op haar behoeften afgestemde gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening biedt van optimale kwaliteit en tegen acceptabele kosten

(Stuurgroep Almere, 1983).

Het stelsel van voorzieningen dat op basis van deze hoofddoelstelling in de praktijk gestalte krijgt, wijkt op een aantal punten af van de traditionele wijze waarop de gezondheidszorg in Nederland is georganiseerd. Financiering van de verschillende instellingen actief op het terrein van de Almeerse gezondheidszorg geschiedt via één gemeenschappelijke zorgbegroting. Een zorgbegroting die in overleg met de disciplines door het SAG wordt opgesteld. Daarnaast wordt, met behulp van een strakke planning en een sturing via de geldstromen naar de verschillende echelons in de zorg, geprobeerd de gestelde doelen te verwezenlijken. Dit zijn bijvoorbeeld 'sterke eerstelijnszorg', 'krappe en aanvullende tweedelijnszorg', 'samenhangende zorg', 'continuïteit van zorg' en 'patiëntenparticipatie'. Een aantal van deze begrippen zullen we wat meer in detail uitwerken.

kwaliteit

Eerstelijnszorg wordt anno 1992 in Almere geboden vanuit dertien wijkgerichte gezondheidscentra. In elk gezondheidscentrum wordt samengewerkt door huisartsen, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen, gezinsverzorgenden, verloskundigen, maatschappelijk werkenden en centrum-assistentes. Andere eerstelijnsdisciplines, zoals diëtik, zijn niet permanent in het gezondheidscentrum aanwezig, maar houden wel spreekuren in de centra. Het overgrote deel van de hulpverleners in de eerstelijnszorg zijn in loondienst bij een overkoepelende organisatie: de Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere (EVA). Naast werkgever is de EVA tevens beheerder van de bestaande gezondheidscentra en opdrachtgever voor de centra die nog worden gebouwd. Het werken vanuit één organisatie biedt mogelijkheden om structureel aandacht te schenken aan bijvoorbeeld kwaliteitsbewaking, nascholing en continuïteit van zorg.

substitutie

De sterke eerstelijnszorg in Almere moet in staat worden geacht om, meer dan in een doorsnee Nederlandse situatie het geval is, mensen in of in de omgeving van hun thuissituatie op te vangen en te behandelen. Deze verschuiving van tweedelijnszorg naar zorg verleend in de eerstelijns, en binnen de tweedelijnszorg van klinische- naar poliklinische zorg, heeft in Almere consequenties voor het volume van de voorzieningen in de tweedelijns. Het op 6 maart 1991 officieus geopende Flevoziekenhuis - de officiële opening heeft in juni 1991 plaatsgevonden - heeft voorlopig een capaciteit van 'slechts' 180 bedden, aangevuld met tien wiegen en 15 plaatsen voor dagbehandeling. Tegenover dit relatief lage aantal bedden staat de infrastructuur van een centrumziekenhuis.

zorg naar behoefte

Naast het kwaliteitsaspect (goede en samenhangende zorg dicht bij de mensen) en het kostenaspect (verschuiving binnen de tweedelijns van klinisch naar poliklinisch en van tweede- naar eerstelijnszorg) is een belangrijke doelstelling van het PGA de zorg af te stemmen op de behoefte en wensen vanuit de Almeerse bevolking. Een van de middelen om deze subdoelstelling te bereiken is het betrekken van de bevolking bij zowel de planning van nieuwe voorzieningen als het functioneren van

bestaande voorzieningen. In Almere participeren bewoners op centraal niveau in de diverse beleidsorganen; op het niveau van de afzonderlijke gezondheidscentra maken bewoners deel uit van de het centrumbestuur. Naast deze directe participatie functioneert de Stichting Informatie en Ondersteuning Patiëntengroepen (SIOP) als vraagbaak voor de Almeerse bevolking bij problemen op het terrein van de gezondheidszorg en als overlegpartner voor de EVA en andere instellingen actief in de Almeerse gezondheidszorg.

Bij de opbouw van het stelsel van zorgvoorzieningen in Almere heeft de Stuurgroep rond het PGA een belangrijke rol gespeeld bij het uitzetten van de lijnen. In deze groep participeerden vertegenwoordigers van de centrale, de regionale en de lokale overheid, financiers, hulpverleners, gezondheidszorgorganisaties, bewoners en onafhankelijke deskundigen. Na het ontbinden van de Stuurgroep in 1989 is de fakkel overgenomen door de Samenwerkende Almeerse Gezondheidszorginstellingen (SAG). Het SAG moet worden opgevat als de overkoepelende instantie voor alle Almeerse gezondheidszorginstellingen.

evaluatie-onderzoek

De belangrijkste vraag die bij het PGA, of het EGA, gesteld kan worden is of alle inspanningen om in Almere te komen tot een 'nieuw' stelsel van zorgvoorzieningen uiteindelijk resulteren in het bereiken van de geformuleerde doelstellingen. Met andere woorden: wat levert het project Almere uiteindelijk op. Een tweede vraag die daarvan afgeleid kan worden betreft de toepasbaarheid van het 'Almeerse model' of deelaspecten daarvan in de rest van Nederland. Beide vragen liggen ten grondslag aan het evaluatie-onderzoek dat rondom het experiment Almere wordt verricht. Onderzoek met enerzijds het doel om tijdens de uitbouw van het Almeerse stelsel van zorgvoorzieningen tussentijds bij te kunnen sturen. Anderzijds moet op basis van het evaluatie-onderzoek in 1993 de balans worden opgemaakt van alle gedane inspanningen in Almere; een balans in cijfers zowel als in woorden, waarbij wat betreft het laatste vooral gedacht moet worden aan een goede en correcte beschrijving van de loop van het experiment en de bevindingen.

Het evaluatie-onderzoek rond het project Almere wordt uitgevoerd door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) en door het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI). Het NIVEL richt zich daarbij in hoofdzaak op de eerstelijnszorg en de inhoudelijke samenhang van zorg en zorgvoorzieningen. Het NZI onderzoekt het gebruik van tweedelijnsvoorzieningen, met daarnaast speciale aandacht voor de ontwikkelingen en samenhang op het bestuurlijke vlak. Het evaluatie-onderzoek vond tot 1989 plaats onder begeleiding van één van de subcommissies van de Stuurgroep van het PGA, te weten de subgroep evaluatie. Na het terugtrekken van de Stuurgroep is de betreffende subgroep uitgebreid met een aantal onafhankelijke deskundigen en gaan functioneren als een volwaardige begeleidingscommissie voor het onderzoek in Almere.

Het evaluatie-onderzoek wordt gefinancierd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Financiering voor aanvullende deelprojecten vond plaats via de gemeente Almere.

1.2 Onderzoek naar het werken van de (Almeerse) huisarts

Het evaluatie-onderzoek rondom het Experiment Gezondheidszorg Almere zal onder meer antwoorden moeten geven op vragen betreffende het functioneren van het stelsel van zorgvoorziening in relatie tot de behoefte aan zorg en aan de zorgverlening verbonden kosten. Functioneert de Almeerse gezondheidszorg naar voldoening en behoefte van zowel bewoners, hulpverleners als bestuurders; doet zij dit wellicht beter dan elders in Nederland? Het onderzoek waarvan in dit rapport verslag wordt gedaan zal antwoord moeten geven op een aantal van dergelijke vragen.

Nationale Studie

Toen in de loop van 1986 duidelijk werd dat een zeer omvangrijke studie naar het werken van de Nederlandse huisarts doorgang zou vinden, is met succes geprobeerd een deel van de Almeerse huisartsen aan te laten sluiten bij deze Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De gegevens verzameld in Almere en in de rest van Nederland zijn nagenoeg identiek. Omdat daarnaast basisgegevens beschikbaar zijn voor wat betreft de beide onderzoekspopulaties, is de mogelijkheid ontstaan om een bijna optimale vergelijking te maken tussen het werken van de Almeerse en de Nederlandse huisarts. Wat de achtergronden zijn bij dit rapport over de verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk en de specifieke verschillen tussen Almere en de rest van Nederland, zal in het volgende hoofdstuk aan de orde komen. Op deze plaats willen wij graag een schets geven van de achtergronden en opzet van de Nationale Studie in zijn totaliteit.

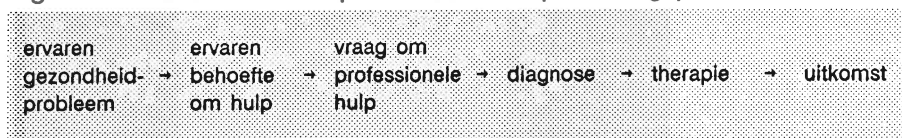
Behalve op de gebruiker van zorgvoorzieningen is het beleid met betrekking tot het functioneren van de Nederlandse, maar ook de Almeerse gezondheidszorg met name gericht op het werken van de huisarts. De huisarts is één van de hulpverleners, waarmee circa 75% van de Nederlandse bevolking jaarlijks gemiddeld drie à vier keer contact heeft. Daarnaast functioneert de huisarts in de regel als schakel tussen eerste- en de tweedelijnszorg en tussen huisartsgeneeskunde en meer gespecialiseerde hulpverleners in de eerstelijnszorg zoals fysiotherapeuten. Het werken van de huisarts is zowel direct, via bijvoorbeeld het voorschrijven van medicijnen en het aanvragen en verrichten van diagnostisch onderzoek, als indirect via het verwijzen naar medisch specialisten, een kosten genereerende factor in de gezondheidszorg. De Nationale Studie naar ziekten en verrichting in de huisartspraktijk, in het vervolg kortweg aan te duiden als de Nationale Studie, is gericht op het zo volledig en zo systematisch mogelijk verzamelen van gegevens over het werken van de Nederlandse huisarts en de relatie tussen het werken van de huisarts en de behoefte aan zorg bij de populatie. Twee vragen staan hierbij centraal. De eerste

vraag betreft de klachten, ziekten en problemen die in de huisartspraktijk worden gepresenteerd. De tweede vraag is hoe de huisartsen, gegeven de hulpvraag, op de hen aangeboden problematiek reageren.

onderzoeksschema

Deze twee onderzoeksvragen zijn naar twee kanten uitgebreid. De eerste uitbreiding betreft de patiënt en de factoren die vanaf deze kant de presentatie van gezondheidsproblemen aan de huisarts beïnvloeden. Hierbij kan gedacht worden aan geografische achtergrondkenmerken, verzekeringsvorm, gezondheidstoestand, neiging tot zelfzorg, sterkte van het netwerk waarin men functioneert en het oordeel over het werken van de huisarts. Deze uitbreiding kan worden opgevat als het betrekken van de 'vraagzijde' bij het onderzoek. De tweede uitbreiding betreft de 'aanbodzijde'. Hierbij wordt gedoeld op aspecten als de invloed van de praktijkorganisatie, de praktijkvoering en taakopvatting en taakuitvoering van de huisarts op de hen aangeboden problematiek. De oorspronkelijke kern van het onderzoek en de uitbreiding naar vraag en aanbodkant is schematisch weergegeven in figuur 1.1.

Figuur 1.1 Keten van het professionele hulpverleningsproces



Om dit hulpverleningsproces in kaart te brengen zijn bij de Nationale Studie gegevens verzameld rondom twaalf deelprojecten (Foets, Van der Velden & Van der Zee, 1986).

meetinstrumenten

De belangrijkste meetinstrumenten, gebruikt bij de Nationale Studie, zijn:

- De contactregistratie. Bij een aselechte, niet-proportioneel gestratificeerde steekproef van in totaal 161 huisartsen zijn gegevens vastgelegd over arts-patiënt contacten en de contacten van patiënten met de assistente. De contactregistratie heeft plaatsgevonden in vier periodes van elk drie maanden en is begonnen op 1 april 1987. Het databestand dat is opgebouwd op basis van de contactregistratie bevat gegevens over circa 400.000 contacten. De beschikbare informatie heeft betrekking op de achtergronden van de contacten, klachten van de patiënten, de door de huisarts of assistente verrichte activiteiten en de verdere afhandeling van elke klacht.
- De patiëntregistratie. Van zoveel mogelijk patiënten, ingeschreven bij de aan het onderzoek deelnemende huisartspraktijken, zijn een aantal basisgegevens vastgelegd. Deze gegevens betreffen de woon- en gezinssituatie, de sociaal-economische positie en nationaliteit, aangevuld met demografische gegevens. Patiëntgegevens zijn beschikbaar voor ruim 330.000 personen.

- De huisartsenquête. Bij nagenoeg alle 161 deelnemende huisartsen aan de Nationale Studie is een uitgebreide schriftelijke vragenlijst afgenomen. Op deze wijze zijn gegevens opgenomen over de praktijkorganisatie en werkwijze, preventie, psycho-sociale problematiek, voorschrijfgedrag, houdingen ten opzichte van andere hulpverleners en over professionele contacten, interesses, nascholingen en nevenfuncties. Bij dit onderdeel van de studie zijn tevens gegevens verzameld over taakopvattingen.
- De patiëntenquête. Uit elke deelnemende huisartspraktijk is een aselechte steekproef van circa 100 personen - in Almere circa 50 personen - gevraagd mee te werken aan een uitgebreid mondeling interview. In dit interview kwamen aan de orde: eigen gezondheid en welbevinden, gezondheidsbevorderend gedrag, sociale netwerken en mantelzorg en het gebruik van voorzieningen op het terrein van de gezondheidszorg. Naast medewerking aan het interview is aan alle respondenten gevraagd gedurende drie weken een gezondheidsdagboek bij te houden. Via dit dagboek wordt informatie verkregen over in het bijzonder die klachten waarvoor geen huisarts wordt geraadpleegd.

In dit rapport zullen vooral gegevens worden gepresenteerd uit de contactregistratie, in combinatie met informatie uit de patiëntregistratie en de huisartsenquête. Het zal hierbij gaan om een presentatie van basisgegevens, zonder diepgravende analyses.

vijf rapporten

Het rapport over de verrichtingen van Almeerse en Nederlandse huisartsen maakt deel uit van een serie van vijf. De andere rapporten hebben betrekking op respectievelijk de instrumentontwikkeling en de gevolgde methodiek bij de Nationale Studie - dit betreft een Nationale Studie rapport, waarvan geen specifieke Almeerse versie is gemaakt -, de morbiditeit in de Almeerse huisartspraktijk en de patiëntenquête die in het kader van de Nationale Studie heeft plaatsgevonden bij circa 1200 inwoners van Almere. Het vijfde rapport betreft een samenvatting van de belangrijkste resultaten van het deelonderzoek 'ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk' en legt de verbanden tussen de hiervoor genoemde rapporten.

1.3 Opbouw van het rapport

indeling rapport

Het rapport 'verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk' telt zeven hoofdstukken. In het hoofdstuk volgend op deze inleiding zal het onderzoek naar de verrichtingen van de Almeerse huisartsen worden gerelateerd aan de doelstellingen van het project Almere en zal meer informatie worden gegeven over doelstellingen, opzet en uitvoering van het onderzoek. Hoofdstuk drie zal kort ingaan op de methode van onderzoek en de daaraan gekoppelde dataverzameling. De hoofdstukken vier, vijf en zes vormen de hoofdmoot van het rapport. In woorden, maar vooral in cijfers, zullen de resultaten worden gepresenteerd met betrekking tot het werken

van de Almeerse huisartsen. Hierbij is gekozen voor de weergave van de resultaten in tabelvorm van zowel productiecijfers (hoofdstuk vier) als morbiditeitsspecifieke verrichtingencijfers (hoofdstuk vijf) voor zowel Almere als de rest van Nederland. In hoofdstuk zes worden de gegevens voor Almere vergeleken met een aantal subgroepen uit de Nationale Studie, zoals huisartsen werkend in grote steden of gezondheidscentra uit de rest van Nederland. Hoofdstuk zeven zet de belangrijkste conclusies van het onderzoek naar de verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk op een rij, waarna de resultaten in meer beschouwende zin worden teruggekoppeld aan de doelstellingen van het onderzoek en van het Project Gezondheidszorg Almere. In de bijlagen zijn onder meer een aantal resultaten uit de huisartsenquête opgenomen.

2. ACHTERGRONDEN EN DOELSTELLINGEN VAN HET ONDERZOEK

indeling hoofdstuk

In dit hoofdstuk zal eerst in paragraaf 2.1 worden ingegaan op het belang van het onderzoek naar verrichtingen in de huisartspraktijk. Vervolgens zal in paragraaf 2.2 de specifiek Almeerse situatie aan de orde komen, waarbij de te verwachten resultaten uit dit onderzoek zullen worden gekoppeld aan de doelstellingen die kunnen worden afgeleid uit het Project Gezondheidszorg Almere. Paragraaf 2.3 bevat de doelstelling van het rapport en de onderzoeksvragen die in het rapport beantwoord zullen worden.

2.1 Achtergronden bij een onderzoek naar verrichtingen in de huisartspraktijk

substitutie van zorg

Naast kwaliteit is substitutie van zorg één van de belangrijke doelstellingen van het overheidsbeleid (Groenewegen & Sluijs, 1988). Substitutie in relatie tot het functioneren van de eerstelijnszorg kan inhouden dat taken verschuiven van tweede- naar eerstelijnszorg. Voorbeelden hiervan zijn diagnostische verrichtingen die oorspronkelijk alleen in gespecialiseerde instellingen gedaan konden worden, maar waarbij de technologische ontwikkelingen toepassing in de huisartspraktijk mogelijk maken. Een andere mogelijkheid is dat taken, die in oorsprong aan de huisarts zijn toebedeeld doch geleidelijk door andere hulpverleners worden uitgeoefend, weer door de huisarts worden opgepakt. Een voorbeeld van zo'n taak is de EHBO-functie. Met name in de grote stad is EHBO geleidelijk verschoven richting ziekenhuis, terwijl men zich af kan vragen of deze taak niet beter (en goedkoper) door de huisarts kan worden gedaan. Achterliggende gedachte bij beide voorbeelden is dat als eerstelijnsdisciplines meer taken op een goede wijze vervullen, er minder vaak een beroep hoeft te worden gedaan op tweedelijnszorg. In een beleid gericht op substitutie en kwaliteit van zorg passen ideeën over praktijkverkleining, het toegankelijk maken van diagnostische faciliteiten voor huisartsen, uitbreiding van het takenpakket van de huisartsen, nascholing en toetsing en het stimuleren van samenwerkingsverbanden waarin huisartsen participeren.

kwaliteit van zorg

Om vast te kunnen stellen of substitutie mogelijk is, of wellicht al plaatsvindt, zijn gegevens over de aantallen verrichtingen van hulpverleners onmisbaar. Onmisbaar bij evaluatie-onderzoek, waarbij gepoogd wordt vast te stellen in hoeverre doelstellingen op het terrein van substitutie zijn bereikt. Onmisbaar ook bij het beleid van beroepsorganisaties dat gericht is op het sturen van gewenst en ongewenst gedrag van haar leden. Een mooi voorbeeld van dit laatste zijn de experimenten, waarbij bepaalde

verrichtingen worden vergoed los van een abonnementshonorarium, met het doel het uitvoeren van deze specifieke verrichtingen te stimuleren. Ook als naar de kwaliteit van het werken van de huisarts wordt gekeken, dan geldt dat informatie over wat wel en wat niet door de huisarts (bij welke klacht) wordt gedaan van groot belang is. Welke activiteiten mogen, gelet op het Basistakenpakket van de huisarts, van de beroepsgroep in algemene zin worden verwacht. Welke activiteiten ontplooit de huisarts bij specifieke aandoeningen, zoals die bijvoorbeeld worden omschreven in de NHG-standaarden? Antwoorden op dergelijke vragen zijn niet mogelijk zonder inzicht in morbiditeitsspecifieke verrichtingen, uitgevoerd door de huisarts.

De behoefte aan informatie over de aantallen verrichtingen door huisartsen staat in schril contrast tot de feitelijke informatie, zoals die tot voor kort beschikbaar was op landelijk niveau. Dergelijke informatie blijft in de regel beperkt tot de aantallen verwijzingen naar medisch specialisten voor ziekenfondsverzekerden. Daarnaast is op het niveau van de afzonderlijke ziekenfondsen informatie beschikbaar over het voorschrijven van medicijnen en verwijzingen naar fysiotherapeuten en andere hulpverleners waarvoor declaraties worden ingediend. Echter, deze informatie is fragmentarisch, waarbij elk ziekenfonds zijn eigen prioriteiten stelt bij de wijze waarop gegevens worden verwerkt en beschikbaar worden gesteld. Voor particulier verzekerden geldt dat vergelijkbare gegevens voor een groot deel van de verzekerden centraal worden geregistreerd, doch dat het aanwenden van deze gegevens voor andere zaken dan de eigen bedrijfsvoering tot nu toe nauwelijks heeft plaatsgevonden.

doel van de studie

Het verzamelen van gegevens over verrichtingen in de huisartspraktijk, met het doel uitspraken te doen over het werken van de Nederlandse huisarts, vormt een van de belangrijkste onderdelen van de Nationale Studie. Gegevens over de aantallen en aard van de verrichtingen gedaan door huisartsen en assistentes kunnen worden gekoppeld aan morbiditeitsgegevens en aan andere kenmerken van het consult, de patiënt en de huisartspraktijk. Bovendien geldt dat de registratie van verrichtingen van de huisarts in de Nationale Studie niet beperkt blijft tot handelingen die hun sporen nalaten in externe administraties, zoals verwijzingen, prescripties en diagnostiek ten behoeve van ziekenfondspatiënten. In de Nationale Studie zijn ook verrichtingen geregistreerd die normaliter niet voor onderzoek toegankelijk zijn. Het betreft hier bijvoorbeeld behandelingen in de praktijk, variërend van gesprekken met de bezoekende patiënt tot het doen van kleine chirurgische ingrepen en diagnostiek die in de eigen praktijk worden uitgevoerd. Door de uitvoering van de Nationale Studie is een database beschikbaar gekomen, met behulp waarvan een uitstekende indruk kan worden verkregen van alle facetten van het werken van de Nederlandse huisarts.

2.2 De positie van de huisarts in Almere

gezondheidscentra

Op één uitzondering na zijn anno 1992 alle Almeerse huisartsen in loondienst bij de Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere (EVA) en wordt spreekuur gehouden in wijkgerichte gezondheidscentra. Zodra de eerste bewoners zich in een wijk vestigen, openen in principe ook de deuren van een nieuw gezondheidscentrum. Per wijk of een gedeelte van een wijk bedient het gezondheidscentrum een patiëntenpopulatie van 6000 à 7000 personen. Het aantal huisartsen is gekoppeld aan het aantal patiënten in een bepaalde wijk, waarbij als standaard mag worden gehanteerd dat in elk gezondheidscentrum, omgerekend naar full-time equivalenten, tenminste drie huisartsen werkzaam zijn. Van deze drie huisartsen is er tenminste één van het vrouwelijk geslacht. Voor assistentie beschikt elk gezondheidscentrum over een team van centrumassistentes.

Binnen het centrum heeft elke huisarts in principe een eigen patiëntenbestand van tussen de 1750 en 2500 patiënten. Bij de omvang van het aantal patiënten is het streven gericht op een verkleining van de Almeerse praktijken, waarbij op dit moment een praktijkomvang van circa 2000 patiënten per huisarts het uitgangspunt is. Vanuit het gezondheidscentrum wordt huisartsgeneeskundige zorg geboden, waarbij de patiënt in de regel een afspraak moet maken voor het contact met de huisarts. Buiten de kantooruren zijn de huisartsen, werkend in vier waarneemgroepen, bereikbaar via een centrale dokterstelefoon. Voor EHBO gelden regelingen die per waarneemgroep en per stadsdeel verschillen. Ten tijde van het onderzoek naar de verrichtingen door de Almeerse huisartsen liep elke EHBO-aanvraag, op tijden dat de gezondheidscentra gesloten zijn, via de dokterstelefoon.

In het centrum kan elke huisarts, naast het standaardinstrumentarium, gebruik maken van de op centrumniveau aanwezige diagnostische faciliteiten. Wat boven het standaardpakket aanwezig is kan van centrum tot centrum verschillen. Voor uitgebreid diagnostisch onderzoek waren er ten tijde van het onderzoek afspraken met het Medisch Centrum Almere (MCA); een buitenpolikliniek van het Amsterdamse Burgerziekenhuis. De centra zijn in principe open van 08.30 tot 17.00; tijdens de middagpauze zijn de meeste centra als regel alleen bereikbaar voor spoedgevallen. Buiten de kantooruren kan hulp van een huisarts worden ingeroepen via een centrale dokterstelefoon. Daarnaast beschikt elk centrum over een alarmnummer voor spoedgevallen.

geplande resultaten

De experimentele opzet van de gezondheidszorg in Almere en het werken van de Almeerse huisarts staan niet los van elkaar. Waar in de doelstellingen van het EGA wordt gesproken over zorg naar behoefte, kwalitatief goede zorg en kostenbeheersing, geldt dit met nadruk ook voor het werken van de huisarts. Om deze doelstellingen te bereiken zijn in Almere een aantal middelen aangewend. Het loondienstverband bij een organisatie, in combinatie met de samenwerking in gezondheidscentra, zou kunnen resulteren in minder interdoktervariantie bij het uitvoeren van de

taken en een meer uniforme opstelling tegenover de hulpvrager. Het kunnen beschikken over goed opgeleide doktersassistentes met een uitgebreid takenpakket en extra voorzieningen in de behandelkamers zou kunnen resulteren in een meer adequate taakverdeling tussen huisarts en assistente, waarbij relatief veel taken aan de assistente zijn overgedragen. Het feit dat wordt samengewerkt in goed uitgeruste gezondheidscentra zou met zich mee moeten brengen dat relatief veel diagnostisch onderzoek en behandelingen binnen de muren van het centrum kunnen worden uitgevoerd, in combinatie met relatief weinig aanvragen voor externe diagnostiek. Substitutie van zorg derhalve. Bij alle, vanuit het projectplan gezien, positieve effecten dient er voor gewaakt te worden dat één en ander niet ten koste gaat van de kwaliteit van zorg. Kwaliteit in de strikt medische zin, zowel als kwaliteit gedefinieerd via bijvoorbeeld de toegankelijkheid van de voorzieningen en de mate waarin hulpvragers met al hun problemen bij de hulpverlener terecht kunnen en vervolgens adequaat worden geholpen.

bevolkingsopbouw

Mogelijk verstorende variabelen bij het bereiken van de doelstellingen zijn kenmerken van de bevolking en bijvoorbeeld structuurkenmerken. De Almeerse bevolking is een bijzondere bevolking. Gemeenschappelijk is dat men relatief kort in Almere woonachtig is. Het recent verhuisd zijn zou kunnen resulteren in een hogere contactfrequentie met de huisarts (Van der Wal & Smeenk, 1984). Ruim tweederde van de Almeerse bevolking is afkomstig uit Amsterdam of Amstelveen. De vraag hierbij is of de hoge medische consumptie, zoals die voor Amsterdam uit alle statistieken naar voren komt, in Almere wordt gecontinueerd. Hierbij moet wel bedacht worden dat het een specifieke groep is die naar Almere verhuist. Dit blijkt als we de leeftijdsopbouw van Almere vergelijken met de rest van Nederland. Almere kent een sterke ondervertegenwoordiging van de leeftijdsgroepen boven de 45 jaar en in de leeftijdscategorie van 15 tot 25 jaar. Oververtegenwoordigd zijn de 0 tot 10-jarigen en de leeftijdsgroepen tussen de 25 en 45 jaar. Mannen en vrouwen houden elkaar wat aantal betreft in Almere keurig in evenwicht. Het is bekend dat leeftijd, geslacht en morbiditeit sterk aan elkaar zijn gerelateerd. Enerzijds zal er in Almere, door de ondervertegenwoordiging van ouderen, sprake zijn van een relatief gezonde populatie. Anderzijds is bekend dat met name jonge kinderen meer dan gemiddeld een beroep doen op de diensten van bijvoorbeeld de huisarts. Een reden te meer om bij het kijken naar het werken van de huisarts niet alleen te standaardiseren op leeftijd, maar ook morbiditeitsspecifieke gegevens te presenteren.

sterke eerstelijns

Tenslotte wordt in Almere expliciet gestreefd te komen tot een sterke eerstelijnszorg. Een sterke eerstelijnszorg betekent huisartsen die relatief veel zelf doen. Kleine chirurgische ingrepen en de reeds genoemde diagnostische activiteiten behoren nadrukkelijk tot het takenpakket van de Almeerse huisartsen. Daarnaast is het beleid gericht op behandeling in de eerstelijnszorg, met mogelijkheden voor consultatie van zowel beroeps-

genoten als andere in het gezondheidscentrum werkzame disciplines. Voor de huisarts zal dit betekenen dat patiënten relatief vaak worden doorverwezen naar eerstelijnsdisciplines. Een sterke eerstelijnszorg, in de Almeerse betekenis van het woord, betekent ook een relatief laag verwijscijfer naar de medisch specialist. Weinig actieve verwijzingen, omdat niet zonder meer elk verzoek van een patiënt om naar de tweedelijns te worden verwezen wordt gehonoreerd. Ook weinig passieve verwijzingen op aanvraag van de medisch specialist, omdat niet elke aanvraag voor een verlengingsverwijzing of achterafverwijzing automatisch door de huisarts van de handtekening voor accoord wordt voorzien. Blijft de patiënt onder behandeling van de huisarts, dan wordt van de huisarts in Almere verwacht dat hij open staat voor mogelijke (psycho-social) problemen als gevolg van de verhuizing naar Almere en zich ontwikkelt tot een echte gezinsarts. Uit oogpunt van kostenbesparing en om onnodige medicalisering tegen te gaan, zal de Almeerse huisarts die werkt in de stijl van het EGA relatief weinig medicijnen voorschrijven. Worden medicijnen voorgeschreven, dan zal samen met de aan de gezondheidscentra verbonden apotheken gezocht worden naar goedkoopste en meest effectieve oplossing.

Een aantal van de hierboven afgeleide verwachtingen kan worden getoetst op het materiaal verkregen via de Nationale Studie. De wijze waarop deze toetsing zal plaatsvinden, zal in de volgende hoofdstukken meer in detail aan de orde komen.

2.3 Doel- en vraagstellingen bij het onderzoek

centrale vraag

De centrale vraag die in dit rapport beantwoord zal worden betreft het handelen van de Almeerse huisartsen in vergelijking tot hun collegae in de rest van Nederland. Zij luidt:

Is het zo dat, gegeven de doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere en in aanmerking genomen de verschillen in morbiditeit tussen Almere en de rest van Nederland, er verschillen zijn in aantallen en aard van de contacten en verrichtingen tussen huisartsen in Almere en de rest van Nederland?

deelvragen

Deze centrale vraag kan worden opgesplitst in vijf deelvragen.

De eerste deelvraag gaat in feite vooraf aan de vraag naar het aantal verrichtingen en betreft aard en aantal contacten.

- A. Hoeveel contacten hebben mensen in een periode van drie maanden met de huisartspraktijk in Almere en Nederland?
- A.1. Hoeveel contacten per 1000 van de praktijkpopulatie hebben plaats met de huisarts en de assistente?

A.2. Hoeveel contacten per 1000 van de praktijkpopulatie hebben plaats in de praktijk, hoeveel bij de patiënt thuis en hoeveel per telefoon?

A.3. Hoe is de duur van de contacten verdeeld?

De beschrijving van de contactfrequenties vormt de basis voor de presentatie van verrichtingencijfers. Een verrichting vindt immers plaats binnen een contact met de huisarts of de praktijkassistente. De volgende deelvraag betreft een vergelijking van productiecijfers.

B. Hoe vaak worden een aantal specifieke verrichtingen uitgevoerd in huisartspraktijken in Almere en Nederland over een periode van drie maanden?

B.1. Hoe vaak worden deze verrichtingen uitgevoerd per 1000 van de praktijkpopulatie in de Almeerse (wel en niet gestandaardiseerd) en Nederlandse huisartspraktijk?

B.2. Hoe vaak worden deze verrichtingen uitgevoerd per 1000 contacten in de Almeerse (wel en niet gestandaardiseerd) en Nederlandse huisartspraktijk?

Er worden dus twee soorten productiecijfers voor zowel Almere als Nederland gepresenteerd. Verrichtingencijfers per 1000 van de praktijkpopulatie worden gepresenteerd om de relatie naar de praktijkgrootte te kunnen leggen. Daarnaast worden verrichtingen gerelateerd aan het aantal contacten. De kans op een verrichting is immers alleen aanwezig indien ook daadwerkelijk sprake is van een contact. Voor Almere worden verder ook productiecijfers gepresenteerd na standaardisatie op leeftijd naar de Nederlandse populatie. Dit is gedaan omdat Almere een relatief jonge leeftijdsopbouw heeft, welke het verrichtingenpatroon waarschijnlijk sterk beïnvloedt. De gestandaardiseerde cijfers kunnen worden geïnterpreteerd als verrichtingencijfers voor Almere voor het geval dat de leeftijdsopbouw in Almere hetzelfde zou zijn als die in Nederland.

verrichtingen naar
hoofdgroepen

Bij de verrichtingen worden een aantal hoofdgroepen onderscheiden. Dit zijn: het diagnostisch onderzoek, de behandelingen door de huisarts, verwijzingen naar andere disciplines, het overleg dat met andere hulpverleners wordt gevoerd en de prescriptie. Bij de diagnostische verrichtingen wordt een opdeling gemaakt naar onderzoek in de eigen praktijk en onderzoek elders. Bij de behandelingen of therapeutische verrichtingen zal een onderscheid worden gemaakt tussen de verschillende 'praat'-behandelingen, waarin alle voorlichtende en informatieve activiteiten van de huisarts zijn samen te vatten, en de 'doe'-behandelingen, waaronder de medisch-technische ingrepen vallen. Bij de verwijzingen gaat het zowel om verwijzingen naar medisch specialisten, als naar disciplines werkzaam op het terrein van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) als naar een aantal

eerstelijnsdisciplines. Hetzelfde geldt in feite voor het overleg dat wordt gevoerd naar aanleiding van een contact. Bij de prescriptie tenslotte is zeer gedetailleerde informatie beschikbaar over soort en hoeveelheid medicijnen die zijn voorgeschreven, doch de informatie zal worden gepresenteerd op het niveau van ATC-hoofdgroepen.

In de volgende deelvraag worden de verrichtingen gerelateerd aan de morbiditeit naar aanleiding waarvan zij worden uitgevoerd.

- C. Welke verrichtingen worden met welke frequentie uitgevoerd, gegeven de aard van de in Almere en Nederland gepresenteerde morbiditeit?
 - C.1. In hoeverre verschillen de aard en aantal verrichtingen die in een zorgepisode worden uitgevoerd, gegeven de aard van de morbiditeit onderscheiden naar ICPC-hoofdstuk?
 - C.2. In hoeverre verschillen de aard en aantal verrichtingen die in een zorgepisode worden uitgevoerd, gegeven de aard van de morbiditeit onderscheiden naar cluster van klachten en aandoeningen?

De morbiditeit zoals die door de Almeeders aan de huisarts wordt gepresenteerd wijkt af van de morbiditeit zoals die in de rest van Nederland aan de huisarts wordt gepresenteerd (De Bakker et al, 1992). Voor een zuivere vergelijking van aantallen verrichtingen moet daarmee rekening worden gehouden. Bij het relateren van verrichtingen aan de morbiditeit die gepresenteerd wordt, is gekozen voor een andere noemer dan bij de voorgaande vraagstellingen, namelijk de zorgepisode. Op de constructie van zorgepisodes zal in het volgende hoofdstuk worden ingegaan.

De aard van de morbiditeit wordt op twee verschillende manieren geclassificeerd. Eerst wordt een overzicht gegeven van verrichtingen naar morbiditeit onderscheiden in ICPC-hoofdstukken, een indeling grotendeels op anatomische gronden. Vervolgens wordt de morbiditeit onderscheiden naar een andersoortige clustering, deels op etiologische gronden, deels op basis van het onderscheid tussen acute en chronische aandoeningen (zie ook Groenewegen et al, 1992).

- D. Zijn er verschillen in frequentie waarmee verrichtingen worden uitgevoerd tussen de Almeerse huisartspraktijken en (subgroepen van) Nederlandse praktijken?
 - D.1. Welke verschillen zijn er in gemiddelde en in spreiding tussen de Almeerse en Nederlandse huisartspraktijken?
 - D.2. Welke verschillen zijn er in gemiddelde en in spreiding tussen de Almeerse huisartspraktijken en huisartspraktijken in andere stedelijke gebieden in Nederland?

D.3. Welke verschillen zijn er in gemiddelde en in spreiding tussen de Almeerse huisartspraktijken en andere huisartspraktijken in gezondheidscentra in Nederland?

Deze vraagstelling beoogt de gemiddelde Almeerse praktijk te vergelijken met de gemiddelde Nederlandse praktijk. Hierbij gaat het niet alleen om een vergelijking van gemiddeldes, maar ook om een vergelijking van de variatie rondom het gemiddelde. Naast het Nederlandse gemiddelde wordt ook vergeleken met twee subgroepen van praktijken uit de rest van Nederland. Dit om te bezien of een eventuele afwijking van het Nederlands gemiddelde toegeschreven kan worden aan het Almeerse systeem dan wel aan andere factoren. In de eerste plaats is daarom vergeleken met praktijken uit stedelijke gebieden in Nederland, dus praktijken die evenals Almere een stedelijke populatie hebben. In de tweede plaats wordt vergeleken met praktijken met een overeenkomstige praktijkvorm als in Almere, namelijk de gezondheidscentra in de rest van Nederland.

E. Welke conclusies kunnen er met betrekking tot de in de Almeerse huisartspraktijken uitgevoerde verrichtingen, in vergelijking tot verrichtingen elders in Nederland, worden getrokken met betrekking tot de doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere?

Voor een deel leiden deze vragen tot een rapport met een grotendeels beschrijvend karakter. Dat geldt vooral voor de vragen onder A en B, die beide in hoofdstuk 4 aan de orde komen. Het rapport wordt wat meer analyserend op het moment dat wordt nagegaan of de verschillen in frequentie waarmee de verrichtingen worden uitgevoerd te maken hebben met een afwijkende morbiditeit in Almere (hoofdstuk 5) of met een afwijkende populatie c.q. praktijksetting (hoofdstuk 6). In deze hoofdstukken komen respectievelijk de onderzoeksvragen C en D aan de orde. De vijfde en afsluitende vraag heeft een evaluatief karakter en koppelt de resultaten van ons onderzoek aan de doelstelling van de project Almere.

3. MEETINSTRUMENTEN, STEEKPROEFTREKKING EN DATAVERZAMELING

vooraf

Het materiaal om de onderzoeksvragen te beantwoorden is verzameld in het kader van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een uitgebreide beschrijving van opzet en materiaalverzameling van deze studie is te vinden in het basisrapport Meetinstrumenten en procedures (Foets & Van der Velden, 1990), dat wordt samengevat door Bensing et al, 1991. Om het onderhavige rapport afzonderlijk leesbaar te doen zijn wordt summier ingegaan op algemene aspecten van de opzet en materiaalverzameling (paragraaf 3.1 en 3.2) en wordt uitgebreider ingegaan op aspecten die specifiek zijn voor het onderwerp van dit rapport, te weten de verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk (paragraaf 3.3 en verder).

3.1 De deelnemende huisartsen

registratie van contacten

Centraal in de materiaalverzameling van de Nationale Studie staat een registratie van alle contacten die huisartsen en praktijkassistentes gedurende drie maanden met hun patiënten gehad hebben.

werving en respons in Almere

Uit Almere hebben 19 van de 34 gevestigde huisartsen aan de registratie deelgenomen. Uit Nederland hebben 161 huisartsen uit 102 praktijken deelgenomen aan de Nationale Studie. Deze zijn gekozen door middel van een gestratificeerde steekproef, die terug te wegen is naar het landelijk gemiddelde (zie Foets & Van der Velden, 1990). Deze 161 huisartsen hebben vanaf 1 april 1987 in vier opeenvolgende periodes van drie maanden geregistreerd.

Op het moment dat in Almere de werving van deelnemers aan het onderzoek naar ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk van start ging, functioneerden er elf gezondheidscentra. Van deze elf centra hebben er zeven meegewerkt aan de contactregistratie, zij het dat de medewerking soms betrekking had op een deel van de aan het centrum verbonden artsen. Dit betekent dat er voor 19 van de in totaal 34 Almeerse huisartsen (waarin is inbegrepen één solo-arts die niet aan de EVA is verbonden) gegevens beschikbaar zijn over aantallen verrichtingen. Tabel 3.1 geeft een overzicht van de deelnemende gezondheidscentra en huisartsen.

De drie eerstgenoemde centra hebben aan het onderzoek meegewerkt van oktober 1987 tot en met december 1987. De vier andere centra hebben medewerking verleend tussen januari 1988 en eind april 1988. In de centra 'Molenwiek' en 'Waterwijk' is geregistreerd in de maanden januari, februari en maart; de centra 'de Haak' en 'de Boog' zijn in

verband met problemen in de personele bezetting één maand later begonnen en zijn doorgegaan tot eind april 1988. De registratieperiodes vallen dus ongeveer samen met de laatste twee periodes waarin in de Nationale Studie is geregistreerd.

Deelname geschiedde in Almere op basis van vrijwilligheid. Alle Almeerse huisartsen zijn benaderd met de vraag of zij bereid waren medewerking te verlenen aan het onderzoek. Met enige zachte dwang vanuit de EVA hebben uiteindelijk de in tabel 3.1 vermelde aantallen huisartsen en aan de centra verbonden centrumassistentes daadwerkelijk aan het onderzoek meegedaan. Voor hun medewerking aan het onderzoek hebben huisartsen en assistentes een vergoeding ontvangen.

Tabel 3.1 Overzicht van de aantallen deelnemende huisartsen in Almere, per gezondheidscentrum

gezondheids- centrum	stadsdeel	aantal huisartsen in centrum	meewerkende huisartsen		
			huisartsen	vervangers	waarnemers
Oost	Haven	4	4	1	1
de Spil	Stad	4	4	1	1
de Bouwmeester	Buiten	2	2	-	1
Molenwiek	Buiten	4	4	-	-
Waterwijk	Stad	4	2	1	1
de Haak	Haven	4	2	-	-
de Boog	Stad	2	1	-	-
totaal		24	19	2*	4

* één van de vervangers was in twee centra werkzaam

spreiding deelnemende
centra

De centra die hebben meegedaan aan het onderzoek liggen in alle drie de stadsdelen. Van de drie centra in Almere-Haven hebben de huisartsen en assistentes van twee centra meegedaan, zij het dat dit voor het gezondheidscentrum 'de Haak' geldt voor een deel van de artsen en assistentes. Gezondheidscentrum 'West' heeft niet meegedaan. Van de in Almere-Stad gevestigde centra is niet meegewerkt door de huisartsen en assistentes werkzaam in 'de Schakel' en 'de Driehoek' en door de helft van de huisartsen in het gezondheidscentrum 'Waterwijk'. In Almere-Buiten tenslotte hebben alle op dat moment aanwezige centra medewerking verleend. Bij de gezondheidscentra die hebben meegewerkt bevinden zich verhoudingsgewijs veel 'jonge' centra. Met name de gezondheidscentra 'Molenwiek', 'de Bouwmeester' en 'de Boog' konden ten tijde van het onderzoek worden aangemerkt als groeicentra. De centra 'Oost', 'de Spil' en 'de Haak' behoren tot de relatief stabiele centra; het gezondheidscentrum 'Waterwijk' zit wat tussen deze twee uitersten in. Gelet op deze onevenwichtigheden in de spreiding van de deelnemende gezondheids-

centra over de drie stadsdelen, blijft voorzichtigheid geboden bij het doen van uitspraken die de totale Almeerse populatie betreffen.

representativiteit
patiëntenpopulatie

Voor wat betreft de variabelen leeftijd en geslacht kan een vergelijking worden gemaakt tussen de in het onderzoek betrokken patiënten en de totale Almeerse populatie op 31 december 1987. De verschillen zijn gering. Lichte ondervertegenwoordiging vinden we in de steekproef onder de jong volwassenen (15 tot 24 jaar), terwijl er een lichte oververtegenwoordiging is bij de dertigers en de 0 tot 4 jarigen bij de vrouwen. De enige sterke oververtegenwoordiging in de steekproef is bij de 0 tot 4 jarigen bij de mannen.

Ook als de leeftijdsverdelingen per wijk worden vergeleken, dan blijkt dat de steekproef de populatie op een redelijke manier weerspiegelt. De grootste afwijkingen zijn aanwezig in Almere-Stad, wat logisch is, omdat uit dit stadsdeel de minste centra aan het onderzoek hebben meegewerkt.

kenmerken deelnemende
huisartsen

Van de 33 huisartsen, die ten tijde van het onderzoek in Almere waren gevestigd, hebben er 29 de huisartsenquête ingevuld. Hierbij inbegrepen zijn de 19 huisartsen die aan de contactregistratie hebben meegewerkt. Dit maakt het mogelijk de groep van 19 Almeerse huisartsen op een aantal kenmerken te vergelijken met de (bijna) volledige groep van Almeerse huisartsen en met de 161 huisartsen in de rest van Nederland.

De verschillen tussen de groep huisartsen die heeft deelgenomen aan de contactregistratie en Almere in zijn totaliteit zijn gering en beperken zich tot wat meer werkervaring en een spreekuurorganisatie, waarbij wat meer patiënten dezelfde dag terecht kunnen bij het maken van een afspraak.

Ten opzichte van de huisartsen in de rest van Nederland zijn de Almeerse huisartsen duidelijker jonger, hebben minder werkervaring en zijn in grotere getale afgestudeerd aan de universiteiten van Nijmegen en Amsterdam. Bij de praktijkorganisatie blijkt dat qua afspraaksnelheid patiënten in Almere relatief wat minder vaak dezelfde dag nog op het spreekuur terecht kunnen en dat (intern) meer tijd wordt besteed aan overleg met andere disciplines. In de Almeerse praktijk is het instrumentarium in het algemeen wat uitgebreider dan in de doorsnee Nederlandse praktijk, worden meer medische technieken toegepast en zijn wat meer taken gedelegeerd naar de praktijkassistente. Bij de taakopvattingen zijn de verschillen tussen huisartsen in Almere en in de rest van Nederland klein.

Een overzicht van de kenmerken van de huisartsen in Almere en in de rest van Nederland is terug te vinden in bijlage C.

3.2 De contactregistratie

drie maanden contacten
geregistreerd

De huisartsen die aan de studie hebben meegedaan en hun praktijk-assistenten hebben gedurende drie maanden alle contacten met patiënten vastgelegd. Voor het onderhavige basisrapport zijn de volgende onder-

delen van de contactregistratie van belang (vergelijk het contactregistratie-formulier dat opgenomen is in bijlage A en besproken is in paragraaf 1.2 van het basisrapport Meetinstrumenten en procedures):

geregistreerde gegevens	<ul style="list-style-type: none">- patiëntgegevens, zoals geslacht en verzekeringsvorm, ten behoeve van de berekening van contactfrequenties en van een nadere uitsplitsing van de productiecijfers per 1000 patiënten;- contactgegevens, zoals aard (eerste versus vervolcontact in een ziekte-episode), soort (spreekuur, visite e.d.) en duur van het contact, ten behoeve van de beschrijving van de contactfrequenties en van een nadere uitsplitsing van de productiecijfers per 1000 contacten;- klachten en diagnose/werkhypothese; dit is de basis voor de berekening van morbiditeitspecifieke frequenties van het uitvoeren van verrichtingen. Op codering en classificatie wordt hieronder nog ingegaan;- diagnostiek, uitgesplitst naar diagnostiek in de eigen praktijk en externe diagnostiek;- behandeling;- prescriptie;- verwijzing, hierbinnen is onderscheiden naar verwijzingen naar de tweede lijn en verwijzingen binnen de eerste lijn;- overleg n.a.v. contact.
gezondheidsproblemen	Indien in één contact meerdere los van elkaar staande gezondheidsproblemen aan de orde kwamen, zijn aard van het contact (eerste versus vervolcontacten), klachten en diagnose en verrichtingen per gezondheidsprobleem ingevuld.
kwaliteitscontrole	<p>Validiteit van de gegevens</p> <p>Over de validiteit van de geregistreerde gegevens kan het volgende worden gezegd. In de eerste plaats zijn de meeste te registreren verrichtingen duidelijk omschreven handelingen. Of al of geen verwijzing heeft plaatsgevonden, of wel of niet is voorgeschreven, of al of geen bloeddrukmeting heeft plaatsgevonden, laat weinig ruimte voor interpretatie. Op het contactregistratie-formulier is door de huisartsen de morbiditeit ingevuld. Dit is gecontroleerd door medisch opgeleide veldwerkers. Ook op het werk van de veldwerkers heeft controle plaatsgevonden. De hiervoor gehanteerde procedures lijken de kwaliteit en volledigheid van de ingevulde gegevens voldoende te waarborgen (Foets & Van der Velden, 1990, Van der Velden et al, 1991). Bij de invulling door de huisartsen van de morbiditeit moet wel worden aangetekend dat sprake kan zijn van rationalisatie achteraf, in die zin dat een morbiditeitscategorie is ingevuld die bij de plaatsvindende verrichting past.</p>
gespreksmatige items	Een aantal items op het contactregistratieformulier laat meer ruimte voor interpretatie over. Dit betreft met name de gespreksmatige items onder het kopje behandeling. Of wel of geen 'actief/explorerend gesprek' is aangekruist, zal voor een deel afhangen van de beoordeling van de arts. Wat

voor de één een 'actief/explorerend gesprek' is, hoeft dat voor anderen nog niet te zijn. Hetzelfde geldt voor 'voorlichting over de klacht' en 'voorlichting over de aandoening'. Voor sommige huisartsen kan dit een zo in de werkwijze ingebouwde routine zijn dat zij het niet als zodanig opmerken en registreren (Sluijs, 1991, toonde dit aan bij fysiotherapeuten). De categorie 'even aankijken' laat eveneens ruimte voor interpretatie over. Het niet overgaan tot behandelen of het voorschrijven van een symptoombestrijdend medicijn kunnen ook vormen van even aankijken zijn. In die gevallen zal lang niet altijd de categorie 'even aankijken' zijn ingevuld. Bij de interpretatie van de cijfers met betrekking tot deze items moet dus enige voorzichtigheid worden betracht.

3.3 Berekening van de contactfrequentie

telefonische contacten

De contacten met de huisartspraktijk omvatten zowel de contacten met de huisarts zelf als met de praktijkassistente. Contacten kunnen plaatsvinden in de praktijk, bij de patiënt thuis of via de telefoon. Daarnaast zijn overige contacten onderscheiden waaronder met name ziekenhuisbezoek, zwangerschapsspreekuur en contacten 'tussendoor' zijn begrepen. Telefonische contacten zijn volgens de instructie aan huisartsen en assistenten alleen geregistreerd, indien deze contacten aanleiding gaven tot prescriptie of verwijzing. Hierdoor blijft dus een deel van de telefonische contacten, namelijk die contacten die afgehandeld worden door geruststelling, advies of een eenvoudige leefregel buiten beschouwing.

keuringen en
cb-contacten
niet meegenomen

In totaal zijn circa 37.334 contacten geregistreerd. Niet alle contacten zijn echter in de in dit rapport gepresenteerde tabellen betrokken. Alle contacten met betrekking tot keuringen en controles en consultatiebureaucontacten zijn buiten beschouwing gelaten. In de eerste plaats geldt voor keuringen en controles altijd en voor consultatiebureaucontacten in een deel der gevallen, dat deze geen betrekking hebben op de normale praktijkpopulatie van de betreffende huisarts. In de tweede plaats geldt dat uitsplitsingen naar morbiditeit per zorgepisode in deze gevallen niet relevant is.

waarneemcontacten

De gegevens in dit rapport hebben betrekking op alle patiënten die tot de praktijken van de deelnemende artsen gerekend kunnen worden. Voor patiënten van een deelnemende praktijk die in de waarneming door een andere arts gezien zijn, is op basis van het waarneemverslag een contactregistratie-formulier ingevuld. De contacten van deze patiënten en de verrichtingen die in deze contacten uitgevoerd zijn, zijn meegerekend in dit rapport. Dit betreft ongeveer 2,5% van alle contacten.

onderrapportage
waarneemcontacten

Aan de andere kant zijn patiënten van een andere arts, die door de deelnemende artsen tijdens waarneming gezien zijn, niet meegerekend. Van deze patiënten is wel het aantal contacten geregistreerd, maar de verrich-

tingen zijn niet geregistreerd. Idealiter zouden deze beide patiëntengroepen - patiënten van een andere huisarts die door een deelnemende arts gezien zijn en patiënten van een deelnemende arts die door een andere arts gezien zijn - even groot zijn. Dat is echter niet het geval. Het aantal contacten met patiënten van een andere arts door een deelnemende arts is het dubbele (ongeveer 5% van het totaal aantal contacten) van het aantal contacten met patiënten van deelnemende artsen door een andere arts. Dit duidt mogelijk op een onderrapportage van contacten en verrichtingen met patiënten van de deelnemende huisartsen die in de waarneming door een andere arts gezien zijn.

3.4 Classificaties

Groepering van diagnoses

ICPC

De klachten en/of diagnoses/werkhypothesen zijn door de huisartsen genoteerd op het contactregistratieformulier. Deze notities zijn centraal gecodeerd in de International Classification of Primary Care (ICPC). Deze classificatie is twee-assig. De eerste as wordt gevormd door de zeventien hoofdstukken die in grote lijnen rond orgaansystemen zijn georganiseerd. De tweede as wordt gevormd door zeven componenten, waarvan hier de eerste (klachten/symptomen) en de zevende (diagnoses/ziekten) van belang zijn. Verwijzingen en verrichtingen zijn in principe ook classificeerbaar binnen componenten van de ICPC, maar deze waren nog niet beschikbaar op het moment dat de Nationale Studie uitgevoerd werd. Vandaar dat deze apart op het contactregistratie-formulier zijn opgenomen en ook apart gecodeerd zijn.

ICPC-hoofdstuk

In dit rapport zijn twee indelingen gebruikt om morbiditeitspecifieke verrichtingencijfers te presenteren. De eerste indeling is grotendeels op anatomische gronden ingedeelde hoofdstukken van de ICPC wordt gebruikt om een globaal overzicht te geven van morbiditeitspecifieke verrichtingen. Het gaat om de volgende hoofdstukken:

- A. Algemeen en ongespecificeerd
- B. Bloed en bloedvormende organen, lymfestelsel, milt
- D. Maag-darmkanaal
- F. Oog
- H. Oor
- K. Hart-vaatstelsel
- L. Bewegingsapparaat
- N. Zenuwstelsel
- P. Psyche
- R. Ademhalingsorganen
- S. Huid/onderhuids weefsel
- T. Endocriene klieren, metabolisme en voeding
- U. Urinewegen
- W. Zwangerschap
- X. Vrouwelijke geslachtsorganen en mamma
- Y. Mannelijke geslachtsorganen en mamma
- Z. Sociale problemen

etiologische clustering

Na een overzicht van morbiditeitsspecifieke verrichtingen per ICPC-hoofdstuk volgt een meer gedetailleerde bespreking per cluster van aandoeningen. Hiervoor is deels op etiologische gronden, deels op basis van het onderscheid acuut-chronisch, een indeling gemaakt in de volgende clusters:

1. Geen ziekte
2. Congenitale afwijkingen
3. Acute, somatische klachten/symptomen
4. Traumatologie
5. Infectieziekten
6. Chronische ziekten
7. Neoplasmata
8. Zwangerschap, bevalling, kraambed, perinatale aandoeningen
9. Gezinsplanning
10. Angst voor ziekten
11. Psyche
12. Sociale problemen
13. Gevolgen zorg
14. Preventie
15. Handicaps

De gehele classificatie en de bijbehorende ICPC-codes staan in bijlage G.

Groepering van verrichtingen

De verrichtingen die in dit rapport beschreven worden zijn ten behoeve van de overzichtelijkheid in de resultatenhoofdstukken gegroepeerd.

diagnostiek

1. diagnostische verrichtingen

Naast het onderscheid tussen diagnostische verrichtingen in de eigen praktijk en elders uitgevoerde diagnostiek wordt de indeling volgens de vetgedrukte kopjes in het contactregistratieformulier (bijlage A) aangehouden.

Diagnostiek in eigen praktijk wordt aldus opgedeeld in:

- lichamelijk onderzoek (categorie 2-16 van het contactregistratie-formulier)
- bloedonderzoek (categorie 17-20)
- urine-onderzoek (categorie 21-25)
- overige diagnostiek in eigen praktijk (categorie 26)

Diagnostiek elders wordt onderverdeeld in:

- bloedchemie (categorie 1-6)
- haematologie/serologie (categorie 7-8)
- röntgendiagnostiek (categorie 9-16)
- overige externe diagnostiek (categorie 17-23)

behandeling

2. behandeling

De behandelingen in de praktijk zijn als volgt gegroepeerd:

- gespreksvoering (categorie 1-3)
- voorlichting en advies (categorie 4-7)
- even aankijken (categorie 9)
- leefregels (categorie 10, 13)
- medicatie zonder recept (categorie 11)
- wijzigingen in medicatie (categorie 12)
- medisch-technische verrichtingen (categorie 14-21)
- vaccinaties (categorie 23-28)
- overige verrichtingen (categorie 8, 22)

prescriptie

3. prescriptie

Het voorschrijven van geneesmiddelen is zeer gedetailleerd vastgelegd in de Nationale Studie. In een afzonderlijk deelproject wordt dat nader geanalyseerd. In dit rapport beschrijven we in eerste instantie het aantal voorschriften per 1000 patiënten, contacten en episodes. De voorgeschreven medicijnen zijn geëvalueerd in de ATC, versie 1991 (zie voor een uitgebreide uitleg Flierman et al, 1992). De ATC is een indeling in werkzame stoffen. De letters ATC staan respectievelijk voor Anatomical-Therapeutical-Chemical. Werkzame stoffen kunnen met de ATC worden ingedeeld naar achtereenvolgens anatomische hoofdgroep, therapeutische hoofdgroep, therapeutische subgroep, therapeutisch-chemische subgroep en chemische substantie. Voor dit basisrapport zijn, uitgaande van de indeling in therapeutische hoofdgroepen van de ATC, de tien meest frequent voorkomende hoofdgroepen geselecteerd voor afzonderlijke presentatie, aangevuld met een categorie overige voorschriften. Dit resulteert in de volgende indeling van voorgeschreven medicijnen:

psycholeptica, systemische antibiotica, analgetica, geslachtshormonen en dergelijke, diuretica, hoest- en verkoudheidsmiddelen, bèta-receptor blokkerende middelen, anti-inflammatoire en anti-reumatische middelen,

middelen voor CARA, middelen voor nasaal gebruik en tenslotte overige medicamenten.

verwijzen en overleg

4. verwijzen eerste lijn

- totaal aantal verwijzingen binnen de eerste lijn
- verwijzingen naar fysiotherapeuten
- overige verwijzingen

5. verwijzen tweede lijn

- totaal aantal verwijzingen naar de tweede lijn
- verwijzingen naar snijdende specialismen
- verwijzingen naar beschouwende specialismen
- verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg (specialisten en instellingen)

6. overleg naar aanleiding van het contact

3.5 De gebruikte tellers en noemers

De gebruikte tellers

aantal problemen
waarin verrichting

De in dit rapport gepresenteerde aantallen verrichtingen zijn vastgesteld door telling van het aantal gezondheidsproblemen waarin de betreffende verrichting heeft plaatsgevonden. Dit is gedaan omdat (zoals reeds gemeld) in één huisartscontact meerdere gezondheidsproblemen aan de orde kunnen komen naar aanleiding waarvan verrichtingen zouden kunnen plaatsvinden. Door deze manier van tellen kan het aantal verrichtingen het aantal contacten overtreffen. Verder moet worden opgemerkt dat binnen een bepaalde rubriek plaatsvindende verrichtingen slechts één keer worden geteld. Een voorbeeld kan dit duidelijk maken. Als in een contact naar aanleiding van een gezondheidsprobleem in de rubriek lichamelijk onderzoek zowel bloeddruk- als gewichtsmeting zijn aangekruist, dan is dit slechts als één keer 'lichamelijk onderzoek' geteld. Hetzelfde geldt voor de hoofdcategorieën, waardoor de som van de onderscheiden subcategorieën over het algemeen hoger zal zijn dan het getal voor de hoofdcategorieën.

De gebruikte noemers

drie soorten noemers

De aantallen verrichtingen zullen in dit rapport aan drie soorten noemers worden gerelateerd:

- per 1000 van de praktijkpopulatie van de huisarts;
- per 1000 geregistreerde contacten;
- per 1000 zorgepisodes.

Op het waarom van het gebruiken van deze noemers zal nader worden ingegaan.

patiëntregistratie	<p>De patiëntenoemer</p> <p>Van alle patiënten van de aan de Nationale Studie in Almere deelnemende huisartsen, dus niet alleen van de patiënten met een contact, is een aantal basisgegevens geregistreerd (24.254 patiënten). Voor een uitgebreide verantwoording van deze patiëntregistratie wordt verwezen naar De Bakker et al, 1992. In dit rapport worden alleen de kenmerken leeftijd en geslacht gebruikt. Beide gegevens zijn voor vrijwel alle patiënten bekend (99,8%).</p>
promillage van het aantal ingeschreven patiënten	<p>Het aantal verrichtingen uitdrukken als promillage van het aantal ingeschreven patiënten is het meest gebruikelijk in produktiestatistieken. Voor de vergelijkbaarheid met andere statistieken wordt daar ook in dit rapport bij aangesloten. In andere produktiestatistieken worden in tegenstelling tot dit rapport meestal jaarcijfers gegeven. Daar is in dit rapport niet voor gekozen omdat het uitgangspunt immers een contactregistratie van drie maanden is. Vermenigvuldiging van de verrichtingcijfers met 4 zal een goede indicatie voor het betreffende jaarcijfer geven.</p>
standaardisatie	<p>Voor Almere worden in dit rapport (in hoofdstuk 4) zowel wel als niet gestandaardiseerde cijfers gepresenteerd. Ten behoeve van de gestandaardiseerde cijfers is een directe standaardisatie op leeftijd en geslacht uitgevoerd. Bij analyses van verschillen tussen praktijken zijn de per praktijk berekende verrichtingcijfers gestandaardiseerd op leeftijd (in hoofdstuk 5).</p>
herkenbaarheid	<p>De contactenoemer</p> <p>De vaststelling van het aantal contacten is al eerder in dit hoofdstuk beschreven. Er zijn verschillende redenen om verrichtingen ook te relateren aan aantallen contacten. Ten eerste verhoogt het de herkenbaarheid van de cijfers voor huisartsen als wordt uitgegaan van het aantal contacten dat de huisarts en praktijkassistente hebben. Ten tweede is het soms van belang bij het vergelijken van aantallen verrichtingen tussen groepen patiënten om uit te gaan van het aantal contacten, omdat de contactfrequenties van de te vergelijken groepen verschillen.</p> <p>Het feit dat bij de tellingen van het aantal verrichtingen wordt uitgegaan van gezondheidsproblemen binnen contacten en niet van contacten, betekent dat de verrichtingcijfers boven de 1000 kunnen komen te liggen.</p>
definitie	<p>De zorgepisodenoemer</p> <p>Bij de uitsplitsingen naar morbiditeit wordt gewerkt met episodes als noemer. Een ziekte-episode is volgens de WONCA (Classification Committee, 1981) een periode van ziek-zijn bij een patiënt voor de hele periode van het ontstaan tot de oplossing ervan. In dit rapport wordt het begrip episode beperkt tot de fase waarin om professionele hulp gevraagd wordt (de 'episode of care' of 'zorgepisode').</p>

episodeconstructie

De zorgepisodes zijn door veldwerkers tijdens de dataverzameling geconstrueerd op basis van de afzonderlijke contactregistratie-formulieren van een patiënt. Of verschillende contacten tot een zorgepisode behoren, kon worden nagegaan aan de hand van een combinatie van gegevens op de formulieren. De veldwerkers waren getraind in het uniform combineren van contactgegevens tot episodes. Bij onzekerheid konden zij terugvallen op de huisarts, terwijl achteraf alle episodes nog eens centraal gecontroleerd zijn. Als diagnose van een zorgepisode is in de Nationale Studie de diagnose gebruikt die bij het laatste contact uit de zorgepisode hoort (dit is de 'episodenaam'). Dit heeft als nadeel dat er soms combinaties van morbiditeit en verrichtingen voor zullen komen die op het eerste gezicht onbegrijpelijk aandoen. Dergelijke combinaties worden interpreteerbaar als men weet dat de diagnose in de loop van een zorgepisode kan wijzigen.

episodes zonder diagnose

Een aantal zorgepisodes blijft buiten beschouwing omdat niet zinvol over morbiditeit gesproken kan worden. Het betreft episodes waar geen klacht of diagnose is geregistreerd, maar bijvoorbeeld alleen een vraag om een herhaalrecept (het betreft circa 400 episodes). Wel opgenomen als aparte categorie zijn preventieve activiteiten als vaccinaties. Dit vanwege het beleidsmatige belang van het onderwerp preventie.

waarom per episode

De reden om de morbiditeitspecifieke verrichtingencijfers per zorgepisode te berekenen en niet per contact, is dat berekening per contact tot een overschatting van de incidentie van bepaalde morbiditeit leidt en daardoor tot een onderschatting van de mate waarin verrichtingen uitgevoerd worden per morbiditeitscategorie. Een fictief voorbeeld kan dat duidelijk maken. Stel dat men 100 contacten heeft waaraan eenzelfde diagnose verbonden is en dat bij 50 contacten een bepaalde verrichting plaats vindt. Indien het aantal verrichtingen per contact wordt uitgedrukt, is men geneigd te concluderen dat in de helft van de gevallen dat deze morbiditeit voorkomt, de verrichting in kwestie plaats vindt. Dat is echter geen terechte conclusie, aangezien het in een deel van de contacten kan gaan om dezelfde patiënt, met dezelfde klachten en dezelfde diagnose van de huisarts. Stel nu dat dezelfde 100 contacten bestaan uit 50 episodes van twee contacten elk; het aantal verrichtingen per zorgepisode wordt dan gelijk aan 1, ofwel in alle voorkomende gevallen wordt de verrichting bij deze morbiditeit uitgevoerd (tenzij een verrichting binnen dezelfde episode meerdere malen is uitgevoerd). Het laatste cijfer geeft een beter beeld van het voorkomen van verrichtingen, gegeven de morbiditeit.

3.6 De selectie van de vergelijkingsgroep

De materiaalverzameling in Almere liep van 1 oktober 1987 tot en met 30 april 1988. Als vergelijkingsgroep is gekozen voor artsen in de Nationale Studie die eveneens in deze periode hebben geregistreerd, dit om een

door seizoensinvloeden vertekende vergelijking te voorkomen. Deze groep omvat de helft van alle Nationale Studie-artsen.

Bij vergelijking van morbiditeitsspecifieke verrichtingen (hoofdstuk 5) wordt de referentiegroep gevormd door alle artsen uit de Nationale Studie. Verwacht wordt namelijk dat het seizoen vooral effect heeft op de morbiditeit en niet zozeer op de gegeven de morbiditeit uitgevoerde verrichtingen. In hoofdstuk 6 worden op praktijkniveau vergelijkingen gemaakt tussen Almeerse praktijken en (subgroepen van) Nederlandse praktijken.

Deze zijn:

1. Alle Nederlandse huisartspraktijken (N=102).
2. Praktijken die in dezelfde periode hebben geregistreerd als de Almeerse praktijken (dat zijn de 3e en 4e registratieperiode van de Nationale Studie; N=55).
3. Praktijken in de drie grote steden (N=8).
4. Praktijken in gezondheidscentra (N=9).

Door zowel te vergelijken met de gehele Nationale Studie als met praktijken uit de derde en vierde periode kan globaal het effect worden nagegaan van het feit dat in Almere alleen in najaar en winter is geregistreerd. De vergelijking met de grote steden vindt plaats, omdat de Almeerse bevolking voor een groot deel afkomstig is uit de grote stad (Amsterdam) en met gezondheidscentra omdat de zorg in Almere ook vanuit gezondheidscentra wordt gegeven. Op basis van deze vergelijkingen kan worden nagegaan of eventuele verschillen tussen Almere en de rest van Nederland zijn toe te schrijven aan een 'gezondheidscentrum-effect' dan wel een 'stedelijkheids-effect'.

episodeconstructie

De zorgepisodes zijn door veldwerkers tijdens de dataverzameling geconstrueerd op basis van de afzonderlijke contactregistratie-formulieren van een patiënt. Of verschillende contacten tot een zorgepisode behoren, kon worden nagegaan aan de hand van een combinatie van gegevens op de formulieren. De veldwerkers waren getraind in het uniform combineren van contactgegevens tot episodes. Bij onzekerheid konden zij terugvallen op de huisarts, terwijl achteraf alle episodes nog eens centraal gecontroleerd zijn. Als diagnose van een zorgepisode is in de Nationale Studie de diagnose gebruikt die bij het laatste contact uit de zorgepisode hoort (dit is de 'episodenaam'). Dit heeft als nadeel dat er soms combinaties van morbiditeit en verrichtingen voor zullen komen die op het eerste gezicht onbegrijpelijk aandoen. Dergelijke combinaties worden interpreteerbaar als men weet dat de diagnose in de loop van een zorgepisode kan wijzigen.

episodes zonder diagnose

Een aantal zorgepisodes blijft buiten beschouwing omdat niet zinvol over morbiditeit gesproken kan worden. Het betreft episodes waar geen klacht of diagnose is geregistreerd, maar bijvoorbeeld alleen een vraag om een herhaalrecept (het betreft circa 400 episodes). Wel opgenomen als aparte categorie zijn preventieve activiteiten als vaccinaties. Dit vanwege het beleidsmatige belang van het onderwerp preventie.

waarom per episode

De reden om de morbiditeitspecifieke verrichtingencijfers per zorgepisode te berekenen en niet per contact, is dat berekening per contact tot een overschatting van de incidentie van bepaalde morbiditeit leidt en daardoor tot een onderschatting van de mate waarin verrichtingen uitgevoerd worden per morbiditeitscategorie. Een fictief voorbeeld kan dat duidelijk maken. Stel dat men 100 contacten heeft waaraan eenzelfde diagnose verbonden is en dat bij 50 contacten een bepaalde verrichting plaats vindt. Indien het aantal verrichtingen per contact wordt uitgedrukt, is men geneigd te concluderen dat in de helft van de gevallen dat deze morbiditeit voorkomt, de verrichting in kwestie plaats vindt. Dat is echter geen terechte conclusie, aangezien het in een deel van de contacten kan gaan om dezelfde patiënt, met dezelfde klachten en dezelfde diagnose van de huisarts. Stel nu dat dezelfde 100 contacten bestaan uit 50 episodes van twee contacten elk; het aantal verrichtingen per zorgepisode wordt dan gelijk aan 1, ofwel in alle voorkomende gevallen wordt de verrichting bij deze morbiditeit uitgevoerd (tenzij een verrichting binnen dezelfde episode meerdere malen is uitgevoerd). Het laatste cijfer geeft een beter beeld van het voorkomen van verrichtingen, gegeven de morbiditeit.

3.6 De selectie van de vergelijkingsgroep

De materiaalverzameling in Almere liep van 1 oktober 1987 tot en met 30 april 1988. Als vergelijkingsgroep is gekozen voor artsen in de Nationale Studie die eveneens in deze periode hebben geregistreerd, dit om een

door seizoensinvloeden vertekende vergelijking te voorkomen. Deze groep omvat de helft van alle Nationale Studie-artsen.

Bij vergelijking van morbiditeitsspecifieke verrichtingen (hoofdstuk 5) wordt de referentiegroep gevormd door alle artsen uit de Nationale Studie. Verwacht wordt namelijk dat het seizoen vooral effect heeft op de morbiditeit en niet zozeer op de gegeven de morbiditeit uitgevoerde verrichtingen. In hoofdstuk 6 worden op praktijkniveau vergelijkingen gemaakt tussen Almeerse praktijken en (subgroepen van) Nederlandse praktijken.

Deze zijn:

1. Alle Nederlandse huisartspraktijken (N=102).
2. Praktijken die in dezelfde periode hebben geregistreerd als de Almeerse praktijken (dat zijn de 3e en 4e registratieperiode van de Nationale Studie; N=55).
3. Praktijken in de drie grote steden (N=8).
4. Praktijken in gezondheidscentra (N=9).

Door zowel te vergelijken met de gehele Nationale Studie als met praktijken uit de derde en vierde periode kan globaal het effect worden nagegaan van het feit dat in Almere alleen in najaar en winter is geregistreerd. De vergelijking met de grote steden vindt plaats, omdat de Almeerse bevolking voor een groot deel afkomstig is uit de grote stad (Amsterdam) en met gezondheidscentra omdat de zorg in Almere ook vanuit gezondheidscentra wordt gegeven. Op basis van deze vergelijkingen kan worden nagegaan of eventuele verschillen tussen Almere en de rest van Nederland zijn toe te schrijven aan een 'gezondheidscentrum-effect' dan wel een 'stedelijkheids-effect'.

4. HET WERKEN VAN DE ALMEERSE HUISARTSEN

indeling hoofdstuk

In dit hoofdstuk worden de onder A en B geformuleerde vraagstellingen met betrekking tot aard en aantal verrichtingen beantwoord. In paragraaf 4.1 worden een aantal tabellen gepresenteerd met contactgegevens. Bij de beantwoording van de vraagstellingen over de verrichtingen door de Almeerse en Nederlandse huisartsen in paragraaf 4.2 en verder, zal worden gewerkt volgens een vast stramien. Eerst zal per onderwerp een algemeen overzicht worden gegeven van de mate waarin een betreffende verrichting voorkomt. Vervolgens zal worden ingegaan op een meer gedetailleerde verdeling van de betreffende verrichting. Achtereenvolgens zal aandacht worden besteed aan de diagnostiek, de behandeling, prescriptie en overleg met derden.

4.1 Contactgegevens

aantal contacten

In totaal zijn in Almere gegevens verzameld over bijna 35.000 (om precies te zijn: 34.498) contacten van patiënten met de huisarts of de centrum-assistente. Deze contacten zijn de oogst van het drie maanden registreren van alle arts-patiëntcontacten in 7 Almeerse huisartspraktijken; praktijken van waaruit aan 29.354 inwoners van Almere door de huisartsen medische zorg wordt verleend. Hetgeen in deze 35.000 Almeerse contacten gebeurt wordt vergeleken met de gegevens uit ruim 190.000 (om ook hier precies te zijn: 192.945) contacten die bij de Nationale Studie in de rest van Nederland zijn verzameld in 44 huisartspraktijken. Tezamen bedienen deze Nederlandse huisartsen een patiëntenpopulatie van 165.295 personen.

De eerste vragen die wij ons met betrekking tot deze contacten kunnen stellen hebben betrekking op de aantallen contacten, het tijdstip van de dag waarop het contact heeft plaatsgevonden, of het een contact met de huisarts of met de assistente betrof, de verdeling van de contacten over de verschillende spreekuur- en visitemogelijkheden, de lengte van de contacten en de hoeveelheid klachten die per contact werden gepresenteerd. Daarnaast kan per gepresenteerd gezondheidsprobleem worden gekeken naar wie het initiatief heeft genomen voor het contact met de huisarts of praktijkassistente, of er sprake is van een eerste of een herhaalcontact in een ziekte-episode en of vervolgspraken worden gemaakt. Deze gegevens zijn samen te vatten onder de naam: contactgegevens. In subparagraaf 4.1.1 worden de gegevens op contactniveau aan de orde gesteld. In subparagraaf 4.1.2 gaat het om de gegevens per gezondheidsprobleem. Tezamen geven deze contactgegevens een beeld van de toegankelijkheid van huisarts en huisartspraktijk.

4.1.1 Soort, duur en aantal problemen bij de contacten

Hebben bewoners van Almere vaker of juist minder vaak contact met de huisarts dan mensen in de rest van Nederland? Voor beide mogelijkheden zijn motieven aan te voeren. Minder vaak contact met de huisarts zou voort kunnen vloeien uit het feit dat juist (jonge) gezonde mensen met een goed toekomstperspectief naar Almere zijn verhuisd; een gegeven wat los van een eventuele correctie voor leeftijd door zou kunnen werken in de mate waarin men contact heeft met de huisarts. Anderzijds is er de mogelijkheid dat juist door de combinatie van het pas verhuisd zijn naar Almere, de herkomst uit Amsterdam en de nabijheid en toegankelijkheid van de Almeerse huisartspraktijken het aantal contacten met de huisarts in Almere relatief hoog ligt.

aantal contacten
per 1000 patiënten

Het aantal contacten met de huisarts per 1000 patiënten ligt in Almere ongeveer gelijk met de rest van Nederland. Tabel 4.1 laat dit zien.

Tabel 4.1 Aantal contacten met de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten en per 1000 contacten gedurende drie maanden, uitgesplitst naar contacten met de huisarts en contacten met de praktijkassistente

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
huisarts	879,3	915,9	813,7	748,2	716,5	695,4
assistente	295,9	362,4	356,3	251,8	283,5	304,6
totaal	1175,2	1278,4	1170,0	1000,0	1000,0	1000,0

Het totale aantal contacten ligt, na standaardisatie op leeftijd en geslacht, in Almere bijna 10% boven het landelijk cijfer. Terwijl in de rest van Nederland het aantal contacten per 1000 patiënten over drie maanden genomen uitkomt op 1170, ligt het vergelijkbare aantal contacten in Almere op bijna 1300. Hieruit blijkt het forse effect van de standaardisatie op leeftijd en geslacht. Voor correctie ligt het aantal contacten op 1175,2 per 1000 patiënten; na correctie komt het aantal uit op 1278,4 contacten per 1000 patiënten. Het hogere aantal contacten geldt met name de contacten met de huisarts. Het aantal assistentecontacten per 1000 patiënten is in Almere en de rest van Nederland (na standaardisatie) nagenoeg gelijk. De verhouding tussen het aantal contacten met de huisarts en het aantal contacten met de assistente, zoals deze naar voren komt bij de in tabel 4.1 vermelde aantallen per 1000 contacten, verschilt (na standaardisatie) in Almere slechts weinig van de rest van Nederland. Het aantal huisartscontacten ligt in Almere (alweer na standaardisatie) een fractie hoger; het percentage assistentecontacten komt in Almere wat lager uit.

contacten naar
dagdeel

Het merendeel van de contacten met de huisarts (voor de assistente-contacten is het dagdeel niet genoteerd) heeft betrekking op de situatie overdag. Van alle contacten waarbij het dagdeel bekend is, heeft (gestandaardiseerd) in Almere circa 2% betrekking op een contact tijdens de avond- of nachtelijke uren. Dit percentage ligt in Almere iets hoger dan in de rest van Nederland. Tabel 4.2 geeft voor de verdelingen van de contacten naar dagdeel de vergelijking tussen Almere en Nederland weer in detail.

Tabel 4.2 Aantal contacten met de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten en per 1000 contacten gedurende drie maanden, uitgesplitst naar dagdeel

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
niet ingevuld n.v.t.*	1,1	1,2	3,6	0,9	0,9	3,1
dag	295,9	362,4	356,4	251,8	283,5	304,6
avond	859,1	897,0	797,1	731,0	701,8	681,3
nacht	16,8	15,1	10,8	14,3	11,8	9,2
	2,4	2,6	2,2	2,0	2,0	1,9

* niet ingevuld voor contacten met de praktijkassistente

soort contacten

Bij de contacten naar soort mag in Almere een effect verwacht worden voor de wijze waarop de praktijkvoering van de huisartsen vorm heeft gekregen. Het spreekuur van de Almeerse huisarts is in principe vooral een afsprakenspreekuur, gecombineerd met telefonische spreekuren op een bepaald gedeelte van de dag. Behalve voor contacten volgens afspraak, is elk gezondheidscentrum op werkdagen in principe van 08.30 tot 17.00 uur geopend voor spoedcontacten. Patiënten die zich bijvoorbeeld met ongevalsletsel tussendoor aan de balie melden, worden tussen het spreekuur door geholpen. Gelet op deze praktijkorganisatie verwachten we in Almere relatief veel spreekuurcontacten, relatief veel contacten tussendoor en veel telefonische contacten. Tegenover deze oververtegenwoordiging in Almere, staat een mogelijk effect van het werken in gezondheidscentra op de aantallen visites en huisbezoeken. Eerder onderzoek in Almere wees in de richting dat de Almeerse huisartsen relatief weinig visites afleggen (Sixma, 1985); een conclusie die zich waarschijnlijk uitstrekt over de brede linie van de in gezondheidscentra en groepspraktijken werkende huisartsen. Tenslotte het opzoeken van patiënten in het ziekenhuis. Hier zal de afstand van de praktijk tot het ziekenhuis van invloed zijn op de geneigdheid en mogelijkheden om dergelijke ziekenhuisbezoeken af te leggen. Tijdens het onderzoek in Almere lag het meest nabije ziekenhuis op tenminste 20 kilometer afstand, zodat met betrekking tot het aantal contacten van Almeerse huisartsen met hun in een ziekenhuis opgenomen patiënten geen al te hoge verwachtingen mogen worden

gekoesterd. Tabel 4.3 laat zien in hoeverre de verwachtingen over de aantallen contacten naar soort worden bevestigd door de cijfers.

Tabel 4.3 Aantal contacten met de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten en per 1000 contacten gedurende drie maanden, uitgesplitst naar soort contact

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
niet ingevuld	15,5	17,4	16,4	13,2	13,6	14,0
vrij spreekuur	26,2	23,0	69,5	22,3	18,0	59,4
afspraak spreekuur	695,5	725,1	619,1	591,8	567,3	529,1
zwangerenspreekuur	0,2	0,1	1,0	0,1	0,1	0,9
tussendoor	129,4	146,5	126,8	110,1	114,6	108,4
spontane visite	8,6	14,0	17,3	7,3	10,9	14,8
afspraak visite	62,8	81,7	102,2	53,4	63,9	87,3
spoedvisite	8,8	10,0	11,0	7,5	7,9	9,4
ziekenhuis	0,3	0,5	5,2	0,2	0,4	4,5
telefoon	209,8	239,3	174,3	178,5	187,2	148,9
overige	18,4	20,8	27,1	15,6	16,3	23,2

spreekuurcontacten

Voor een zuivere vergelijking, waarbij rekening wordt gehouden met het grotere aantal patiënten dat in Almere gebruik maakt van de diensten van de huisarts, lenen zich de cijfers per 1000 contacten het beste. Na correctie voor leeftijd en geslacht zien we in Almere in verhouding minder contacten op vrije spreekuren, meer contacten via afsprakenspreekuren, meer telefonische contacten, wat meer 'tussendoor'-contacten en minder visites. Per 1000 contacten vinden ruim 7% meer contacten via het afsprakenspreekuur plaats en ligt het aantal telefonische contacten ruim 25% hoger. Een speciaal spreekuur voor zwangeren ontbreekt in Almere; zwangere vrouwen worden geacht de 'normale' spreekuren te bezoeken. Een laatste categorie contacten die zich binnen de muren van het gezondheidscentrum afspeelt betreft de contacten tussen het spreekuur door. Wat deze categorie contacten betreft zien we in tabel 4.3 onze voorspelling, van een wat groter aantal van dergelijke contacten in Almere, bevestigd, zij het dat de verschillen tussen Almere en Nederland niet echt groot zijn.

visites

Treden we buiten de muren van de Almeerse gezondheidscentra, dan zien we in Almere in vergelijking tot de rest van Nederland relatief weinig spontane visites, weinig visites volgens afspraak, weinig spoedvisites en weinig bezoeken aan patiënten in het ziekenhuis. Per 1000 contacten is het aantal spontane visites in Almere ongeveer 75% van wat in de rest van Nederland wordt gevonden. Voor de visites volgens afspraak, de spoedvisites en de aantallen ziekenhuisbezoeken komen de vergelijkbare percentages voor Almere uit op achtereenvolgens 73%, 84% en bijna 10%. Waar de meeste spoed geboden is (de spoedvisites) zijn de verschillen

tussen de Almeerse huisartsen en de huisartsen in de rest van Nederland het kleinst; naarmate de noodzaak voor een contact op het puur medische vlak minder urgent lijkt, worden de verschillen tussen de Almeerse en de Nederlandse huisartsen groter.

spreekuur/visite-
ratio

Worden alle spreekuurcontacten samen genomen (zonder telefonische contacten) en wordt hetzelfde gedaan voor de verschillende contacten buiten de praktijk, dan komt de spreekuur/visite-ratio in Almere uit op 8,4. Op elke 8,4 spreekuurcontacten vindt gemiddeld één visite of (zieken)huisbezoek plaats. Voor de overige huisartsen uit de Nationale Studie geldt een spreekuur/visite-ratio van 6,0.

contactduur

Het grotere aantal contacten per 1000 patiënten houdt niet in dat er in Almere minder tijd wordt besteed aan de doorsnee patiënt. Het merendeel van de contacten, waarover gegevens met betrekking tot de tijdsduur bekend zijn (ondanks de aanwijzingen in de handleidingen voor het invullen van het contactregistratieformulier is deze vraag bij veel contacten niet ingevuld), valt in de categorie 6 tot 10 minuten, voor zowel Almere als de rest van Nederland (tabel 4.4). Deze tijdsduur komt overeen met de hoeveelheid tijd die in Almere standaard voor een spreekuurcontact wordt uitgetrokken.

Tabel 4.4 Aantal contacten met de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten en per 1000 contacten gedurende drie maanden, uitgesplitst naar contactduur

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
1-5 minuten	156,3	154,7	180,9	133,0	121,1	154,6
6-10 minuten	514,3	516,5	408,3	437,6	404,0	349,0
11-15 minuten	157,6	183,0	160,4	134,1	143,1	137,1
16-20 minuten	29,2	36,5	27,7	24,8	28,5	23,7
21-40 minuten	11,4	14,2	9,5	9,7	11,1	8,1
langer dan 40 min.	2,1	2,7	1,9	1,8	2,1	1,7
niet ingevuld	8,4	8,3	24,9	7,2	6,5	21,3
n.v.t.*	295,9	362,4	356,4	251,8	283,5	304,6

* niet ingevuld voor contacten met de praktijkassistente

In Almere vinden in vergelijking met Nederland verhoudingsgewijs wat minder contacten plaats die korter duren dan 6 minuten, terwijl het aantal contacten dat langer duurt dan 10 minuten in Almere wat hoger ligt dan in de rest van Nederland.

aantal klachtenclusters

Het aantal gezondheidsproblemen of klachtenclusters dat per contact door de patiënten wordt gepresenteerd is in Almere nagenoeg gelijk aan het aantal klachten in de rest van Nederland.

Tabel 4.5 Aantal contacten met de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten en per 1000 contacten gedurende drie maanden, uitgesplitst naar aantal gepresenteerde gezondheidsproblemen

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
1 problemen	1013,8	1081,5	1000,3	862,6	846,0	854,9
2 problemen	150,9	183,1	153,9	128,4	143,2	131,5
3 problemen	7,9	10,0	12,0	6,8	7,9	10,3
meer dan 3 probl.	2,6	3,8	3,8	2,2	2,9	3,3

Zoals tabel 4.5 uitwijst wordt, zowel in Almere als in de rest van Nederland, in circa 85% van alle contacten slechts één gezondheidsprobleem gepresenteerd. Het aantal contacten met twee of meer problemen komt (gestandaardiseerd) in Almere uit op 14%, terwijl het vergelijkbare percentage voor de rest van Nederland op 13% uitkomt. In 4 tot 6% van alle contacten worden geen gezondheidsproblemen gepresenteerd.

4.1.2 Initiatief, soort contact en vervolgspraken

Bij het totstandkomen van een contact met de huisarts kan een onderscheid worden gemaakt naar degene die het initiatief heeft genomen tot het contact. Naarmate een huisarts meer grip wenst te houden op zijn of haar patiënten, zal vaker het initiatief voor een contact bij de huisarts liggen, zal er vaker sprake zijn van herhaalcontacten en zal een contact vaker worden afgesloten met een vaste vervolgspraak. Worden initiatieven vooral bij de patiënt gelegd, dan zou dit resulteren in een relatief groot aantal eerste contacten en relatief weinig vervolgspraken bij de afsluiting van het contact.

initiatief bij contact

Wat mogen we nu in Almere verwachten met betrekking tot het initiatief voor een contact met de huisarts. Enerzijds geldt dat de Almeerse bevolking voor een groot deel afkomstig is uit Amsterdam, hetgeen in kan houden dat men het eigen initiatief met betrekking tot het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen niet zal schuwen. Anderzijds zal een huisarts, werkend overeenkomstig de geest van het projectplan Almere, zijn of haar eigen rol bij het gebruik van voorzieningen willen benadrukken en grip willen houden op de patiënt.

eerste contacten

Met betrekking tot het tot stand komen van contacten met de huisarts worden drie tabellen gepresenteerd. Deze tabellen hebben met elkaar gemeen dat de daarin vermelde aantallen per 1000 patiënten en per 1000 contacten betrekking hebben op de in het contact gepresenteerde klachtenclusters of gezondheidsproblemen. In één contact kunnen meerdere klachtenclusters of problemen worden gepresenteerd. Tabel 4.6 laat daarbij zien of de tijdens het contact gepresenteerde klacht voor het eerst aan de huisarts wordt gepresenteerd of dat er sprake is van een herhaalcontact.

Tabel 4.6 Aantal gepresenteerde gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten en per 1000 contacten gedurende drie maanden, uitgesplitst naar aard van het contact

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
eerste contact	560,7	558,4	444,3	477,1	436,8	397,7
herhaalcontact	702,4	838,1	777,9	597,6	655,5	664,8
recidief	46,4	46,6	53,4	39,5	36,5	45,6
periodieke controle	26,0	34,5	50,2	22,1	27,0	42,9
niet ingevuld	11,1	13,2	4,6	9,4	10,3	3,9

Per 1000 patiënten vinden in Almere na standaardisatie wat meer eerste contacten plaats, wat meer herhaalcontacten, minder recidieve contacten en minder periodieke controles. Omgerekend naar de aantallen per 1000 contacten zien we in Almere relatief veel eerste contacten en relatief weinig recidieve contacten en periodieke controles. Het aantal herhaalcontacten verschilt in Almere (na standaardisatie) nagenoeg niet van de rest van Nederland.

initiatief bij contact

De indruk dat het bij klachten vooral eerste contacten zijn die in Almere, sterker dan in de rest van Nederland, het spreekuur van de huisarts bepalen, waarmee impliciet het initiatief vooral bij de patiënt komt te liggen, wordt bevestigd in tabel 4.7.

Tabel 4.7 Aantal gepresenteerde gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten en per 1000 contacten gedurende drie maanden, uitgesplitst naar initiatiefnemer

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
niet ingevuld	26,7	29,9	34,8	22,7	23,4	29,8
geheel bij huisarts	52,8	65,2	79,6	44,9	51,0	68,0
zowel arts als patiënt	66,5	82,1	134,1	56,6	64,3	114,6
geheel bij patiënt	644,7	722,7	559,4	548,6	565,3	478,1
bij ouders	171,9	114,6	91,9	146,3	89,6	78,5
bij ander hulpverlener	11,8	17,8	14,2	10,0	13,9	12,2
overige	10,0	13,6	17,1	8,6	10,7	14,6
n.v.t.*	363,3	445,9	399,8	309,1	348,9	341,7

* niet ingevuld voor contacten met de praktijkassistente

Zowel per 1000 patiënten als per 1000 contacten wordt in Almere het initiatief voor de presentatie van een gezondheidsprobleem wat vaker bij de patiënt (en bij ouders) gelegd dan in de rest van Nederland. Per 1000 contacten ligt in Almere bij circa 85% van alle problemen het initiatief bij de patiënt zelf of bij de ouders van de betreffende patiënt. Voor Nederland geldt een vergelijkbaar percentage van ruim 73%. Het percentage klachten, waarbij het initiatief geheel bij de huisarts of bij een andere hulpverlener ligt, komt in Almere uit op ruim 8%, terwijl voor Nederland een vergelijkbaar percentage van ruim 12% kan worden afgeleid. Overigens moet juist bij een onderwerp als initiatief tot een contact worden opgemerkt dat interpretatie-verschil tussen huisartsen hier een belangrijke bron van variatie kan zijn.

vervolgafspraken

Tabel 4.8 geeft de vergelijking van de mate waarin de verschillende contacten naar aanleiding van een klacht worden afgesloten met een voorwaardelijke of onvoorwaardelijke terugbestelling van de zijde van de huisarts of de assistente.

Tabel 4.8 Aantal gepresenteerde gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten en per 1000 contacten gedurende drie maanden, uitgesplitst naar gemaakte vervolgafspraken

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
niets afgesproken	627,1	731,0	530,2	533,6	571,9	453,1
hoeft niet terug	64,1	64,4	58,3	54,6	50,4	49,9
terug bij geen verbetering	336,1	326,0	290,5	286,0	255,0	248,2
terug bellen	51,6	56,0	43,8	43,9	43,8	37,5
terug komen	232,9	274,3	302,3	198,2	214,6	258,4
niet ingevuld	35,8	40,2	105,6	30,4	31,4	90,2

Per 1000 contacten zien we (na standaardisatie) in Almere meer problemen waarbij niets is afgesproken, meer problemen waarbij de patiënt wordt geadviseerd terug te komen indien geen verbetering optreedt, wat meer problemen waarbij de patiënt wordt geadviseerd terug te bellen op een vast tijdstip en minder contacten waarbij een vaste afspraak wordt gemaakt dat de patiënt over enige dagen, weken of maanden terug moet komen. De categorie 'hoeft niet terug te komen' komt in Almere per 1000 contacten ook wat vaker voor dan in de rest van Nederland. Wel geldt dat de conclusies enigszins zijn vertekend, omdat de categorie 'niet ingevuld' in Almere lager ligt dan in de rest van Nederland.

4.1.3 Conclusies inzake de contactgegevens

aantal contacten

De Almeerse huisarts en zijn praktijkassistente hebben ongeveer evenveel contact met hun patiënten als de collega's in de rest van Nederland. Gezien het feit dat de gemiddelde leeftijd van de Almeerders aanzienlijk lager is dan die van de gemiddelde Nederlander, betekent dit dat per leeftijdscategorie de Almeerder vaker naar de huisartspraktijk gaat dan de gemiddelde Nederlander. Deze hogere contactfrequentie geldt met name voor de contacten met de huisarts zelf, maar in mindere mate ook voor de contacten met de praktijkassistente. Als we het aantal arts-patiëntcontacten opvatten als een indicator voor de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskundige zorg, dan mag geconstateerd worden dat deze toegankelijkheid in Almere relatief hoog is.

visites	Een tweede belangrijke conclusie is dat de Almeerse huisarts, in vergelijking tot de huisartsen in de rest van Nederland, betrekkelijk weinig visites aflegt. Wel geldt dat naarmate het spoedeisend karakter van de visite toeneemt de verschillen met de rest van Nederland kleiner worden, doch wel degelijk blijven bestaan.
tijd voor patiënt	Meer contacten per 1000 patiënten betekent voor de Almeerse huisarts niet dat per contact minder tijd wordt besteed aan de betreffende patiënt of patiënten. Het tegendeel lijkt het geval te zijn, alhoewel de verschillen met de andere huisartsen in de rest van Nederland niet erg groot zijn. Ook het aantal problemen dat per contact met de huisarts wordt aangesneden ligt in Almere niet lager dan in de rest van Nederland.
initiatief tot contact	Meer dan in de rest van Nederland het geval is, komen contacten met de huisarts in Almere tot stand op initiatief van de patiënt. Waar het percentage contacten op initiatief van de patiënt in Almere uitkomt op circa 85%, geldt in de rest van Nederland een vergelijkbaar percentage van ruim 73%. Dat door de Almeerse huisartsen het initiatief vooral aan de patiënt wordt gelaten, blijkt ook uit de mate waarin een contact wordt afgesloten met een terugbestelling. In Almere zien we meer contacten die zonder verdere afspraak over het terugkomen worden beëindigd, wat meer contacten waarbij gevraagd wordt op te bellen op een vast tijdstip en wat minder contacten met een vaste afspraak om terug te komen.

4.2 Diagnostiek in de Almeerse huisartspraktijk

sterke eerstelijns	<p>Het beschikken over en gebruik maken van diagnostische hulpmiddelen kan in belangrijke mate invulling geven aan het begrip 'een sterke eerstelijnszorg'. Een vanuit diagnostisch oogpunt goed ingerichte eigen praktijk of gezondheidscentrum maakt dat een huisarts relatief zelfstandig van een polikliniek of ziekenhuis kan werken, indien de aard van de klacht van de patiënt diagnostisch onderzoek noodzakelijk maakt. Wordt diagnostisch onderzoek buiten de eigen praktijk aangevraagd, dan kan dit in eerste instantie gebeuren zonder dat de betreffende patiënt wordt doorverwezen naar een medisch specialist. De huisarts houdt meer grip op de eigen patiënt; de patiënt kan sneller en dichterbij huis worden geholpen. Worden diagnostische tests aangevraagd, dan kan de huisarts specifiek te werk gaan of kiezen voor een procedure waarbij een groot aantal activiteiten worden aangevraagd.</p>
--------------------	---

Voor wat betreft de mogelijkheden tot het aanvragen van diagnostische verrichtingen verkeren de Almeerse huisartsen in een bevoorrechte positie. Zonder uitzondering wordt praktijk uitgeoefend vanuit wijkgerichte gezondheidscentra, die de mogelijkheid bieden op centrumniveau een aantal extra faciliteiten op te nemen die in een willekeurige solopraktijk wellicht niet rendabel zouden zijn. Daarnaast betekent werken in Almere voor de

huisartsen werken vanuit de visie dat een sterke eerstelijnszorg noodzakelijk en goed is; een visie die vanuit de EVA nadrukkelijk in woord en daad (via ondersteuning, nascholing en het ter beschikking stellen van extra middelen en faciliteiten) wordt gepropageerd. Dat de Almeerse huisartsen hun sterke positie kunnen opbouwen onder de omstandigheid dat de dichtstbijzijnde ziekenhuizen zich op relatief grote afstand van Almere bevinden, is daarbij een vanuit de eerstelijns gezien prettige bijkomstigheid. Met het in Almere gevestigde MCA zijn afspraken gemaakt over het gebruik van de in deze buitenpolikliniek aanwezige (diagnostische) faciliteiten.

aanvragen
diagnostiek

Als in Almere op dit moment sprake is van een relatief sterke eerstelijnszorg, zal dit tot uitdrukking moeten komen in de diagnostische activiteiten die door de Almeerse huisartsen worden verricht. In vergelijking tot de rest van Nederland mag verwacht worden dat in Almere relatief veel diagnostisch onderzoek in zowel de eigen praktijk als elders (in dit geval: het MCA) wordt aangevraagd, zonder dat er sprake is van een verspilende overdaad.

Om na te gaan of deze verwachtingen uitkomen, zal een overzicht worden gepresenteerd van de redenen waarom diagnostiek wordt aangevraagd. Vervolgens komt de door de huisartsen in Almere en Nederland aangevraagde diagnostiek aan de orde. Eerst in hoofdgroepen en vervolgens meer in detail, waarbij een onderscheid wordt gemaakt naar diagnostiek in de eigen praktijk en diagnostiek elders. Dezelfde volgorde, met eerst een presentatie in hoofdgroepen en vervolgens een opdeling in detail.

meerdere
activiteiten

De instructie voor de huisartsen is erop gericht geweest alle diagnostische activiteiten te laten aangeven die betrekking hebben op de gestelde diagnoses/werkhypothesen. Bij zowel de diagnostiek in eigen praktijk als de diagnostiek elders konden uiteraard meerdere activiteiten worden aangekruist. Specifiek lichamelijk onderzoek werd aangekruist als een lichamelijk onderzoek betrekking heeft op één orgaansysteem of op een status localis. Algemeen lichamelijk onderzoek werd aangekruist bij onderzoek van meerdere orgaansystemen. Eventueel intern diagnostisch onderzoek dat niet met naam en toenaam op het registratieformulier stond aangegeven kon worden ingevuld bij een categorie 'overig'.

4.2.1 Diagnostische verrichtingen

redenen
diagnostiek

Per aandoening of klachtenepisode kon worden aangegeven waarom diagnostiek werd aangevraagd. Tabel 4.9 geeft de redenen voor diagnostiek, met daarbij het voorbehoud dat deze vraag niet door alle huisartsen in Almere en de rest van Nederland even nauwkeurig en overeenkomstig de schriftelijke instructies is ingevuld.

Tabel 4.9 Aantal diagnostische verrichtingen in de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten en per 1000 contacten gedurende drie maanden, uitgesplitst naar reden diagnostiek

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
ontdekking						
pathologie	563,0	563,5	446,6	479,0	440,8	351,6
controle	145,9	174,1	186,9	124,1	136,2	159,7
screening risicogroep	7,0	7,6	3,2	5,9	5,9	2,8
geruststelling	14,4	16,6	11,4	12,2	12,8	9,7

In zijn algemeenheid geldt dat het merendeel van de diagnostische activiteiten wordt ondernomen ter opsporing van pathologie. Een andere belangrijke groep van diagnostische verrichtingen heeft betrekking op controles. Veel minder vaak komen de diagnostische activiteiten voor, gericht op de screening van risicogroepen en diagnostiek ter geruststelling van de patiënt. Vergelijking tussen Almere en Nederland van de redenen waarom diagnostiek wordt aangevraagd leert dat per 1000 patiënten en per 1000 contacten in Almere meer diagnostiek aangevraagd gericht op het ontdekken van pathologie, wat minder diagnostiek gericht op controles en wat meer verrichtingen die betrekking hebben op de screening van risicogroepen of ter geruststelling van patiënten.

diagnostiek in
hoofdgroepen

Vervolgens wordt in de tabellen 4.10 en 4.11 een totaalbeeld gepresenteerd van de diagnostische activiteiten die in Almere en de rest van Nederland per 1000 patiënten (tabel 4.10) en per 1000 contacten (tabel 4.11) worden ontplooid. Naast een totaalcijfer, waarbij interne en externe diagnostiek zijn samengenomen, geven de tabellen de afzonderlijke totalen voor zowel de interne diagnostiek als de externe diagnostiek, met voor beide categorieën de cijfers voor enkele hoofdgroepen.

Het beeld dat uit de tabellen 4.10 en 4.11 naar voren komt is eenduidig. In Almere worden, met uitzondering van de aanvragen voor urine-onderzoek per 1000 contacten, meer diagnostische activiteiten verricht. Deze conclusie geldt zowel per 1000 patiënten als per 1000 contacten en zowel voor interne als voor externe diagnostiek. Na correctie voor leeftijd en geslacht geldt dat per 1000 contacten in Almere over het geheel genomen ruim 6% meer diagnostiek wordt gepleegd. Voor de interne diagnostiek komt Almere ruim 5% hoger uit; bij de elders aangevraagde diagnostiek wijst tabel 4.11 op een percentage dat ruim 25% boven het landelijk cijfer ligt. Daarbij moet er wel rekening mee worden gehouden dat over de gehele linie het aantal aanvragen voor externe diagnostiek beduidend lager ligt dan het aantal diagnostische verrichtingen in de eigen praktijk. Voor zowel interne als externe diagnostiek geldt dat, met uitzondering van

het aantal aangevraagde urine-onderzoeken, voor elk van de onderscheiden hoofdgroepen de aantallen verrichtingen in Almere hoger liggen dan in de rest van Nederland.

Tabel 4.10 Aantal diagnostische verrichtingen in de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten gedurende drie maanden

	Almere	Almere gestandaardiseerd	Nederland
diagnostiek totaal	755,9	789,6	679,3
diagnostiek in eigen praktijk	730,3	762,3	658,8
* fysische diagnostiek	675,1	698,4	617,3
* bloedonderzoek	25,9	30,6	17,0
* urine-onderzoek	52,3	58,1	55,1
* overig onderzoek	17,8	19,9	11,6
diagnostiek elders	84,2	91,6	66,4
* bloedchemie	22,7	28,9	21,4
* haematologie/serologie	27,7	30,7	23,8
* röntgenologie	29,7	32,9	22,6
* overig onderzoek	25,9	25,3	17,2

Tabel 4.11 Aantal diagnostische verrichtingen in de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 contacten gedurende drie maanden

	Almere	Almere gestandaardiseerd	Nederland
diagnostiek totaal	643,2	617,7	580,6
diagnostiek in eigen praktijk	621,4	596,3	563,1
* fysische diagnostiek	574,4	546,4	527,6
* bloedonderzoek	22,0	23,9	14,5
* urine-onderzoek	44,5	45,4	47,1
* overig onderzoek	15,1	15,5	9,9
diagnostiek elders	71,1	71,7	56,8
* bloedchemie	19,3	22,6	18,3
* haematologie/serologie	23,5	24,0	20,4
* röntgenologie	25,2	25,7	19,3
* overig onderzoek	22,0	19,8	14,7

De in de tabellen 4.10 en 4.11 gehanteerde indelingen van diagnostische verrichtingen in hoofdgroepen, met een onderscheid naar in- en externe diagnostiek, kan verder worden gespecificeerd met betrekking tot de aard van de verrichting die is aangevraagd of in de eigen praktijk heeft plaats-

gevonden. Dit gebeurt voor wat betreft de interne diagnostiek in tabel 4.12. In deze tabel worden zowel de cijfers per 1000 patiënten als per 1000 contacten gepresenteerd.

diagnostiek in
eigen praktijk

Een uitvoerige bespreking van tabel 4.12 is weinig zinvol. Beperken we ons tot enkele veel uitgevoerde verrichtingen in de eigen praktijk, waarbij de cijfers per 1000 contacten het uitgangspunt voor vergelijking vormen, dan geldt bij de fysische diagnostiek dat in Almere wat meer huid- en longonderzoek wordt aangevraagd. In Almere wordt in deze categorie diagnostiek minder vaak het gewicht gemeten en het hart onderzocht. Bloedonderzoek geschiedt in Almere tenminste even vaak of vaker als in de rest van Nederland; hetzelfde geldt voor urine-onderzoek. Bij de overige diagnostische verrichtingen in de eigen praktijk valt op dat, ondanks de relatief kleine aantallen per 1000 contacten, verhoudingsgewijs in Almere veel vaker ECG's en audiogrammen door de huisarts zelf worden uitgevoerd.

Het hogere aantal ECG's in Almere uitgevoerd in de eigen praktijk van de huisarts, heeft niet tot gevolg dat het aantal ECG's dat buiten de eigen praktijk wordt aangevraagd in Almere duidelijk lager ligt dan in de rest van Nederland. Echter ook hierbij de opmerking dat het gaat om betrekkelijk weinig verrichtingen.

diagnostiek elders

Een gedetailleerd overzicht van de elders aangevraagde diagnostiek, per 1000 patiënten en per 1000 contacten, is te vinden in tabel 4.13.

Met uitzondering van het röntgenonderzoek van de wervelkolom en het hoofd, de ECG's en de endoscopieën, waar de Almeerse cijfers een fractie lager uitkomen dan in de rest van Nederland, geldt voor alle externe diagnostiek dat deze in Almere op zijn minst even vaak en meestal wat vaker wordt aangevraagd dan in de rest van Nederland. De verschillen zijn echter niet groot.

Tabel 4.12 Aantal diagnostische verrichtingen (in eigen praktijk) in de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten en 1000 contacten gedurende drie maanden

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
diagnostiek in eigen praktijk	730,3	762,3	658,8	621,4	596,3	563,1
fysische diagnostiek	675,1	698,4	617,3	574,4	546,4	527,6
* bloeddruk	109,6	147,4	132,7	93,3	115,4	113,4
* gewicht	13,1	15,6	25,8	11,2	12,1	22,0
* huid	111,8	112,3	91,3	95,1	87,8	78,0
* keel/neus/oren	172,5	145,2	135,4	146,8	113,5	115,8
* ogen	27,8	27,4	22,1	23,7	21,4	18,9
* hart	31,4	39,6	43,9	26,7	31,0	37,5
* longen	159,3	148,2	123,5	135,5	115,9	105,6
* mammae	9,9	9,9	7,7	8,4	7,8	6,6
* buik	57,3	58,2	57,9	48,7	45,5	49,5
* RT/VT	34,3	33,7	32,6	29,2	26,3	27,8
* ledematen/gewr.	108,4	122,9	109,7	92,3	96,2	93,7
* wervelkolom	39,0	41,6	42,6	33,2	32,5	36,4
* neurol. onderz.	19,9	22,7	22,3	17,0	17,7	19,0
* ov.spec.lich.ondz.	32,2	31,9	32,0	27,4	24,9	27,4
* alg. lich. onderz.	10,8	8,4	11,1	9,2	6,6	9,5
bloedonderzoek	25,9	30,6	17,0	22,0	23,9	14,5
* Hb	12,4	11,8	8,2	10,6	9,2	7,0
* BSE	7,3	8,3	4,0	6,2	6,4	3,4
* glucose	9,1	13,9	5,9	7,8	10,8	5,1
* overige	0,8	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6
urine-onderzoek	52,3	58,1	55,1	44,5	45,4	47,1
* sediment	38,4	43,9	33,5	32,7	34,3	28,6
* nitriet	29,2	33,9	12,5	24,8	26,6	10,7
* glucose/eiwit	34,1	39,6	34,1	29,1	31,0	29,1
* zwangersch.test	6,4	6,0	3,4	5,5	4,7	2,9
* overige	1,3	1,3	1,4	1,1	1,0	1,2
overige diagn.	17,8	19,9	11,6	15,1	15,5	9,9
* peak flow	0,4	0,4	0,9	0,3	0,3	0,8
* doppler	-	-	0,2	-	-	0,2
* ECG	4,8	6,1	0,4	4,1	4,8	0,3
* audiogram	1,9	1,9	0,5	1,7	1,5	0,5
* overige	1,1	1,2	1,5	1,0	0,9	1,3

Tabel 4.13 Aantal diagnostische verrichtingen (elders) in de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten en 1000 contacten gedurende drie maanden

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
diagnostiek elders	84,2	91,6	66,4	71,7	71,7	56,8
bloedchemie	22,7	28,9	21,4	19,3	22,6	18,3
* glucose	7,6	10,9	8,9	6,5	8,5	7,6
* leverfunctie	13,0	15,6	11,2	11,1	12,1	9,6
* electrolyten	4,8	7,1	4,3	4,1	5,5	3,6
* vetspectrum	4,9	6,1	4,9	4,2	4,8	4,2
* nierfunctie	11,5	15,5	9,2	9,8	12,1	7,9
* overige	5,6	6,8	7,8	4,7	5,3	6,7
haemato-/serologie	27,7	30,7	23,8	23,5	24,0	20,4
* Hb/leuco-diff./BSE	29,0	32,4	23,4	24,7	25,4	20,0
* overige	12,3	12,4	10,6	10,4	9,7	9,1
röntgenologie	29,7	32,9	22,6	25,2	25,7	19,3
* thorax	7,1	8,4	4,8	6,1	6,5	4,1
* wervelkolom	3,5	3,9	4,1	3,0	3,0	3,5
* ledematen/gewr.	11,3	12,3	7,8	9,6	9,7	6,6
* maag/darm/galblaas	3,2	3,7	2,5	2,7	2,9	2,1
* schedel/sinus/kaak	2,9	2,9	2,8	2,5	2,2	2,4
* IVP	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4
* mammografie	2,3	2,6	1,6	1,9	2,0	1,3
* overige	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2
overige diagnostiek	25,9	25,3	17,2	22,0	19,8	14,7
* ECG	0,7	1,0	1,2	0,6	0,8	1,0
* urine (kweek)	3,7	3,9	3,1	3,1	3,0	2,7
* faeces (kweek)	2,3	2,2	1,7	1,9	1,7	1,4
* cytologie: cervix/sputum/urine	13,8	12,7	8,0	11,7	9,9	6,9
* echoscopie	3,1	3,3	2,3	2,6	2,6	2,0
* endoscopie	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2
* overige	2,8	2,8	1,3	2,4	2,2	1,2

4.2.2 Conclusies met betrekking tot diagnostiek

Uit de doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere kan, met betrekking tot het verrichten van diagnostische activiteiten in de eigen praktijk en het aanvragen van diagnostiek elders, worden afgeleid dat de aantallen diagnostische activiteiten in Almere relatief hoog moeten liggen. Deze verwachting met betrekking tot beide vormen van diagnostiek wordt bevestigd.

meer in- en externe
diagnostiek

In vergelijking met de huisartsen uit de rest van Nederland worden door de Almeerse huisarts veel diagnostische activiteiten in de eigen praktijk ondernomen. Met name ECG's en audiogrammen worden in Almere door de huisarts gedaan, waar dit landelijk veel minder het geval is. Over alle interne diagnostische verrichtingen genomen komen de Almeerse huisartsen (na standaardisatie op leeftijd en geslacht) circa 5% hoger uit dan hun collega's in de rest van het land. Voor de externe diagnostiek ligt het percentage aangevraagde verrichtingen in Almere circa 25% hoger dan in de rest van Nederland.

4.3 Behandelingen door de Almeerse huisartsen

'praten' versus 'doen'

De behandelingen die op het contactregistratieformulier konden worden genoteerd hadden zowel betrekking op wat mondeling gedaan kon worden ('het praten') als op het uitvoeren van verrichtingen ('het doen'). Onder deze laatste categorie vallen bijvoorbeeld medisch-technische handelingen, veranderingen in de medicatie en de vaccinaties. Bij de behandelingen konden meerdere activiteiten worden aangekruist.

Een Almeerse huisarts, werkend in de lijn van de doelstellingen van het project gezondheidszorg Almere, zal 'veel praten' en 'veel doen'. De profilering van de Almeerse huisarts, als een gezinsarts die openstaat voor zowel medische als sociale problemen in de bevolking en daar middels een goed gesprek en een adequate praktijkvoering op reageert, maakt dat veel behandelingen verwacht mogen worden in de vorm van gespreksvoering, voorlichting en het geven van leefregels. Ook een behandeling in de vorm van 'even aankijken' zal in Almere wellicht wat vaker voorkomen dan in de rest van Nederland, gelet op het feit dat zo lang mogelijk zal worden geprobeerd een patiënt in de eerstelijns te houden, met als tweede doel het tegengaan van medicalisering. 'Even aankijken' past uitstekend in deze visie op de beroepsuitoefening. Ook bij de behandelingen die zijn samen te vatten als het doen van activiteiten, zoals de medisch-technische handelingen en de vaccinaties, geldt dat veel van dergelijke behandelingen passen in de het ideaalbeeld dat in Almere bestaat van een sterke eerstelijns. De Almeerse huisarts in de geest van het EGA is naast een 'prater' vooral ook een 'doener'. Hierbij moet wel vermeld worden dat het 'doen' een beter meetbare indicator is dan de 'praat'-activiteiten. Bij deze laatste activiteiten zullen interpretatie-verschillen tussen huisartsen een relatief grote rol spelen.

behandelingen per
1000 patiënten

4.3.1 De aantallen behandelingen

De Almeerse huisarts voert zowel per 1000 patiënten als per 1000 contacten meer behandelingen uit dan de collega-huisarts in de rest van Nederland. Na standaardisatie op leeftijd en geslacht ligt het aantal behandelingen (overeenkomstig de door ons gegeven definitie aan dit begrip) per 1000 patiënten in Almere bijna 35% hoger dan in de rest van Nederland, zoals tabel 4.14 laat zien.

Tabel 4.14 Aantal behandelingen in de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten gedurende drie maanden

	Almere	Almere gestandaardiseerd	Nederland
behandeling totaal	872,8	924,4	692,1
gespreksvoering	351,6	372,7	287,9
voorlichting	597,5	619,2	450,7
even aankijken	52,8	51,4	51,9
leefregels	41,5	44,2	32,8
lopende medicatie	17,3	22,2	20,4
medisch-technische handelingen	78,7	88,1	73,6
vaccinatie	18,9	27,7	27,4
medicatie zonder recept	49,2	46,9	24,9
overige behandelingen	29,0	42,9	25,2

Meer behandelingen in Almere per 1000 patiënten betekent zowel meer patiënten waarmee gesprekken worden gevoerd als meer voorlichting per patiënt, meer leefregels, meer medisch-technische handelingen en meer medicaties zonder recept. De aantallen behandelingen per 1000 patiënten in de vorm van 'even aankijken' en de vaccinaties verschillen niet tussen Almere en de rest van Nederland.

behandelingen per
1000 contacten

Tabel 4.15 geeft vervolgens de aantallen behandelingen per 1000 contacten.

Tabel 4.15 Aantal behandelingen in de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 contacten gedurende drie maanden

	Almere	Almere gestandaardiseerd	Nederland
behandeling totaal	742,7	723,1	591,5
gespreksvoering	299,1	291,5	246,1
voorlichting	508,4	484,3	385,2
even aankijken	44,9	40,3	44,3
leefregels	35,3	34,6	28,0
lopende medicatie	12,7	17,4	17,4
medisch-technische handelingen	67,0	69,0	62,9
vaccinatie	16,1	21,6	23,4
medicatie zonder recept	41,9	36,7	21,3
overige behandelingen	33,2	33,5	21,5

Vergelijken we opnieuw de (gestandaardiseerde) cijfers voor Almere en de rest van Nederland, maar nu per 1000 contacten, dan kan de conclusie worden gehandhaafd dat de Almeerse huisarts per 1000 contacten meer behandelingen verricht. Met deze noemer ligt het aantal behandelingen in Almere ruim 20% hoger dan in de rest van Nederland. Maken we een onderscheid naar de verschillende hoofdgroepen, dan blijkt dat het aantal contacten waarin naar eigen zeggen aan gespreksvoering wordt gedaan in Almere bijna 20% hoger te liggen dan in de rest van Nederland. Voor de categorieën voorlichting, leefregels, medisch-technische handelingen en medicatie zonder recept gelden in Almere hogere percentages die uitkomen op respectievelijk 26%, 24%, 10% en ruim 70%. Bij de aantallen vaccinaties en het 'even aankijken' van de klacht komen de Almeerse huisartsen, ook per 1000 contacten, wat lager uit dan praktijken in de rest van Nederland. De verschillen met de rest van Nederland zijn hier respectievelijk 8% en 9%.

behandeling in detail

De onderverdeling naar categorieën behandelingen, zoals die in de tabellen 4.14 en 4.15 zijn gepresenteerd, zijn samengesteld op basis van een meer gedetailleerde verdeling die deel uitmaakte van het contact-registratieformulier. Tabel 4.16 geeft dit meer gedetailleerde overzicht van de door de huisarts verrichtte aantallen behandelingen.

Tabel 4.16 Aantal behandelingen in de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten en 1000 contacten gedurende drie maanden

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
behandeling totaal	872,8	924,4	692,1	742,7	723,1	591,5
gespreksvoering	351,6	372,7	287,9	299,1	291,5	246,1
* passief luisteren	181,6	194,4	103,8	154,6	152,1	88,7
* actief exploreren	166,7	173,2	140,9	141,8	135,5	120,4
* geruststellen	167,5	174,5	153,0	142,6	136,5	130,8
voorlichting	597,5	619,2	450,7	508,4	484,3	385,2
* voorlichting klacht	420,5	429,2	315,3	357,8	335,8	269,5
* voorlichting over behandeling	370,7	382,6	307,9	315,4	299,3	263,2
* alg. gezondheidsvoorlichting	35,3	38,0	43,8	30,1	29,7	37,4
* advies omtr. werk	19,9	19,8	18,3	16,9	15,4	15,6
even aankijken	52,8	51,4	51,9	44,9	40,3	44,3
leefregels	41,5	44,2	32,8	35,3	34,6	28,0
* bedrust	22,9	24,7	16,5	19,5	19,3	14,1
* dieet	19,4	20,3	16,8	16,5	15,9	14,4
lopende medicatie	17,3	22,2	20,4	14,7	17,4	17,4
* staken medicatie	8,4	10,1	9,6	7,2	7,9	8,2
* medicatie verhogen	0,6	1,0	1,3	0,5	0,7	1,1
* medicatie verlagen	0,6	0,8	1,0	0,5	0,6	0,9
* med. continueren	7,6	10,3	8,4	6,5	8,1	7,2
medisch-technische handelingen	78,7	88,1	73,6	67,0	69,0	62,9
* injectie	22,1	29,0	24,7	18,8	22,7	21,1
* oor uitspuiten	9,1	10,9	9,9	7,7	8,6	8,4
* wondverzorging	17,5	19,1	15,3	14,9	15,0	13,1
* kleine chirurgie	13,2	13,5	10,6	11,2	10,5	9,1
* zwachtelen/tapen/reponeren	6,4	6,5	10,4	5,5	5,1	8,9
* catheteriseren	0,2	0,4	0,3	0,2	0,3	0,3
* vloeibare stikstof	10,3	9,1	5,2	8,8	7,1	4,4
* IUD	1,8	1,5	1,1	1,5	1,2	0,9
vaccinatie	18,9	27,7	27,4	16,1	21,6	23,4
* tetanus	1,8	2,0	2,2	1,6	1,6	1,9
* griep	14,4	23,0	21,3	12,2	18,0	18,2
* hooikoorts	1,0	0,9	1,0	0,8	0,7	0,9
* dktp/dtp	0,5	0,3	1,3	0,4	0,3	1,1
* bmr	0,4	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3
* overige	1,1	1,3	1,4	0,9	1,0	1,2
med. zonder recept	49,2	46,9	24,9	41,9	36,7	21,3
ov. behandelingen	29,0	42,9	25,2	33,2	33,5	21,5
* administratief	12,9	15,6	12,5	11,0	12,2	10,7
* overige	26,1	27,3	12,7	22,2	21,3	10,8

In Almere geldt dat in ruim 70% van alle contacten er naar de mening van de registrerende huisartsen sprake is van één of andere vorm van behandeling. Het vergelijkbare percentage voor de huisartsen in de rest van Nederland komt uit op bijna 60%. Voor zowel Almere als Nederland geldt dat bij circa 7% van alle contacten er sprake is van één of meer medisch-technische handelingen.

gespreksvoering
en voorlichting

Bij het overgrote deel van de contacten blijft de behandeling beperkt tot gespreksvoering en voorlichting. Bij de gespreksvoering is een onderscheid gemaakt tussen passief luisteren, actief luisteren en geruststellen. Per 1000 contacten komen al deze drie elementen, doch met name het passief luisteren, in Almere vaker voor dan in de rest van Nederland. Eij voorlichting is een onderscheid gemaakt tussen de voorlichting over een klacht, voorlichting over behandeling, algemene voorlichting en adviezen met betrekking tot het werk. Voor de twee eerst genoemde aspecten van voorlichting geldt dat deze per 1000 contacten in Almere vaker aan de orde komen dan in de rest van Nederland. Algemene gezondheidsvoorlichting en adviezen over het werk komen wat minder vaak voor in Almere, maar vormen slechts een kleine categorie in vergelijking tot de beide andere vormen van voorlichting. Bij leefregels is een onderscheid gemaakt tussen bedrust en diëten. Beide aspecten komen in contacten niet vaak aan de orde, maar wel in Almere wat vaker dan in de rest van Nederland.

medicatie

Bij de lopende medicatie gaat het om het staken van een medicatie, de verhoging of verlaging van de hoeveelheid of sterkte van medicijnen of om een continuering van het medicijngebruik. Voor deze vier aspecten - opnieuw een categorie van beperkte omvang - zijn de verschillen tussen de Almeerse huisartsen en de huisartsen in de rest van Nederland gering.

medisch-technische
handelingen

Komen we bij de interessante groep van de medisch-technische handelingen. Voor sommige deelaspecten van het medisch-technisch handelen geldt dat dit in Almere iets vaker wordt gedaan (injecties, wondverzorging, kleine chirurgie, een behandeling met vloeibare stikstof en het plaatsen of verwijderen van een IUD). Bij andere handelingen blijven de Almeerse huisartsen wat achter bij hun collega's elders in den lande (zwachtelen/-tappen/reponeren) en bij de resterende aspecten van het medisch-technisch handelen zijn de verschillen tussen Almeerse en Nederlandse huisartsen klein (oor uitspuiten en catheteriseren). In het algemeen moet echter gesteld worden dat bij het medisch-technisch handelen de verschillen tussen Almeerse huisartsen en de huisartsen in de rest van Nederland ook op de afzonderlijke deelaspecten klein zijn. Dezelfde conclusie kan worden getrokken ten aanzien van de vaccinaties. Voor alle gespecificeerde vaccinaties geldt dat de aantallen vaccinaties per 1000 contacten in Almere nagenoeg gelijk zijn aan de aantallen in de rest van Nederland. De laatste categorieën betreffen de medicatie zonder recept en de overige behandelingen. Medicatie zonder recept komt, zoals reeds opgemerkt bij

tabel 4.15, in Almere per 1000 contacten wat vaker voor. Bij de overige behandelingen zit het verschil vooral in de categorie 'overig'.

4.3.2 Conclusies met betrekking tot behandeling

conclusie
behandelingen

Een Almeerse huisarts, werkend in de lijn van de doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere, zal bij de behandeling van zijn patiënten veel praten, in de zin van gesprekken voeren, voorlichting geven over de klacht e.d., als wel eerder geneigd zijn medisch-technische verrichtingen zelf uit te voeren dan daarvoor te verwijzen. Uit de resultaten in deze paragraaf komt de Almeerse huisarts vooral naar voren als een 'prater'. Hij geeft meer voorlichting over klacht en behandeling, voert meer gesprekken en schrijft vaker leefregels voor. Bij het 'doen' zijn de verschillen tussen de Almeerse huisartsen en de huisartsen in de rest van Nederland aanmerkelijk minder groot. De Almeerse huisarts doet iets meer medisch-technische verrichtingen, maar minder vaccinaties.

4.4 Het voorschrijven van medicijnen

Bij het uitvoeren van diagnostische verrichtingen en de in de vorige paragraaf aangehaalde behandelingen geldt in zijn algemeenheid dat naarmate meer van deze verrichtingen plaatsvinden, de Almeerse huisarts ook meer in de lijn van het Experiment Gezondheidszorg Almere handelt. Dit ligt anders bij het voorschrijven van medicijnen. Gelet op de doelstellingen van het EGA mag verwacht worden dat een huisarts, werkend in de lijn van deze doelstellingen, relatief weinig medicijnen zal voorschrijven.

eerdere
onderzoeksresultaten

Eerdere analyse van secundair materiaal wees in de richting van het weinig geneigd zijn medicijnen voor te schrijven bij de Almeerse huisartsen in vergelijking tot collega-huisartsen (Sixma & Van de Voort, 1985). Deze analyses hadden betrekking op gegevens van ziekenfondsverzekerden en huisartsen aangesloten bij het Ziekenfonds Gooi & Omstreken. Naast een laag prescriptiecijfer wees deze analyse ook in de richting van het voorschrijven van relatief goedkope medicijnen. Eenzelfde beeld van een huisarts, die niet snel geneigd is medicijnen voor te schrijven, komt naar voren uit onderzoek waarin de mening van de patiënt is gevraagd over het voorschrijfgedrag van de Almeerse huisarts (Sixma et al, 1991).

Via de contactregistratie zijn gegevens beschikbaar over de mate waarin bij de contacten of klachtenclusters medicijnen worden voorgeschreven en om welke medicijnen en doseringen het gaat. Bij de prescriptiegegevens is bij de aantallen die gelden voor Nederland een correctie toegepast. Deze correctie houdt in dat het aantal geregistreerde herhaalrecepten is verdubbeld. In deze periodes zijn namelijk slechts gedurende de helft van de onderzoeksperiode gegevens met betrekking tot herhaalreceptuur verzameld en gecodeerd. Verdubbeling van de herhaalrecepten in deze

periodes is de meest voor de hand liggende correctie om de aantallen voor Almere (waar wel alle herhaalrecepten zijn bijgehouden) en de rest van Nederland vergelijkbaar te maken.

top tien van geneesmiddelen

Bij de voorgeschreven medicijnen zijn naast totaalcijfers voor Almere en Nederland overzichten gemaakt van de top-tien van de meest voorgeschreven geneesmiddelen, waarbij deze geneesmiddelen zijn samengenomen in ATC-hoofdgroepen.

Tabel 4.17 Aantal voorschriften voor 11 hoofdgroepen in de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten en 1000 contacten gedurende drie maanden

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
voorschrijven van geneesmiddelen	654,6	743,8	750,6	557,0	581,9	641,5
psycholeptica	54,6	72,8	69,5	46,5	56,9	59,4
syst. antibiotica	57,6	55,2	77,6	49,0	43,1	66,3
analgetica	37,3	39,0	54,7	31,8	30,5	46,8
geslachtshorm. etc.	53,2	53,5	45,1	45,3	41,8	38,5
diuretica	17,1	29,8	38,4	14,6	23,3	32,8
hoest- en verkoudheidsmiddelen	48,9	48,9	52,1	41,6	38,3	44,5
bèta-receptor blokkerende middelen	19,2	27,0	28,8	16,3	21,2	24,6
anti-inflamm./anti-reum. middelen	26,8	34,5	45,1	22,8	27,0	38,5
middelen bij CARA	22,7	24,1	22,7	19,3	18,8	19,4
middelen voor nasaal gebruik	37,8	32,7	31,7	32,2	25,6	27,1
ov. medicamenten	311,1	359,8	336,9	264,7	281,5	287,9

De verwachting, dat in Almere relatief weinig contacten worden afgesloten met het uitschrijven van een recept, wordt in dit onderzoek bevestigd. Het aantal recepten per 1000 contacten in Almere is aanzienlijk lager dan in de rest van Nederland, ook als rekening wordt gehouden met de afwijkende leeftijdsverdeling in Almere. Na standaardisatie komt het percentage contacten, waarbij een recept wordt uitgeschreven, in Almere bijna 10% lager uit dan bij de huisartsen werkend in de rest van Nederland. Dit beeld wordt bevestigd als we kijken naar het aantal voorgeschreven medicijnen voor de tien hoofdgroepen. Met uitzondering van geslachtshormonen (waaronder 'de pil') liggen, na standaardisatie, de Almeerse cijfers per 1000 contacten lager dan de cijfers voor de rest van Nederland. De grootste verschillen zien we bij de systemische antibiotica en de analgetica, waar de Almeerse huisartsen circa 30% lager uitkomen dan de vergelijkingsgroep. Een volledig overzicht van alle voorgeschreven medicijnen naar hoofdgroep in te vinden in tabel 4.18.

Tabel 4.18 Aantal voorschriften in de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten en 1000 contacten gedurende drie maanden

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
A. Maag-darmkanaal en metabolisme						
A01 stomatologica, mondpreparaten	2,2	2,1	2,0	1,9	1,7	1,7
A02 antacida, flatulentie- en ulcusmiddelen	21,2	26,3	19,2	18,1	20,5	16,4
A03 spasmodica en parasymphicolitica (A)	13,1	14,8	15,1	11,1	11,6	12,9
A06 laxantia	6,1	8,6	9,6	5,2	6,7	8,2
A07 anti diarrhoica, anti-inflamm./antimicrob.	4,8	4,4	6,2	4,1	3,5	5,3
A08 vermageringsmiddelen, excl. dieetproducten	1,3	1,5	2,0	1,1	1,1	1,7
A09 digestiva, incl. enzymen	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3
A10 bloedsuikerverlagende middelen	6,2	10,3	10,4	5,2	8,1	8,9
A11 vitaminen	12,4	16,2	16,4	10,5	12,7	14,0
A12 mineraal supplementen	2,3	4,4	2,2	1,9	3,5	1,9
A13 tonica	0,1	0,1	0,4	0,1	0,1	0,3
A14 systemische anabolica	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
B. Bloed en bloedvormende organen						
B01 anticoagulantia	5,5	9,0	10,4	4,6	7,0	8,9
B02 antihaemorrhagica	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2
B03 middelen bij anemie	5,7	6,1	10,1	4,8	4,7	8,6
B04 antilipaemica	0,4	0,6	0,7	0,4	0,5	0,6
C. Hart-vaatstelsel						
C01 cardiaca	8,8	16,7	19,3	7,5	13,1	16,5
C02 antihypertensiva	9,3	15,7	22,0	7,9	12,3	18,8
C03 diuretica	17,5	30,6	39,6	14,9	23,9	33,8
C04 perifere vasodilatantia	2,7	4,7	5,3	2,3	3,7	4,5
C05 vasoprotectiva	4,3	4,9	5,3	3,7	3,8	4,5
C07 bèta-receptor blokkerende middelen	19,3	27,2	28,9	16,4	21,3	24,7
D. Dermatologica						
D01 dermatologische antimycotica	15,7	16,2	10,0	13,4	12,7	8,6
D02 emollientia en protectiva	8,1	8,7	4,6	6,9	6,8	4,0
D03 wondhelende midd., excl. geïmpregn. verb.m.	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
D04 antipruritica, incl. antihistaminica etc.	2,2	2,1	1,1	1,9	1,6	1,0
D05 koolteer met zwavel en resorcinol	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2
D06 dermatologische antimicrobiële middelen	4,4	4,3	4,0	3,7	3,4	3,4
D07 dermatologische corticosteroiden	23,3	24,4	27,8	19,9	19,1	23,8
D08 desinfectantia	3,5	3,4	2,8	3,0	2,6	2,4
D09 geïmpregneerde verbandmiddelen	0,2	0,2	0,5	0,1	0,2	0,4
D10 acnépreparaten	5,5	6,8	5,6	4,7	5,3	4,8
D11 overige dermatologica	5,5	5,4	3,3	4,7	4,2	2,8
G. Urogenitale stelsel en geslachtshormonen						
G01 gynaecologische antimicrobiële middelen	8,3	7,9	5,0	7,1	6,2	4,3
G02 overige gynaecologische middelen	0,9	0,7	1,3	0,7	0,6	1,1
G03 geslachtshormonen en stimulantia (X/Y)	53,5	53,8	45,4	45,5	42,1	38,8
G04 urologica	2,9	4,0	6,8	2,5	3,1	5,8
H. Systemische hormoonpreparaten, excl. gesl.hormonen						
H01 hypofysehormonen	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2
H02 systemische corticosteroiden	3,1	4,4	6,5	2,7	3,5	5,6
H03 schildkliermiddelen	1,8	2,5	2,5	1,5	1,9	2,1

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
J. Systemische antimicrobiele middelen						
J01 systemische antibiotica	57,7	55,3	77,8	49,1	43,2	66,5
J02 systemische antimyotica, excl. griseofulvine	0,8	0,9	0,8	0,7	0,7	0,7
J03 syst. chemische antimicrobiele middelen	6,0	6,6	9,2	5,1	5,2	7,9
J04 tuberculostatica, excl. streptomycine	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
J07 vaccins	2,1	2,7	8,8	1,8	2,1	7,5
L. Oncolytica en immunosuppressiva						
L01 oncolytica	0,1	0,1	0,5	0,1	0,1	0,4
L02 hormonen	0,2	0,3	0,8	0,2	0,2	0,7
M. Skeletspierstelsel						
M01 anti-inflamm. en antireumatische middelen	26,9	34,6	45,7	22,9	27,1	39,5
M02 lokale antireumatica	7,8	9,3	7,3	6,6	7,3	6,3
M03 spierrelaxantia	0,2	0,2	1,3	0,1	0,2	1,1
M04 jichtmiddelen	0,7	0,9	0,8	0,6	0,7	0,7
M05 ov. midd. v. aand. vh. skeletspierstelsel	1,1	2,1	1,8	0,9	1,7	1,6
N. Centraal zenuwstelsel						
N01 anaesthetica	1,6	1,5	1,0	1,4	1,2	0,8
N02 analgetica	37,7	39,4	55,1	32,1	30,8	47,1
N03 anti-epileptica	2,1	2,8	4,4	1,8	2,2	3,8
N04 parkinsonmiddelen	0,7	1,1	2,0	0,6	0,9	1,7
N05 psycholeptica	58,2	77,3	72,6	49,5	60,5	62,0
N06 psychoanaleptica	4,6	6,2	9,9	3,9	4,8	8,5
N07 ov. centr. zen.st. midd., incl. parasymp.	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2
P. Antiparasitaire middelen						
P01 antiprotozoïca	0,1	0,2	0,9	0,1	0,1	0,8
P02 antihelminthica	4,4	3,7	4,2	3,7	2,9	3,6
P03 scabies- en pediculosemiddelen	0,5	0,5	0,7	0,4	0,4	0,6
R. Ademhalingsstelsel						
R01 middelen voor nasaal gebruik	37,9	32,8	31,8	32,2	25,7	27,2
R02 orofaryngeale middelen	0,7	0,7	2,5	0,6	0,6	2,1
R03 middelen bij CARA	26,3	28,5	27,4	22,4	22,3	23,4
R05 hoest- en verkoudheidsmiddelen	50,9	51,0	54,0	43,3	39,9	46,2
R06 systemische antihistaminica	27,5	24,5	23,3	23,4	19,1	19,9
S. Zintuiglijke organen						
S01 middelen voor oogheelkundig gebruik	14,8	15,7	16,4	12,6	12,3	14,0
S02 middelen voor oorheelkundig gebruik	15,5	12,5	7,1	13,2	9,8	6,1
S03 oog- en oorheelkundige middelen	1,7	1,8	2,8	1,5	1,4	2,4
V. Diverse middelen						
V01 allergenen	1,8	1,7	1,2	1,5	1,3	1,0
V03 overige therapeutische middelen	1,6	1,7	1,6	1,4	1,3	1,4
V04 diagnostica	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
V07 overige niet-therapeutische middelen	0,1	0,1	1,2	0,1	0,1	1,0
Y. Niet ingevuld/classificeerbaar	5,1	5,9	4,2	4,3	4,6	3,6
Z. Niet van toepassing	1,7	1,9	2,1	1,5	1,5	1,8

4.5 Het verwijzen van patiënten

LIZS-jaarboeken

Het verwijscijfer van de huisarts naar medisch specialisten vormt één van de weinige indicatoren voor het zorggebruik, waarover op nationaal niveau en over een langere periode gegevens beschikbaar zijn. Het betreft hierbij met name verwijscijfers voor patiënten verzekerd via het ziekenfonds. Voor de jaren tot en met 1986 zijn via de LIZS-jaarboeken gedetailleerde gegevens gepubliceerd over de aantallen uitgeschreven verwij斯卡arten per 1000 verzekerden, waarbij opdelingen werden gemaakt naar de verwijzende persoon of instantie, het specialisme waarnaar werd verwezen en de plaats van waaruit de verwijzing plaatsvond (VNZ, 1988).

Zonder dat precies kan worden nagegaan waar de oorzaken liggen (zie Wijkel, 1986), kan worden vastgesteld dat huisartsen in gezondheidscentra wat lagere verwijscijfers hebben dan collega's in andere praktijkvormen. Voor zowel de huisartsen in gezondheidscentra als de overige categorieën huisartsen gold een lichte dalende trend in het verwijscijfer, zij het dat het cijfer voor het totaal aan huisartsen wat sneller leek te dalen dan het aantal verwijzingen naar medisch specialisten vanuit gezondheidscentra.

visie Almere

Het aantal verwijzingen geldt als een belangrijke indicator voor het gebruik van zorgvoorzieningen. Vanuit de visie dat in Almere wordt gewerkt aan de opbouw van een sterke eerstelijnszorg met alle daaraan verbonden consequenties voor de inrichting van het stelsel van zorgvoorzieningen en de wetenschap dat Almere, op het moment waarop ons onderzoek heeft plaatsgevonden, binnen de gemeentegrenzen enkel de beschikking had over een polikliniek, kunnen met betrekking tot het aantal verwijzingen een aantal voorspellingen worden gedaan. Met betrekking tot de verwijzingen naar medisch specialisten in de tweedelijns verwachten we in Almere een verwijscijfer dat lager is dan in de rest van Nederland. Hetzelfde geldt voor de verwijzingen naar de GGZ. Met de wetenschap dat in Almere wordt samengewerkt in wijkgerichte gezondheidscentra, verwachten we daarentegen een relatief hoog verwijscijfer naar de eerstelijnsdisciplines.

4.5.1 Aantallen verwijzingen naar medisch specialisten en GGZ

nieuwe en administratieve verwijzingen

Eén van de beperkingen bij het gebruik van verwijscijfers, zoals gepubliceerd door de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, betreft het ontbreken van een onderscheid tussen nieuwe verwijzingen, waarbij huisarts en patiënt een actieve rol spelen, en de zogenaamde administratieve verwijzingen. Bij deze laatste categorie kan worden gedacht aan verlengingsverwijzingen en verwijzingen die door de huisarts worden uitgeschreven op het moment dat de patiënt al bij de medisch specialist onder behandeling is. Voor nieuwe verwijzingen geldt dat (in overleg met de patiënt) de huisarts hier een redelijke mate van invloed kan uitoefenen op de beslissing al dan niet een verwij斯卡art uit te schrijven. Bij de verlengingsverwijzingen is dit veel minder het geval. Weliswaar kan de huisarts, bij een via een verlengingsverwijzing aangevraagde voortzetting

van een behandeling in de tweedelij, besluiten de betreffende patiënt eerst zelf te onderzoeken voordat een handtekening op de verwijskaart wordt gezet, doch meer gebruikelijk is de aanvraag van de medisch specialist zonder meer te sanctioneren.

Op basis van het voorgaande mag worden aangenomen dat de sterke positie van de huisarts ten opzichte van de medisch specialist vooral tot uitdrukking zal komen in de nieuwe verwijzingen en veel minder in de verlengings- en achterafverwijzingen, alhoewel ook bij deze laatste categorieën verwijzingen winst is te behalen (Sixma, 1985). Tabel 4.19 geeft de opdeling van het aantal verwijzingen naar medisch specialisten per 1000 patiënten en per 1000 contacten, opgedeeld naar nieuwe, verlengings- en achterafverwijzingen.

Tabel 4.19 Aantal verwijzingen naar de medisch specialist naar soort verwijzing in de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten en 1000 contacten gedurende drie maanden

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
verwijzingen totaal	63,8	70,1	71,8	54,3	54,9	61,4
nieuw	40,4	42,3	48,2	34,4	33,1	41,2
verlenging	12,4	14,6	16,1	10,6	11,4	13,7
achteraf	5,1	5,8	2,4	4,3	4,6	2,1
niet ingevuld	5,9	7,4	5,1	5,0	5,8	4,4

lagere verwijscijfers

Na standaardisatie op leeftijd en geslacht blijken de aantallen verwijzingen zowel per 1000 patiënten als per 1000 contacten in Almere inderdaad wat lager te liggen dan in de rest van Nederland. Bij het aantal verwijzingen per 1000 patiënten is het verschil enkele procenten. Omgerekend naar het aantal per 1000 contacten is het Almeerse cijfer, wat betreft de verwijzingen naar de medisch specialist, circa 10% lager dan het cijfer voor de andere huisartsen die aan het onderzoek hebben deelgenomen. Blijven we even bij het aantal verwijzingen per 1000 contacten, dan geldt (na standaardisatie) dat met name de aantallen 'nieuwe' verwijzingen in Almere lager liggen dan in de rest van Nederland. Het aantal 'achteraf' verwijzingen komt daarentegen in Almere wat hoger uit dan in de vergelijkingsgroep. Meer mensen lijken op eigen initiatief de specialist op te zoeken en vragen daarvoor achteraf een verwijskaart aan de huisarts.

In tabel 4.20 staan de aantallen verwijzingen per 1000 patiënten en per 1000 contacten naar de initiatiefnemer tot de verwijzing.

Tabel 4.20 Aantal verwijzingen naar de medisch specialist naar initiatief tot verwijzen in de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten en 1000 contacten gedurende drie maanden

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
geheel bij huisarts	17,3	19,6	29,3	14,8	15,3	25,1
zowel arts als patiënt	12,8	13,2	12,0	10,9	10,3	10,2
geheel bij patiënt	9,0	9,3	6,9	7,6	7,2	5,9
specialist	1,0	1,2	0,8	0,9	0,9	0,7
ouders	1,2	0,9	0,5	1,0	0,7	0,5
overige	0,7	0,6	0,9	0,6	0,5	0,7
niet ingevuld	2,5	2,7	3,6	2,1	2,1	3,1
n.v.t.*	19,4	22,7	17,7	16,5	17,7	15,2

* niet ingevuld voor contacten met de praktijkassistente

In Almere zien we wat minder verwijzingen volledig op initiatief van de huisarts, zowel per 1000 patiënten als per 1000 contacten. De aantallen verwijzingen volledig of gedeeltelijk op initiatief van de patiënt liggen in Almere echter boven de cijfers die worden gevonden in de rest van Nederland, evenals het aantal verwijzingen op initiatief van de medisch specialist en de verwijzingen op initiatief van ouders of verzorgers.

verwijzingen per
specialisme

Naast het initiatief bij de verwijzing is informatie beschikbaar over het specialisme waarnaar is verwezen. De aantallen verwijzingen per 1000 patiënten en per 1000 contacten naar het specialisme waarop de verwijzing betrekking heeft, zijn terug te vinden in tabel 4.21.

Per medisch specialisme waarnaar is verwezen, zijn de verschillen tussen Almere en Nederland niet erg groot. Tabel 4.21 laat per 1000 patiënten in Almere meer verwijzingen zien naar oogheelkunde en cardiologie. Minder verwijzingen per 1000 patiënten zijn er naar orthopedie, urologie, dermatologie en interne geneeskunde. Omgerekend naar de aantallen verwijzingen per 1000 contacten blijven deze verschillen bestaan.

Tabel 4.21 Aantal verwijzingen naar de medisch specialist in de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten en 1000 contacten gedurende drie maanden

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
totaal	63,9	70,1	71,8	54,4	59,7	61,4
oogheelkunde	11,7	14,1	10,5	9,9	12,0	9,0
K.N.O.	7,9	7,1	7,5	6,8	6,0	6,4
chirurgie	9,1	10,2	10,2	7,7	8,7	8,8
plastische chirurgie	1,0	1,0	0,9	0,8	0,9	0,7
orthopedie	3,8	4,1	5,7	3,3	3,4	4,9
urologie	1,5	1,8	2,6	1,3	1,5	2,3
gynaecologie	6,0	5,7	5,7	5,1	4,8	4,8
neurochirurgie	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
neurologie	3,6	4,6	4,7	3,0	3,9	4,1
dermatologie	4,3	4,6	5,4	3,7	3,9	4,6
interne geneeskunde	4,8	6,5	7,6	4,1	5,5	6,5
kindergeneeskunde	3,8	2,5	2,4	3,2	2,1	2,1
maag, darm, stofw.	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2
cardiologie	2,9	4,1	3,2	2,5	3,4	2,8
longziekten en tbc	1,1	1,5	1,8	0,9	1,3	1,6
reumatologie	0,6	0,7	0,7	0,5	0,6	0,6
psychiatrie	0,3	0,3	0,4	0,2	0,3	0,3
revalidatie	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3
mondziekten/ kaakchirurgie	0,1	0,1	0,5	0,1	0,1	0,4
overige specialismen	0,5	0,4	1,0	0,5	0,4	0,9
fibologie	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
verpleeghuisarts	-	-	0,0	-	-	0,0
endocrinologie	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
radiotherapie	-	-	0,0	-	-	0,0
overig	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

verwijzingen naar de GGZ

Ter afsluiting van deze subparagraaf wordt gekeken naar de aantallen verwijzingen naar de Geestelijke Gezondheidszorg. Het aantal verwijzingen naar de GGZ per 1000 patiënten en per 1000 contacten is gering, zoals tabel 4.22 aangeeft. Per 1000 contacten worden er door de Almeerse huisartsen 2 à 3 personen verwezen naar de GGZ. Dit aantal ligt in Almere een fractie hoger dan bij de huisartsen in de rest van Nederland. Van de verwijzingen naar de GGZ nemen de verwijzingen naar de RIAGG's het grootste deel voor hun rekening. Verwijzingen naar de overige GGZ-hulpverleners komen voor in een aantal wat onder de 1 per 1000 contacten ligt.

Tabel 4.22 Aantal verwijzingen naar de GGZ in de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten en 1000 contacten gedurende drie maanden

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
totaal	3,2	3,2	2,7	2,7	2,6	2,3
zelfst. gevestigde psychiater	0,2	0,2	0,3	0,1	0,2	0,3
zelfst. gevestigde psycholoog	0,4	0,4	0,3	0,4	0,3	0,2
RIAGG	1,9	2,0	1,4	1,7	1,6	1,2
CAD	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
polikliniek psychiatrie	0,3	0,4	0,5	0,3	0,3	0,4
intramuraal (opname)	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1

4.5.2 Aantallen verwijzingen naar eerstelijnsdisciplines

De samenwerking van de eerstelijnsdisciplines in wijkgerichte gezondheidscentra gaat in Almere samen met een relatief groot aantal verwijzingen door de huisartsen naar hulpverleners in de eerstelijns. De aantallen verwijzingen naar de eerstelijns zijn te vinden in tabel 4.23.

Tabel 4.23 Aantal verwijzingen naar de eerstelijns in de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten en 1000 contacten gedurende drie maanden

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
totaal	45,2	48,0	36,4	38,5	37,5	31,1
fysiotherapeut	26,4	28,6	28,1	22,5	22,3	24,0
wijkverpleging	1,7	1,7	0,3	1,4	1,3	0,3
maatschappelijk werk	5,3	5,5	1,2	4,6	4,2	1,0
gezinsverzorging	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
verloskundige	1,4	1,3	0,9	1,2	1,0	0,8
diëtiste	2,4	2,8	0,8	2,0	2,1	0,7
alternatieve geneeswijzen	0,7	0,5	0,4	0,6	0,4	0,3
overige	6,5	6,8	4,0	5,5	5,3	3,4
onbekend	1,2	1,3	0,9	1,0	1,0	0,7

eerstelijnsverwijzingen

Voor bijna alle eerstelijnsdisciplines geldt in Almere een hoger verwijzingscijfer in vergelijking met de huisartsen werkzaam in de rest van Nederland. Uitzonderingen zijn de aantallen verwijzingen voor fysiotherapie, welk aantal in Almere per 1000 contacten een fractie lager ligt dan in de rest van Nederland, terwijl de aantallen verwijzingen per 1000 contacten naar

gezinsverzorging, de verloskundige en naar alternatieve genezers nage-
noeg gelijk zijn aan de Nederlandse cijfers. Belangrijk hogere percentages
verwijzingen zien we voor de disciplines maatschappelijk werk en diëtik.
In totaal ligt het aantal verwijzingen naar eerstelijnsdisciplines in Almere
per 1000 contacten circa 20% hoger dan in de rest van Nederland.

4.5.3 Conclusies met betrekking tot de aantallen verwijzingen

Bij de aantallen verwijzingen per 1000 patiënten en per 1000 contacten
moet een onderscheid worden gemaakt in de verwijzingen naar medisch
specialisten en de GGZ en de verwijzingen naar eerstelijnsdisciplines. Om
de projectdoelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere te
bereiken, zou het Almeerse verwijscijfer naar medisch specialisten en de
GGZ relatief laag moeten uitkomen, terwijl het aantal verwijzingen naar
eerstelijnsdisciplines hoger zal zijn dan in de rest van Nederland.

Met betrekking tot de aantallen verwijzingen naar tweedelijnsdisciplines
kan worden geconstateerd dat het totaal aantal verwijzingen per 1000
contacten in Almere wat lager uitkomt dan in de rest van Nederland. Het
cijfer per 1000 patiënten verschilt in Almere maar weinig van de rest van
Nederland. Relatief veel verwijzingen zijn er vanuit Almere naar de disci-
pline oogheelkunde. Het aantal verwijzingen vanuit Almere naar de GGZ
ligt daarentegen wat hoger dan in de rest van Nederland, waarbij moet
worden aangetekend dat deze conclusie gebaseerd is op een gering
aantal personen.

verwachtingen bevestigd

Bij de verwijzingen naar eerstelijnsdisciplines komt een beeld naar voren
dat overeenstemt met hetgeen op basis van het Experiment Almere mag
worden verwacht. Relatief veel verwijzingen, met name naar die disciplines
die in de Almeerse gezondheidscentra zijn ondergebracht.

4.6 Overleg naar aanleiding van contacten

Naar aanleiding van een contact kan door de hulpverlener overleg worden
gevoerd met andere instanties. Hierbij kan gedacht worden aan het
overleg met collega-huisartsen, met andere eerstelijnsdisciplines of
bijvoorbeeld overleg met de medisch specialist waarnaar wordt verwezen.
Op het contactregistratieformulier is door de huisarts of praktijkassistente
ingevuld met wie overleg is gevoerd en wat de reden van dit overleg was.

Gelet op de omstandigheid van een intensieve samenwerking binnen de
gezondheidscentra verwachten we in Almere relatief veel overleg met de
in de centra vertegenwoordigde disciplines. Zo'n werkwijze, waarbij
collega-huisartsen en op deelterreinen van de zorgverlening gespeciali-
seerde eerstelijns-hulpverleners worden geconsulteerd, past in de doelstel-
lingen van het EGA. In principe geldt hetzelfde uitgangspunt voor de

contacten met hulpverleners in de tweedelij, zij het dat zich in Almere, door het ontbreken van een ziekenhuis, de fysieke afstand tot een groot aantal medisch specialisten niet alleen groot is, maar dat op dit moment ook nog relaties bestaan met specialisten, verspreid over een groot aantal instellingen.

veel overleg

In Almere wordt per 1000 patiënten en per 1000 contacten meer overlegd met andere hulpverleners dan in de rest van Nederland. Deze conclusie mag worden getrokken op basis van de cijfers weergegeven in tabel 4.24.

Tabel 4.24 Aantal maal overleg naar aanleiding van contact in de huisartspraktijk in Almere en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten en 1000 contacten gedurende drie maanden

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
totaal	22,0	29,9	16,2	18,8	22,6	13,8
med. specialisten	8,1	10,9	8,0	6,9	8,6	6,8
w.o.:						
- chirurgie	0,9	1,2	0,9	0,8	1,0	0,8
- neurologie	0,7	1,3	0,9	0,6	1,0	0,8
- interne geneesk.	1,6	2,3	2,1	1,3	1,8	1,8
- kindergeneeskunde	0,7	0,5	0,6	0,6	0,4	0,5
- cardiologie	1,0	1,4	0,9	0,8	1,1	0,8
GGZ/psychiatrie	1,7	2,0	1,0	1,4	1,6	0,9
fysiotherapie	4,1	4,5	1,5	3,4	3,6	1,3
overig eerstelij	3,4	4,5	2,0	2,9	3,6	1,7
overige	4,8	8,0	2,8	4,1	6,3	2,4

Meer overleg met de disciplines in de eerstelij, maar ook met disciplines in de tweedelijnszorg. In totaal wordt bij 2 à 3% van alle contacten overleg gepleegd met anderen dan de patiënt. Met disciplines, vallend onder de eerstelijnszorg, ligt het overleg in Almere twee tot drie keer zo hoog als in de rest van Nederland; met de GGZ is in Almere sprake van een percentage overleg dat bijna het dubbele is van het overleg in de rest van Nederland (zij het dat in absolute zin het percentage patiënten of contacten met overleg laag is). Het overleg met medisch specialisten ligt in Almere bijna 20% hoger dan in de rest van Nederland.

4.7 Samenvatting

contactgegevens

De Almeerse huisarts en zijn praktijkassistente hebben ongeveer evenveel contact met hun patiënten als de collega's in de rest van Nederland. Gezien het feit dat de gemiddelde leeftijd van de Almeersers aanzienlijk lager is dan die van de gemiddelde Nederlander, betekent dit dat per leeftijdscategorie de Almeerder vaker naar de huisartspraktijk gaat dan de

gemiddelde Nederlander. Deze hogere contactfrequentie geldt met name voor de contacten met de huisarts zelf, maar in mindere mate ook voor de contacten met de praktijkassistente. Als we het aantal arts-patiënt-contacten opvatten als een indicator voor de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskundige zorg, dan mag geconstateerd worden dat deze toegankelijkheid in Almere relatief hoog is.

Een tweede belangrijke conclusie is dat de Almeerse huisarts, in vergelijking tot de huisartsen in de rest van Nederland, betrekkelijk weinig visites aflegt. Wel geldt dat naarmate het spoedeisend karakter van de visite toeneemt de verschillen met de rest van Nederland kleiner worden, doch wel degelijk blijven bestaan.

Meer contacten per 1000 patiënten betekent voor de Almeerse huisarts niet dat per contact minder tijd wordt besteed aan de betreffende patiënt of patiënten. Het tegendeel lijkt het geval te zijn, alhoewel de verschillen met de andere huisartsen in de rest van Nederland niet erg groot zijn. Ook het aantal problemen dat per contact met de huisarts wordt aangesneden ligt in Almere niet lager dan in de rest van Nederland.

Meer dan in de rest van Nederland het geval is, komen contacten met de huisarts in Almere tot stand op initiatief van de patiënt. Waar het percentage contacten op initiatief van de patiënt in Almere uitkomt op circa 85%, geldt in de rest van Nederland een vergelijkbaar percentage van ruim 73%. Dat door de Almeerse huisartsen het initiatief vooral aan de patiënt wordt gelaten, blijkt ook uit de mate waarin een contact wordt afgesloten met een terugbestelling. In Almere zien we meer contacten die zonder verdere afspraak over het terugkomen worden beëindigd, wat meer contacten waarbij gevraagd wordt op te bellen op een vast tijdstip en wat minder contacten met een vaste afspraak om terug te komen.

diagnostiek

Uit de doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere kan, met betrekking tot het verrichten van diagnostische activiteiten in de eigen praktijk en het aanvragen van diagnostiek elders, worden afgeleid dat de aantallen diagnostische activiteiten in Almere relatief hoog moeten liggen. Deze verwachting met betrekking tot beide vormen van diagnostiek wordt bevestigd.

In vergelijking met de huisartsen uit de rest van Nederland worden door de Almeerse huisarts veel diagnostische activiteiten in de eigen praktijk ondernomen. Met name ECG's en audiogrammen worden in Almere door de huisarts gedaan, waar dit landelijk veel minder het geval is. Over alle interne diagnostische verrichtingen genomen komen de Almeerse huisartsen (na standaardisatie op leeftijd en geslacht) circa 5% hoger uit dan hun collega's in de rest van het land. Voor de externe diagnostiek ligt het percentage aangevraagde verrichtingen in Almere circa 25% hoger dan in de rest van Nederland.

behandelingen

Een Almeerse huisarts, werkend in de lijn van de doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere, zal bij de behandeling van zijn patiënten veel praten, in de zin van gesprekken voeren, voorlichting geven over de klacht e.d., als wel eerder geneigd zijn medisch-technische verrichtingen zelf uit te voeren dan daarvoor te verwijzen. Uit de resultaten in deze paragraaf komt de Almeerse huisarts vooral naar voren als een 'prater'. Hij geeft meer voorlichting over klacht en behandeling, voert meer gesprekken en schrijft vaker leefregels voor. Bij het 'doen' zijn de verschillen tussen de Almeerse huisartsen en de huisartsen in de rest van Nederland aanmerkelijk minder groot. De Almeerse huisarts doet iets meer medisch-technische verrichtingen, maar minder vaccinaties.

prescriptie

Gelet op de doelstellingen van het EGA mag verwacht worden dat een huisarts, werkend in lijn met deze doelstellingen, relatief weinig medicijnen voorschrijft. Deze verwachting wordt bevestigd. Het aantal voorschriften per 1000 contacten is beduidend lager dan in de rest van Nederland, ook als rekening wordt gehouden met de afwijkende leeftijdsverdeling. Van de tien meest voorgeschreven medicijnhoofdgroepen worden alleen geslachtshormonen (waaronder 'de pil') vaker in Almere voorgeschreven. De grootste verschillen treden op bij de systemische antibiotica en de analgetica, waar Almere circa 30% lager uitkomt dan de vergelijkingsgroep.

verwijzingen

Bij de aantallen verwijzingen per 1000 patiënten en per 1000 contacten moet een onderscheid worden gemaakt in de verwijzingen naar medisch specialisten en de GGZ en de verwijzingen naar eerstelijnsdisciplines. Om de projectdoelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere te bereiken, zou het Almeerse verwijzingscijfer naar medisch specialisten en de GGZ relatief laag moeten uitkomen, terwijl het aantal verwijzingen naar eerstelijnsdisciplines hoger zal zijn dan in de rest van Nederland.

Met betrekking tot de aantallen verwijzingen naar tweedelijnsdisciplines kan worden geconstateerd dat het totaal aantal verwijzingen per 1000 contacten in Almere wat lager uitkomt dan in de rest van Nederland. Het cijfer per 1000 patiënten verschilt in Almere maar weinig van de rest van Nederland. Relatief veel verwijzingen zijn er vanuit Almere naar de discipline oogheelkunde. Het aantal verwijzingen vanuit Almere naar de GGZ ligt daarentegen wat hoger dan in de rest van Nederland, waarbij moet worden aangetekend dat deze conclusie gebaseerd is op een gering aantal personen.

Bij de verwijzingen naar eerstelijnsdisciplines komt een beeld naar voren dat overeenstemt met hetgeen op basis van het Experiment Almere mag worden verwacht. Relatief veel verwijzingen, met name naar die disciplines die in de Almeerse gezondheidscentra zijn ondergebracht.

overleg

De Almeerse huisarts overlegt aanzienlijk vaker naar aanleiding van een contact met een hulpverlener uit de eerstelijns. Gezien het feit dat de andere eerstelijnsdisciplines in het gezondheidscentrum aanwezig zijn mocht dit worden verwacht. De Almeerse huisarts overlegt echter ook vaker met hulpverleners buiten het centrum als medisch specialisten en GGZ-hulpverleners, zij het dat het verschil minder groot is.

5. MORBIDITEITSSPECIFIEKE VERRICHTINGEN

5.1 Inleiding

vraagstelling

In dit hoofdstuk wordt vraagstelling C beantwoord:

Welke verrichtingen worden met welke frequentie uitgevoerd, gegeven de aard van de in Almere en Nederland gepresenteerde morbiditeit?

De Almeerse huisarts heeft in een aantal opzichten een verrichtingenpatroon dat afwijkt van dat van de gemiddelde Nederlandse huisarts, zo wordt duidelijk uit het voorgaande hoofdstuk. Hij doet meer aan diagnostiek zelf, vraagt duidelijk meer diagnostiek aan, doet meer aan gespreksvoering en voorlichting en ook iets meer aan medisch-technische verrichtingen en tenslotte verwijst hij meer naar de eerstelijns en overlegt hij meer met andere hulpverleners. Aan de andere kant schrijft hij minder voor en verwijst hij iets minder naar de tweedelijns. De vraag is nu of dit afwijkende verrichtingenpatroon wordt veroorzaakt door een ander klachtenaanbod dan wel door een andere manier van werken van de Almeerse huisarts.

Dat het klachten- en probleemaanbod dat aan de Almeerse huisarts wordt gepresenteerd afwijkt van het landelijk gemiddelde zagen we in één van de andere basisrapporten (De Bakker et al, 1992). In hoeverre dat afwijkende klachtenaanbod verantwoordelijk is voor het afwijkende verrichtingenpatroon van de Almeerse huisartsen wordt in dit hoofdstuk onderzocht.

toelichting op de methode

Er worden in dit hoofdstuk twee morbiditeitsindelingen gehanteerd. De eerste is de bekende indeling in de grotendeels op anatomische gronden gebaseerde ICPC-hoofdstukken. De tweede indeling gaat dwars door de ICPC-hoofdstukken heen en is grotendeels gebaseerd op etiologische gronden en het onderscheid acuut/chronisch (zie Groenewegen et al, 1992). Meer gedetailleerde indelingen zijn niet zinvol, met name omdat in Almere het aantal episodes per categorie dan te gering wordt om uitspraken te doen. In dit hoofdstuk geldt dat de verrichtingen vermeld worden per 1000 ziekte- of klachtenepisodes. Een episode is een periode van ziek zijn, van ontstaan tot het verdwijnen van de klachten. In een episode kunnen meerdere contacten met de huisarts plaatsvinden. De diagnose die de huisarts stelt kan per contact veranderen, afhankelijk van het beloop van de klachten, uitkomsten van onderzoek, etc. In de in dit hoofdstuk gepresenteerde tabellen is de diagnose van het laatste contact in de episode aangehouden als de 'episodenaam', als zijnde de meest waarschijnlijke diagnose voor de episode als geheel. Dit kan betekenen dat sommige verrichtingen in bepaalde episodes als ongerijmd kunnen voorkomen. Vaak zullen deze betrekking hebben op eerdere contacten met de huisarts in de episode, toen de huisarts nog een andere werk-

diagnose hanteerde. De absolute aantallen episodes per drie maanden staan vermeld in de eerste kolom. Voor alle tabellen geldt dat in verband met de presentatie per ICPC-hoofdstuk of cluster niet is gestandaardiseerd voor leeftijd. Een dergelijke standaardisatie is op dit niveau weinig zinvol.

handleiding bij
de tabellen

In dit hoofdstuk zal te werk worden gegaan volgens een vast stramien. Paragraaf 5.2 bevat een overzicht van de aantallen verrichtingen in hoofdgroepen per klachtenepisode, waarbij zowel een tabel wordt gepresenteerd per ICPC-hoofdstuk als per ICPC-cluster (zie ook Groenewegen et al, 1992). In de tabellen kunnen de aantallen voor Almere (=A) en de rest van Nederland (=N) worden vergeleken. Vervolgens worden per paragraaf dezelfde tabellen gepresenteerd, maar nu voor de aantallen verrichtingen in subgroepen. Per tabel zal worden volstaan met een beschrijving in hoofdlijnen. De tabellen lenen zich niet voor een bespreking in detail.

5.2 Morbiditeitsspecifieke verrichtingen in hoofdgroepen

verrichtingen per
ICPC-hoofdstuk

Tabel 5.1 bevestigt in grote lijnen de conclusies die kunnen worden getrokken op basis van hoofdstuk 4, dat in de Almeerse huisartspraktijken relatief veel diagnostisch onderzoek wordt gedaan, relatief veel behandelingen plaatsvinden, er weinig medicijnen worden voorgeschreven, weinig wordt verwezen naar medisch specialisten en veel naar eerstelijnsdisciplines en dat er in relatief opzicht veel overleg is naar aanleiding van een contact. Voor interne diagnostiek geldt in het algemeen dat de Almeerse cijfers zo'n 5% (per 1000 contacten) tot 15% (per 1000 patiënten) hoger liggen dan de cijfers voor Nederland. Per ICPC-hoofdstuk zien we de grootste verschillen bij de hoofdstukken 'bloed' (in Almere + 24%) en 'oog' (in Almere + 33%), terwijl bij de ICPC-hoofdstukken 'algemeen', 'zwangerschap' en 'sociale problemen' in Almere belangrijk minder interne diagnostiek wordt aangevraagd dan in de rest van Nederland.

Voor externe diagnostiek geldt dat in totaal vanuit Almere het aantal aanvragen 26% (per 1000 contacten) tot 38% (per 1000 patiënten) hoger ligt dan in de rest van Nederland, waarbij de percentages betrekking hebben op de gestandaardiseerde cijfers. Tabel 5.1 laat zien dat in Almere meer dan 40% meer externe diagnostiek wordt aangevraagd bij de ICPC-hoofdstukken 'hart-vaatstelsel' en 'ademhalingsorganen'. Weinig externe diagnostiek wordt aangevraagd in de ICPC-hoofdstukken 'bloed', 'oor' en 'sociale problemen'.

Bij de behandelingen zagen we op basis van de gestandaardiseerde aantallen per 1000 contacten en per 1000 patiënten in Almere aantallen die 34 tot 22% hoger uitkomen dan voor praktijken in de rest van Nederland. Per ICPC-hoofdstuk geldt dat in Almere relatief weinig behandelingen plaatsvinden in de hoofdstukken 'algemeen', 'bloed', 'zwangerschap' en 'sociale problemen'. Veel behandelingen zien we in Almere in de categorieën 'oog' en 'ademhalingsorganen'.

Tabel 5.1 Overzichtstabel aantal verrichtingen in de huisartspraktijk in Almere en Nederland in drie maanden per 1000 ziekte-episodes, onderscheiden naar ICPC-hoofdstuk

ICPC-hoofdstuk		aantal episodes	interne diagnost.	externe diagnost.	behandeling	voorschr. medicijnen	verwijzen 2e lijn	verwijzen 1e lijn	overleg
algemeen e.a.	A	2071	570,3	100,4	719,9	382,9	48,3	18,8	21,2
	N	21658	678,6	105,6	778,5	450,3	46,2	12,6	17,1
bloed e.a.	A	391	677,7	115,1	695,7	465,5	35,8	5,1	12,8
	N	4425	548,7	136,5	739,3	782,5	48,9	4,8	20,5
maag-darmkanaal	A	2091	586,3	110,5	824,5	712,1	56,9	19,6	20,1
	N	20292	603,7	97,9	704,8	867,5	76,3	10,7	22,5
oog	A	842	758,9	7,1	789,8	501,2	368,2	20,2	10,7
	N	8993	572,2	7,7	498,8	586,4	348,8	12,2	8,9
oor	A	1265	974,7	7,9	1023,0	640,3	88,5	4,0	4,7
	N	10541	985,2	10,1	916,0	604,6	97,9	2,1	4,2
hart-vaatstelsel	A	2039	866,6	50,0	747,4	770,5	74,5	10,8	27,0
	N	33331	763,7	31,6	567,6	961,4	61,6	6,6	17,9
bewegingsapparaat	A	3668	898,0	124,3	1002,0	388,2	72,0	188,4	42,8
	N	40052	885,5	99,4	860,9	552,4	93,1	197,5	24,1
zenuwstelsel	A	711	450,1	33,8	734,2	696,2	80,2	57,7	32,3
	N	9150	451,4	31,6	647,9	847,4	95,2	44,2	29,6
psyche	A	2442	279,7	62,7	879,6	778,1	21,7	81,9	42,2
	N	24122	243,4	46,0	654,3	977,4	21,5	23,7	28,2
ademhalingsorganen	A	5381	843,7	61,3	951,3	826,8	28,8	8,7	8,5
	N	45223	719,6	40,1	693,3	981,4	39,0	6,3	8,4
huid e.a.	A	3558	822,1	21,4	951,7	679,0	48,1	8,2	9,8
	N	32801	785,3	15,0	778,8	730,1	72,8	5,7	5,4
endocr./metab. e.a.	A	784	525,5	190,1	628,8	641,6	58,7	77,8	21,7
	N	8016	548,6	151,4	591,5	837,9	67,8	32,2	17,0
urinewegen	A	752	1070,0	107,7	714,1	554,5	50,5	6,6	9,3
	N	6897	976,9	92,4	592,9	984,0	69,0	2,9	18,2
zwangerschap e.a.	A	1888	536,0	87,9	470,9	737,3	47,1	26,5	5,8
	N	16213	774,7	62,4	482,7	759,2	46,5	19,5	9,7
vr. genitaliën e.a.	A	1268	653,0	305,2	843,1	525,2	74,1	5,5	11,0
	N	10722	644,9	217,4	725,6	571,0	110,2	3,6	12,4
m. genitaliën e.a.	A	227	885,5	101,3	1106,0	409,7	281,9	0,0	35,2
	N	1778	843,1	72,6	963,1	543,8	271,0	1,8	37,9
sociale problemen	A	471	87,0	19,1	993,6	140,1	14,9	135,9	121,0
	N	4873	153,2	25,6	1096,0	247,4	12,5	45,8	70,6

Met betrekking tot het voorschrijven van medicijnen geldt dat na standaardisatie het Almeerse cijfer per 1000 contacten bijna 10% lager uitkomt dan het cijfer voor de rest van Nederland. Per 1000 patiënten is het Almeerse aantal contacten, waarbij tenminste één recept wordt uitgeschreven, ongeveer gelijk aan het getal voor de rest van Nederland. In Almere worden met name minder medicijnen voorgeschreven bij klachtenepisodes die betrekking hebben op de ICPC-hoofdstukken 'bloed', 'maag-darmkanaal', 'hart-vaatstelsel', 'bewegingsapparaat', 'psyche', 'endocrien/metabolisme', 'urinewegen' en 'mannelijke genitaliën'. Relatief veel medicijnen worden voorgeschreven bij klachten die betrekking hebben op het ICPC-hoofdstuk 'oor'.

Bij de verwijzingen naar medisch specialisten geldt in het algemeen genomen dat de Almeerse huisartspraktijken (na standaardisatie) tussen de 0 en 10% lager uitkomen dan de huisartspraktijken in de rest van Nederland. Relatief weinig verwijzingen zijn er bij de ICPC-hoofdstukken 'bloed', 'maag-darmkanaal', 'bewegingsapparaat', 'ademhalingsorganen', 'huid', 'urinewegen' en 'vrouwelijke genitaliën'. Relatief vaak wordt verwezen bij klachtenepisodes die betrekking hebben op de ICPC-hoofdstukken 'oog', 'hart-vaatstelsel' en 'sociale problemen'.

Met betrekking tot de verwijzingen naar eerstelijnsdisciplines, was de belangrijkste conclusie uit hoofdstuk 4 dat dergelijke verwijzingen in Almere relatief vaak voorkomen. Per 1000 patiënten lag (na standaardisatie) het aantal verwijzingen naar hulpverleners werkzaam in de eerstelijns in Almere ruim 30% hoger dan in de rest van Nederland; per 1000 contacten komt Almere circa 20% hoger uit. Opgedeeld naar ICPC-hoofdstukken wordt in Almere vaak verwezen bij klachten die betrekking hebben op de hoofdstukken 'algemeen', 'maag-darmkanaal', 'oog', 'oor', 'hart-vaatstelsel', 'psyche', 'endocrien/metabolisme', 'urinewegen' en 'sociale problemen'. Met name de hoofdstukken 'psyche' (in Almere + 250%) en 'sociale problemen' (in Almere + 200%) springen er in Almere uit.

Met betrekking tot de keren dat overleg wordt gevoerd naar aanleiding van een klacht geldt (na standaardisatie) dat het samenvattend percentage in Almere 65% (per 1000 contacten) tot 85% (per 1000 patiënten) hoger ligt dan in de rest van Nederland. ICPC-hoofdstukken die er ten opzichte van deze percentages uitspringen zijn met name de hoofdstukken waarbij in Almere relatief weinig overleg wordt gevoerd, zoals 'bloed', 'urinewegen' en 'zwangerschap'. Met name bij 'bloed' en 'urinewegen' hebben de conclusies echter betrekking op een gering aantal klachtenepisodes, waarin er sprake is van dergelijk overleg.

verrichtingen per
ICPC-cluster

In tabel 5.2 worden morbiditeitsspecifieke verrichtingencijfers per ICPC-cluster gepresenteerd.

De (in aantal) belangrijkste ICPC-clusters hebben betrekking op acute somatische klachten, infecties, chronische ziekten en psychische problemen. Voor elk van deze categorieën geldt dat het aantal geregistreerde episodes in Almere uitkomt boven de 2000.

Bij de acute somatische klachten zien we in Almere wat meer externe diagnostiek, wat meer behandelingen, minder medicijnvoorschriften, minder verwijzingen naar medisch specialisten en wat meer overleg.

Voor de klachtenepisodes die zijn ondergebracht in het ICPC-cluster 'infecties' geldt dat in de Almeerse huisartspraktijk relatief veel behandelingen plaatsvinden, er opnieuw weinig wordt voorgeschreven en dat er weinig wordt verwezen naar medisch specialisten.

Bij het ICPC-cluster 'chronische ziekten', waaronder ruim 8000 episodes vallen, kan geconstateerd worden dat in de Almeerse huisartspraktijk bij dergelijke klachten relatief veel externe diagnostiek wordt aangevraagd, dat er vaak behandeling plaatsvindt, dat het aantal medicijnvoorschriften in

deze categorie ruim 16% lager uitkomt in Almere en dat relatief vaak wordt verwezen naar eerstelijnsdisciplines en veel overleg wordt gepleegd. Dezelfde conclusies mogen worden getrokken voor klachtenepisodes die zijn te rangschikken onder het cluster 'psychische problemen'. Ook hier in Almere relatief veel externe diagnostiek, veel behandelingen, weinig medicijnen, veel verwijzingen naar eerstelijnsdisciplines en veel overleg.

Tabel 5.2 Overzichtstabel aantal verrichtingen in de huisartspraktijk in Almere en Nederland in drie maanden per 1000 ziekte-episodes, onderscheiden naar ICPC-cluster

ICPC-cluster		aantal episodes	interne diagnost.	externe diagnost.	behandeling	voorschr. medicijnen	verwijzen 2e lijn	verwijzen 1e lijn	overleg
geen ziekte	A	306	911,8	98,0	826,8	120,9	19,6	19,6	16,3
	N	6339	972,3	123,1	768,2	176,3	24,4	8,4	5,7
acute somatische kl.	A	5595	590,9	79,5	757,5	639,7	58,8	63,4	18,6
	N	54070	568,2	59,6	615,9	761,0	69,9	66,0	13,0
trauma's	A	1561	959,0	138,4	1109,0	215,2	73,0	61,5	23,7
	N	15936	938,1	90,8	1021,0	308,5	113,6	56,1	14,2
infecties	A	7381	1011,0	58,0	987,0	767,5	33,3	5,7	7,9
	N	58106	950,1	50,6	748,5	935,7	41,4	3,7	6,7
chron. ziekten	A	8006	775,4	86,3	845,7	710,7	96,6	60,7	26,2
	N	100442	732,8	64,3	690,0	850,9	97,0	43,6	19,1
neoplasma's	A	343	857,1	148,7	1265,0	233,2	209,9	11,7	64,1
	N	3921	875,6	120,6	1318,0	496,4	312,6	16,9	102,3
zwangerschap/bevaling/kraambed	A	402	758,7	194,0	888,1	189,1	176,6	111,9	22,4
	N	3760	1110,0	144,3	917,7	336,0	176,9	82,7	40,6
gezinsplanning	A	1439	465,6	57,7	331,5	912,4	26,4	0,0	1,4
	N	11751	670,9	40,8	322,2	917,3	17,7	1,1	1,1
angsten voor ziekten	A	183	628,4	180,3	1055,0	142,1	43,7	38,3	21,9
	N	1259	641,3	167,8	963,8	202,7	71,2	11,4	17,1
psychische problemen	A	2425	281,6	63,1	881,6	779,4	21,4	82,1	42,5
	N	23939	245,0	46,4	656,8	980,2	20,9	23,8	28,2
sociale problemen	A	459	89,3	19,6	1007,0	141,6	15,3	139,4	124,2
	N	4542	160,4	27,3	1133,0	263,6	13,4	48,9	75,3
gevolgen zorg	A	178	427,0	33,7	792,1	561,8	44,9	11,2	67,4
	N	1552	675,4	44,3	968,6	577,2	63,9	8,5	47,5
preventie	A	1015	292,6	205,9	736,0	66,0	16,7	5,9	4,9
	N	8357	256,7	144,8	842,6	248,5	12,4	4,7	5,7

5.3 Diagnostiek naar ICPC-hoofdstuk en ICPC-cluster

In de tabellen 5.3 en 5.4 wordt een nadere opdeling gemaakt van de verschillende categorieën in- en externe diagnostiek per ICPC-hoofdstuk en ICPC-cluster. Uit deze tabel lichten we een aantal van de meest opvallende verschillen tussen huisartspraktijken in Almere en in de rest van Nederland.

interne diagnostiek

Bij de verrichtingen die vallen onder de interne diagnostiek geldt dat in Almere relatief vaak lichamelijk onderzoek plaatsvindt bij klachten die betrekking hebben op de ICPC-hoofdstukken 'oog' en 'ademhalingsorganen'. Weinig lichamelijk onderzoek vindt in Almere plaats bij klachten betreffende de urinewegen, zwangerschap en sociale problemen. Het bloedonderzoek dat wordt uitgevoerd heeft vooral betrekking op de klachten die zijn ondergebracht in de ICPC-hoofdstukken 'bloed' en 'endocrien/metabolisme'. Voor beide groepen geldt dat per 1000 episodes het aantal keren dat bloedonderzoek wordt uitgevoerd in Almere circa 40% hoger ligt dan in de rest van Nederland. Urine-onderzoek vindt, niet verrassend, vooral plaats bij klachten die betrekking hebben op de urinewegen, bij zwangerschap en bij klachten inzake de mannelijke genitaliën. Bij klachten die de urinewegen betreffen, zien we in Almere wat meer urine-onderzoek, terwijl bij zwangerschap het aantal keren dat urine-onderzoek wordt gedaan in Almere relatief laag is.

externe diagnostiek

Voor de extern aangevraagde diagnostiek geldt dat een opdeling is gemaakt naar bloedchemie, haematologie-serologie, röntgen en overig. De aantallen keren dat externe diagnostiek wordt aangevraagd bij de afzonderlijke ICPC-hoofdstukken zijn per 1000 episodes relatief gering. Het hogere aantal aanvragen voor externe diagnostiek in Almere vinden we terug bij aandoeningen aan het hart-vaatstelsel (bloedchemie en haematologie/serologie), bewegingsapparaat (röntgen-foto's), psyche (bloedchemie en haematologie/serologie), ademhalingsorganen (alle vier de categorieën) endocrien/metabolisme (bloedchemie en haematologie/serologie), urinewegen (overig extern), vrouwelijke genitaliën (röntgen en overig extern) en mannelijke genitaliën (haematologie/serologie). Nederlandse huisartsen vragen meer diagnostiek aan bij aandoeningen met betrekking tot het ICPC-hoofdstuk 'bloed' (bloedchemie en haematologie/serologie).

Tabel 5.3 Aantal diagnostische verrichtingen in de huisartspraktijk in Almere en Nederland in drie maanden per 1000 ziekte-episodes, onderscheiden naar ICPC-hoofdstuk

ICPC-hoofdstuk		lich.- onderz.	bloed- onderz.	urine- onderz.	overig intern	bloed- chemie	haemat. /serol.	röntgen	overig extern
algemeen e.a.	A	520,5	36,2	35,7	19,3	46,8	68,6	16,9	16,4
	N	603,0	32,7	70,6	18,6	50,7	66,8	19,1	16,9
bloed e.a.	A	355,5	365,7	15,3	2,6	40,9	107,4	7,7	5,1
	N	335,9	258,6	11,7	7,1	64,3	122,0	4,7	8,4
maag-darmkanaal	A	564,8	26,3	41,6	17,2	30,1	38,7	41,1	45,9
	N	578,1	17,5	44,3	14,1	29,3	31,7	33,3	40,0
oog	A	756,5	1,2	1,2	13,1	2,4	2,4	1,2	3,6
	N	567,9	1,8	1,2	9,4	3,4	4,1	1,5	1,0
oor	A	956,5	2,4	0,8	42,7	0,8	2,4	2,4	3,2
	N	978,1	0,7	1,0	22,9	2,5	4,4	4,0	1,5
hart-vaatstelsel	A	841,6	6,9	3,9	49,0	40,2	22,6	4,4	8,3
	N	759,4	6,7	5,9	5,6	22,5	13,4	3,3	7,2
bewegingsapparaat	A	892,9	6,0	10,4	4,4	10,4	15,8	107,7	2,2
	N	879,4	6,7	9,2	2,2	10,8	15,0	82,7	3,6
zenuwstelsel	A	429,0	29,5	11,3	15,5	9,8	15,5	18,3	1,4
	N	444,5	13,6	5,9	3,7	11,2	12,9	13,9	3,4
psyche	A	252,3	30,3	15,2	16,8	38,9	44,6	7,8	8,2
	N	229,9	15,0	11,6	4,9	29,1	28,3	8,2	6,5
ademhalingsorganen	A	838,3	10,8	5,9	10,4	9,1	24,0	38,8	4,6
	N	716,0	6,9	4,9	9,0	6,1	16,2	24,0	2,8
huid e.a.	A	816,8	2,5	2,5	9,8	6,2	8,4	3,7	7,9
	N	781,5	2,7	3,5	6,1	5,0	6,3	3,2	4,8
endocr./metab. e.a.	A	301,0	265,3	99,5	15,3	168,4	63,8	7,7	17,9
	N	367,9	183,5	129,4	4,9	143,4	36,9	3,6	20,9
urinewegen	A	174,2	16,0	1009,0	31,9	29,3	23,9	21,3	75,8
	N	255,0	12,8	839,0	50,5	24,5	19,3	20,8	55,6
zwangerschap e.a.	A	446,0	18,0	155,7	11,1	4,8	30,7	1,6	56,7
	N	719,8	31,8	296,5	17,1	4,2	19,6	0,9	41,5
vr. genitaliën e.a.	A	611,2	11,0	38,6	45,0	9,5	9,5	44,2	256,3
	N	609,2	15,1	37,9	58,2	9,2	11,5	32,7	176,0
m. genitaliën e.a.	A	779,7	4,4	189,4	8,8	22,0	39,6	4,4	52,9
	N	746,0	5,2	178,3	21,9	20,1	22,8	5,0	43,2
sociale problemen	A	78,6	10,6	2,1	0,0	12,7	12,7	2,1	2,1
	N	146,5	10,7	6,5	4,2	15,5	13,7	4,6	4,1

Tabel 5.4 geeft de aantallen aanvragen voor in- en extern diagnostisch onderzoek per ICPC-cluster. Ook bij deze tabel geldt dat een bespreking in detail weinig zinvol is. Opvallende punten zijn in Almere een relatief hoog percentage aanvragen voor röntgenonderzoek bij mammae, de geringe aantallen verrichtingen interne diagnostiek bij zwangerschap, bevalling en kraambed (waarschijnlijk verband houdend met het feit dat de Almeerse huisartsen zelf geen bevelingen doen), terwijl het aantal aanvragen voor externe diagnostiek in dit ICPC-cluster in Almere wat hoger ligt en weinig diagnostiek bij sociale problemen.

Tabel 5.4 Aantal diagnostische verrichtingen in de huisartspraktijk in Almere en Nederland in drie maanden per 1000 ziekte-episodes, onderscheiden naar ICPC-cluster

ICPC-cluster		lich.- onderz.	bloed- onderz.	urine- onderz.	overig intern	bloed- chemie	haemat. /serol.	röntgen	overig extern
geen ziekte	A	771,2	29,4	111,1	39,2	19,6	29,4	26,1	49,0
	N	772,3	42,8	178,5	44,6	40,1	40,6	42,1	32,9
acute somatische kl.	A	560,1	18,2	28,6	20,0	21,1	28,6	32,4	21,8
	N	541,7	15,0	32,6	9,6	18,1	22,1	23,5	14,4
trauma's	A	948,8	0,6	9,6	7,7	3,2	3,2	130,7	2,6
	N	933,7	1,9	3,2	4,1	3,6	5,4	83,7	1,4
infecties	A	919,0	12,6	102,3	15,7	13,4	23,6	21,4	18,4
	N	868,1	8,9	94,2	19,3	11,6	22,0	16,1	15,5
chron. ziekten	A	727,2	50,2	25,2	20,0	35,0	31,9	30,2	15,9
	N	701,1	31,6	23,9	8,9	28,8	21,7	23,0	11,4
neoplasma's	A	836,7	8,7	17,5	11,7	11,7	14,6	78,7	61,2
	N	845,9	20,6	32,5	8,4	29,9	30,9	46,8	49,3
zwangerschap/beval- ling/kraambed	A	365,7	54,7	442,8	29,9	24,9	124,4	2,5	62,2
	N	878,0	123,7	664,4	41,8	21,7	81,1	1,9	56,1
gezinsplanning	A	460,0	4,2	74,4	5,6	2,1	1,4	1,4	54,2
	N	668,9	2,7	191,7	7,9	0,7	2,0	0,6	37,7
angsten voor ziekten	A	601,1	27,3	21,9	49,2	60,1	82,0	49,2	27,3
	N	607,3	22,3	43,1	18,0	63,4	88,3	35,8	38,2
psychische problemen	A	254,0	30,5	15,3	16,9	39,2	44,9	7,8	8,2
	N	231,4	15,1	11,6	4,9	29,2	28,5	8,3	6,6
sociale problemen	A	80,6	10,9	2,2	0,0	13,1	13,1	2,2	2,2
	N	153,1	11,7	7,1	4,5	16,3	14,6	5,0	4,5
gevolgen zorg	A	410,1	11,2	5,6	11,2	22,5	11,2	11,2	5,6
	N	634,4	14,9	51,4	8,7	25,3	16,5	1,7	11,2
preventie	A	277,8	8,9	6,9	18,7	8,9	8,9	4,9	192,1
	N	248,9	7,7	18,0	10,6	10,4	11,7	2,8	128,5

5.4 Behandelingen naar ICPC-hoofdstuk en ICPC-cluster

In de tabellen 5.5 en 5.6 zijn de verschillende vormen van behandelingen opgenomen per ICPC-hoofdstuk en per ICPC-cluster.

Tabel 5.5 Aantal behandelingen in de huisartspraktijk in Almere en Nederland in drie maanden per 1000 ziekte-episodes, onderscheiden naar ICPC-hoofdstuk

ICPC-hoofdstuk		gesprek	voorlichting	even aankijken	leefregels	med. z. recept	wijz. med.	med. techn.	vaccin	overig
algemeen e.a.	A	371,8	435,5	71,9	33,3	35,2	22,2	45,4	21,2	30,4
	N	412,9	380,5	91,9	28,8	22,8	31,3	62,9	31,2	45,9
bloed e.a.	A	324,8	393,9	53,7	7,7	7,7	5,1	102,3	2,6	25,6
	N	272,4	329,4	51,6	11,7	7,9	13,0	256,7	6,6	17,8
maag-darmkanaal	A	341,9	641,8	61,2	174,1	41,1	14,8	14,8	1,0	23,4
	N	322,5	487,6	65,2	100,5	23,8	21,0	21,2	5,2	26,1
oog	A	254,2	526,1	38,0	3,6	30,9	10,7	39,2	0,0	108,1
	N	172,9	311,8	32,3	2,2	10,5	11,1	32,1	0,3	87,0
oor	A	259,3	709,9	60,9	8,7	134,4	11,9	205,5	0,0	26,1
	N	236,5	502,0	46,0	3,6	63,9	16,4	332,2	0,4	28,2
hart-vaatstelsel	A	263,9	541,4	19,1	40,7	36,3	69,2	12,3	1,5	42,7
	N	256,9	343,2	23,5	35,4	14,6	50,3	30,4	1,3	27,1
bewegingsapparaat	A	361,8	770,4	78,8	110,1	47,4	3,8	85,9	1,9	117,2
	N	339,2	582,0	87,5	62,3	33,8	11,8	103,9	0,8	92,5
zenuwstelsel	A	336,1	512,0	88,6	28,1	22,5	14,1	38,0	21,1	63,3
	N	326,6	367,2	58,8	24,0	16,3	19,6	62,7	33,1	48,7
psyche	A	717,9	500,0	32,8	27,0	18,0	15,6	13,5	0,4	120,8
	N	501,3	300,5	30,0	14,8	10,9	19,1	25,3	0,5	59,3
ademhalingsorganen	A	332,8	692,8	74,5	14,5	102,4	16,5	50,7	82,0	32,7
	N	243,6	467,9	41,7	13,0	47,2	20,0	25,9	82,9	27,9
huid e.a.	A	228,2	576,2	31,5	9,8	42,7	7,9	291,5	10,4	43,6
	N	216,1	434,4	42,5	9,1	28,5	13,0	260,9	11,3	35,6
endocr./metab. e.a.	A	218,1	464,3	16,6	62,5	20,4	33,2	20,4	2,6	45,9
	N	225,2	371,0	13,9	130,1	12,2	26,4	29,8	0,7	29,1
urinewegen	A	216,8	547,9	45,2	10,6	16,0	4,0	10,6	0,0	26,6
	N	242,2	419,3	48,3	13,1	11,7	22,2	16,9	0,3	30,7
zwangerschap e.a.	A	180,6	287,6	13,2	6,4	6,4	16,9	48,7	0,5	39,2
	N	207,5	322,6	15,0	10,6	2,6	7,2	50,4	0,5	24,2
vr. genitaliën e.a.	A	359,6	657,7	48,1	3,2	16,6	15,8	10,3	0,8	40,2
	N	341,4	504,2	53,4	5,6	9,7	13,0	24,9	0,2	56,8
m. genitaliën e.a.	A	537,4	788,5	70,5	4,4	30,8	8,8	26,4	4,4	66,1
	N	454,3	656,1	89,4	8,1	13,3	30,4	56,8	3,7	51,0
sociale problemen	A	876,9	286,6	14,9	14,9	12,7	2,1	0,0	0,0	140,1
	N	966,5	293,4	29,9	7,6	6,8	10,8	4,9	0,3	111,0

meer 'praten' en 'medisch-technische verrichtingen'

We lichten weer enkele opvallende bevindingen uit tabel 5.5 toe, die betrekking hebben op de vergelijking tussen huisartspraktijken in Almere en Nederland. Opmerkelijk zijn het relatief hoge percentage gesprekken en voorlichting in Almere bij klachten die betrekking hebben op het ICPC-hoofdstuk 'psyche'. Bij de medisch-technische verrichtingen zien we relatief lage percentages in de ICPC-hoofdstukken 'bloed' en 'oor', terwijl bij episodes die betrekking hebben op de huid het Almeerse getal per 1000 episodes hoger uitkomt dan het vergelijkbare cijfer voor de huisartsen in de rest van Nederland. Vaccinatie vindt vooral plaats bij klachten die betrekking hebben op de ademhalingsorganen, waarbij de aantallen keren dat deze vorm van behandeling plaatsvindt in Almere nagenoeg niet verschilt van de rest van Nederland.

Tabel 5.6 Aantal behandelingen in de huisartspraktijk in Almere en Nederland in drie maanden per 1000 ziekte-episodes, onderscheiden naar ICPC-cluster

ICPC-cluster		gesprek	voorlichting	even aankijken	leefregels	med. z. recept	wijz. med.	med. techn.	vaccin	overig
geen ziekte	A	611,1	375,8	68,6	13,1	6,5	16,3	3,3	6,5	26,1
	N	539,0	312,4	101,5	22,0	13,0	16,3	11,9	1,6	25,1
acute somatische kl.	A	302,2	509,4	62,6	35,6	39,1	10,5	82,0	1,4	50,9
	N	280,7	378,8	64,4	22,5	21,9	13,8	69,8	0,7	42,7
trauma's	A	364,5	627,2	88,4	107,0	37,8	3,8	340,2	22,4	119,8
	N	322,6	506,0	98,2	72,7	34,8	8,0	363,7	24,9	103,5
infecties	A	350,6	799,8	81,4	33,7	107,2	13,5	27,9	1,6	29,8
	N	282,3	581,7	60,5	31,3	55,0	19,4	34,4	1,1	30,2
chron. ziekten	A	265,8	631,7	35,7	62,0	36,2	28,5	75,1	5,6	54,6
	N	259,5	434,4	37,3	43,5	20,4	30,5	93,2	4,9	43,3
neoplasma's	A	705,5	658,9	37,9	11,7	17,5	8,7	172,0	0,0	75,8
	N	731,4	641,1	74,4	23,6	10,7	28,2	183,3	1,6	76,9
zwangerschap/bevaling/kraambed	A	375,6	577,1	59,7	29,9	24,9	7,5	42,3	0,0	102,0
	N	432,5	611,2	57,2	37,0	8,4	7,0	61,6	0,2	68,2
gezinsplanning	A	107,7	200,1	0,7	2,8	2,1	19,5	52,1	0,7	18,8
	N	120,7	217,7	3,1	1,6	0,6	7,2	47,5	0,4	9,0
angsten voor ziekten	A	852,5	568,3	60,1	10,9	10,9	16,4	0,0	5,5	49,2
	N	761,2	482,3	91,7	12,6	16,3	17,4	5,6	0,0	27,3
psychische problemen	A	720,8	501,9	32,6	27,2	18,1	15,3	13,6	0,4	120,4
	N	503,3	302,0	30,2	14,9	11,0	19,1	25,5	0,5	59,3
sociale problemen	A	891,1	291,9	15,3	15,3	13,1	2,2	0,0	0,0	141,6
	N	1003,0	305,9	32,5	8,3	7,5	11,7	5,3	0,3	113,3
gevolgen zorg	A	309,0	516,9	56,2	22,5	39,3	162,9	78,7	0,0	22,5
	N	386,4	591,1	87,7	31,9	26,4	252,0	75,9	0,2	25,8
preventie	A	112,3	197,0	1,0	2,0	2,0	2,0	219,7	435,5	27,6
	N	154,6	191,9	6,4	7,5	2,4	1,8	80,5	504,9	24,3

Bij het onderscheid van soorten behandeling naar ICPC-cluster (tabel 5.6) geldt dat de Almeerse huisartsen en assistentes wat meer voorlichting geven en medisch-technische verrichtingen doen bij de grote groep van acute somatische klachten. Bij infecties zien we in de Almeerse praktijken wat meer gesprekken, meer voorlichting, meer episodes waarbij de behandeling bestaat uit het 'even aankijken' en 'medicatie zonder recept'. Bij de overige categorieën van behandelingen zijn bij deze ICPC-clusters de verschillen tussen Almere en Nederland klein. Bij de derde (in aantal) belangrijke ICPC-cluster, de chronische ziekten, wordt in Almere meer voorlichting gegeven en meer leefregels voorgeschreven en ligt ook het percentage medicatie zonder recept in Almere wat hoger. Het aantal medisch-technische verrichtingen ligt in Almere wat lager dan in de rest van Nederland.

Bij het ICPC-cluster 'psychische problemen' worden in Almere meer gesprekken gevoerd, wordt meer voorlichting gegeven, volgen meer leefregels en medicatie zonder recept en komt het aantal medisch-technische verrichtingen in Almere wat lager uit dan bij huisartspraktijken in de rest van Nederland. Kijken we tenslotte naar de trauma's en dan in het

bijzonder naar de medisch-technische verrichtingen, dan ligt het Almeerse cijfer per 1000 episodes enkele procenten onder het cijfer voor de doorsnee Nederlandse huisartspraktijk. Hierbij moet wel bedacht worden dat de cijfers voor Nederland sterk kunnen variëren tussen stads- en plattelandsdokters.

5.5 Voorschrijven van medicijnen naar ICPC-hoofdstuk en ICPC-cluster

Via de tabellen 5.7 en 5.8 worden de tien hoofdgroepen van medicijnen die in de huisartspraktijk worden voorgeschreven gerelateerd aan de indelingen in ICPC-hoofdstukken en ICPC-clusters. Omdat per ICPC-hoofdstuk of per ICPC-cluster vaak sprake is van één of enkele medicijnen die worden voorgeschreven, beperken we ons in de bespreking van beide tabellen tot deze meest toegepaste medicijnen en gaan we tevens voorbij aan de verschillen in de restgroep van medicijnen die zijn samen genomen in de categorie 'overig'.

minder voorschriften
in Almere

Het eerste ICPC-hoofdstuk, waarover uitspraken kunnen worden gedaan, betreft aandoeningen aan het oor of de gehoorgang. Bij dergelijke aandoeningen worden in Almere relatief weinig systemische antibiotica voorgeschreven, terwijl het voorschrijven van analgetica en middelen voor nasaal gebruik in Almere wat hoger ligt dan in de rest van Nederland. Bij aandoeningen aan het hart-vaatstelsel worden vooral diuretica en bèta-receptor blokkerende middelen voorgeschreven, waarbij het aantal diureticavoorschriften per 1000 episodes in Almere relatief laag is. Bij de klachten die vallen in het ICPC-hoofdstuk 'bewegingsapparaat' worden anti-inflammatoire/anti-reumatische middelen en (in mindere mate) analgetica voorgeschreven. Met betrekking tot beide genoemde groepen medicijnen zijn de Almeerse huisartspraktijken terughoudend in hun voorschrijfbeleid. Terwijl bij de klachten inzake het functioneren van het zenuwstelsel, waar vooral analgetica worden voorgeschreven, de verschillen tussen Nederland en Almere klein zijn, geldt voor het ICPC-hoofdstuk 'psyche' opnieuw een terughoudend prescriptiebeleid in Almere. Het aantal klachtenepisodes bij dit ICPC-hoofdstuk, waarbij een recept wordt uitgeschreven, ligt in Almere circa 25% lager dan in de rest van Nederland. Bij de ademhalingsorganen, waarbij vooral systemische antibiotica, hoest- en verkoudheidsmiddelen, middelen bij CARA en middelen voor nasaal gebruik worden voorgeschreven, geldt over de brede linie dat vanuit de Almeerse praktijken minder wordt voorgeschreven dan vanuit de praktijken in de rest van Nederland. Bij de ICPC-hoofdstukken die betrekking hebben op klachten aan de urinewegen, zwangerschap, vrouwelijke genitaliën en mannelijke genitaliën zijn de verschillen tussen Almere en Nederland klein. Als bij sociale problemen medicijnen worden voorgeschreven, betreft het vooral psycholeptica, waarbij de Almeerse huisartsen bijna 50% minder voorschrijven dan collega's in de rest van Nederland.

Tabel 5.7 Aantal voorschriften in de huisartspraktijk in Almere en Nederland in drie maanden per 1000 ziekte-episodes, onderscheiden naar ICPC-hoofdstuk

ICPC-hoofdstuk		N05	J01	N02	G03	C03	R05	C07	M01	R03	R01	overig
algemeen e.a.	A	6,3	18,3	86,4	13,5	5,8	11,6	2,4	16,9	6,8	20,8	201,8
	N	15,6	22,8	83,9	12,3	7,2	24,4	5,4	32,3	4,8	15,2	243,8
bloed e.a.	A	2,6	28,1	20,5	2,6	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	411,8
	N	8,8	40,7	42,0	4,2	3,8	3,1	2,0	7,8	1,3	2,4	672,9
maag-darmkanaal	A	8,1	11,5	23,9	2,4	0,5	2,4	1,0	11,0	1,4	1,4	651,8
	N	13,6	19,6	35,1	1,8	2,1	3,3	1,1	14,0	1,1	1,5	779,1
oog	A	0,0	7,1	7,1	0,0	0,0	1,2	0,0	1,2	0,0	17,8	471,5
	N	2,4	4,7	4,1	0,8	0,4	0,7	0,6	1,3	0,7	4,6	567,2
oor	A	0,0	71,9	89,3	0,8	0,0	17,4	0,8	2,4	1,6	270,4	257,7
	N	4,4	116,6	56,3	0,4	0,4	14,8	0,6	2,0	0,9	212,6	281,3
hart-vaatstelsel	A	20,6	3,4	23,1	1,0	215,3	2,0	236,4	2,9	4,9	1,0	316,3
	N	22,7	5,2	31,7	1,1	336,7	2,0	238,9	5,6	3,7	0,4	387,3
bewegingsapparaat	A	12,8	1,1	39,8	1,1	0,3	1,4	0,3	152,7	0,5	0,3	185,7
	N	25,4	5,6	91,6	1,2	2,7	2,1	1,3	293,9	0,4	0,8	148,7
zenuwstelsel	A	47,8	5,6	256,0	7,0	4,2	2,8	16,9	50,6	1,4	5,6	315,0
	N	43,2	7,1	253,4	4,3	2,9	4,2	18,4	39,6	1,4	4,6	486,2
psyche	A	543,8	3,7	17,2	4,5	3,3	5,7	17,6	9,4	1,2	2,5	183,9
	N	712,5	3,3	28,0	4,9	3,2	4,8	15,1	8,3	2,1	2,1	207,8
ademhalingsorganen	A	2,8	227,1	49,2	1,1	2,6	247,0	0,7	3,2	115,4	127,1	160,4
	N	6,2	320,5	96,9	0,4	5,2	277,2	0,7	4,8	147,8	128,2	178,9
huid e.a.	A	2,2	30,9	4,5	3,4	0,6	0,8	0,8	4,2	0,8	0,6	631,5
	N	2,6	62,5	9,5	2,8	1,5	1,5	0,5	5,7	0,6	0,7	645,3
endocr./metab. e.a.	A	6,4	2,6	6,4	11,5	5,1	1,3	6,4	30,6	1,3	1,3	571,4
	N	8,4	4,3	5,7	8,2	16,2	2,1	5,8	22,5	1,2	0,4	769,2
urinewegen	A	9,3	156,9	4,0	2,7	6,6	1,3	0,0	13,3	0,0	1,3	367,0
	N	5,1	175,6	17,6	5,6	9,5	1,4	1,1	19,8	0,8	0,3	754,9
zwangerschap e.a.	A	0,0	3,7	1,6	681,1	0,0	1,1	0,0	1,1	0,0	1,6	47,7
	N	1,6	10,3	2,8	676,0	1,0	1,3	0,3	1,0	0,0	0,7	66,9
vr. genitaliën e.a.	A	4,7	18,9	11,8	143,5	1,6	2,4	1,6	19,7	0,0	1,6	323,3
	N	9,9	17,8	15,5	203,3	3,7	1,0	3,3	41,2	0,3	0,3	282,9
m. genitaliën e.a.	A	13,2	39,6	26,4	13,2	8,8	0,0	0,0	8,8	0,0	0,0	304,0
	N	5,0	90,6	18,2	25,6	2,0	3,6	0,2	24,4	1,2	0,4	381,0
sociale problemen	A	82,8	0,0	4,2	4,2	2,1	8,5	2,1	0,0	0,0	0,0	36,1
	N	160,6	2,7	14,6	0,9	3,1	4,2	7,4	5,1	0,3	1,6	55,0

Worden de ziekte-episodes samengenomen in ICPC-clusters (tabel 5.8), dan geldt dat de acute somatische aandoeningen worden bestreden met een veelheid van middelen, waarbij vanuit de Almeerse praktijken een wat grotere geneigdheid tot het niet voorschrijven van medicijnen aan de dag wordt gelegd dan vanuit de huisartspraktijken in de rest van Nederland. Dezelfde conclusie geldt voor infecties en chronische ziekten. Bij de psychische problemen blijkt (opnieuw) dat huisartsen in Almere wat minder psycholeptica voorschrijven. Worden bij sociale problemen medicijnen voorgeschreven, dan zijn dit eveneens vaak psycholeptica en ook hier komt de Almeerse huisarts uit de cijfers naar voren als iemand die meer terughoudendheid betoont tot het voorschrijven van dergelijke medicijnen dan de praktijken in de rest van Nederland.

Tabel 5.8 Aantal voorschriften in de huisartspraktijk in Almere en Nederland in drie maanden per 1000 ziekte-episodes, onderscheiden naar ICPC-cluster

ICPC-cluster		N05	J01	N02	G03	C03	R05	C07	M01	R03	R01	overig
geen ziekte	A	9,8	9,8	3,3	6,5	9,8	3,3	6,5	3,3	3,3	9,8	55,6
	N	11,8	14,6	17,0	9,1	9,1	11,7	8,9	8,6	3,1	7,3	87,4
acute somatische kl.	A	11,6	12,7	78,3	25,2	12,0	74,5	4,8	65,8	9,3	12,0	344,6
	N	22,7	20,4	106,8	33,7	27,6	62,4	6,7	111,4	6,9	10,2	373,3
trauma's	A	3,8	4,5	14,1	0,0	0,0	0,0	0,0	22,4	0,0	1,3	169,1
	N	3,8	10,9	37,7	0,2	0,6	1,2	0,5	76,0	0,2	2,1	179,3
infecties	A	1,9	192,7	57,6	1,6	0,9	117,5	0,5	4,3	22,8	124,4	323,9
	N	2,7	295,6	94,9	1,5	1,4	153,7	0,4	6,2	20,8	114,6	382,3
chron. ziekten	A	10,6	18,5	15,1	9,1	49,0	13,1	60,1	39,1	54,1	13,2	455,9
	N	16,4	27,4	28,4	5,2	106,0	14,7	81,6	60,0	53,5	14,0	487,9
neoplasma's	A	32,1	14,6	40,8	11,7	20,4	14,6	2,9	5,8	0,0	0,0	105,0
	N	38,8	24,2	89,5	22,4	11,5	25,7	1,8	39,1	15,0	2,6	256,3
zwangerschap/bevaling/kraambed	A	0,0	14,9	2,5	17,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	149,3
	N	2,9	43,5	11,1	48,5	3,2	3,7	0,1	2,4	0,1	2,2	223,8
gezinsplanning	A	0,0	0,7	0,7	886,7	0,0	1,4	0,0	1,4	0,0	0,7	21,5
	N	1,2	1,0	0,6	892,6	0,3	0,7	0,3	0,7	0,0	0,3	21,2
angsten voor ziekten	A	49,2	10,9	16,4	0,0	5,5	5,5	5,5	5,5	0,0	0,0	54,6
	N	51,8	18,7	17,8	10,4	2,7	10,8	6,0	2,7	1,5	9,9	80,0
psychische problemen	A	543,9	3,7	17,3	4,5	3,3	5,8	17,7	9,5	1,2	2,5	184,7
	N	713,6	3,4	28,2	4,9	3,3	4,9	15,2	8,3	2,1	2,1	209,1
sociale problemen	A	85,0	0,0	4,4	4,4	2,2	8,7	2,2	0,0	0,0	0,0	34,9
	N	172,6	2,6	15,2	0,9	3,4	4,6	7,4	5,5	0,4	1,4	57,7
gevolgen zorg	A	0,0	39,3	28,1	129,2	16,9	16,9	0,0	11,2	5,6	0,0	314,6
	N	13,9	46,5	35,2	116,7	24,3	10,8	10,2	25,3	7,4	4,8	293,6
preventie	A	0,0	2,0	3,0	3,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	2,0	54,2
	N	3,1	6,6	3,5	2,7	1,1	0,4	0,3	1,7	0,7	0,8	229,6

5.6 Verwijzingen naar ICPC-hoofdstuk en ICPC-cluster

Tot slot wordt in de tabellen 5.9 en 5.10 per morbiditeitscategorie aangegeven hoe vaak personen worden verwezen naar andere instanties. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt naar 'snijdende' en 'beschouwende' medisch specialisten, verwijzingen naar de GGZ, verwijzingen naar fysiotherapie en de overige verwijzingen naar de eerstelijns.

verwijzingen naar de tweedelijns

Bij de verwijzingen naar 'snijdende' specialisten zijn de verschillen per ICPC-hoofdstuk tussen Almere en Nederland niet erg groot, met name waar het gaat om aandoeningen met een relatieve grote verwijzingskans. Zowel bij de oogaandoeningen als klachten die betrekking hebben op de mannelijke genitaliën lopen de aantallen per 1000 episodes nauwelijks uiteen.

Bij de verwijzingen naar 'beschouwende' specialisten geldt voor elk van de onderscheiden ICPC-hoofdstukken, dat de kans op een verwijzing klein is en bij uitzondering boven de 5% uitkomt. Dientengevolge zijn ook de

verschillen tussen Almere en Nederland in aantallen verwijzingen per 1000 episodes klein.

Tabel 5.9 Aantal verwijzingen in de huisartspraktijk in Almere en Nederland in drie maanden per 1000 ziekte-episodes, onderscheiden naar ICPC-hoofdstuk

ICPC-hoofdstuk		verwijz. snijd.	verwijz beschouw.	verwijz. GGZ	verwijz. fysioth.	verwijz. ov. 1e lijn
algemeen e.a.	A	18,3	28,5	1,0	5,3	13,5
	N	19,2	23,6	0,7	6,6	6,1
bloed e.a.	A	17,9	17,9	2,6	2,6	2,6
	N	12,6	31,9	0,0	0,9	4,0
maag-darmkanaal	A	26,3	30,6	0,5	2,4	17,2
	N	36,5	38,8	0,9	1,2	9,6
oog	A	368,2	0,0	0,0	2,4	17,8
	N	346,8	1,7	0,3	0,9	11,3
oor	A	87,7	0,8	0,0	0,8	3,2
	N	95,1	2,6	0,0	0,5	1,6
hart-vaatstelsel	A	19,6	54,4	1,0	0,5	10,3
	N	10,1	50,7	0,2	3,4	3,2
bewegingsapparaat	A	50,4	21,5	0,0	175,0	16,6
	N	70,6	20,8	0,0	184,3	14,9
zenuwstelsel	A	16,9	61,9	1,4	28,1	29,5
	N	15,5	77,1	2,0	27,7	16,5
psyche	A	3,7	13,9	28,7	22,1	60,6
	N	4,8	12,3	29,8	10,9	13,2
ademhalingsorganen	A	18,6	9,8	0,2	4,3	4,6
	N	20,2	18,3	0,0	4,9	1,6
huid e.a.	A	14,6	33,2	0,0	1,7	6,5
	N	29,9	42,4	0,1	2,2	3,5
endocr./metab. e.a.	A	20,4	38,3	0,0	1,3	76,5
	N	11,7	54,6	0,3	4,2	28,2
urinewegen	A	38,6	12,0	0,0	2,7	4,0
	N	55,6	12,9	0,0	1,7	1,2
zwangerschap e.a.	A	44,0	0,0	0,0	1,1	25,4
	N	43,3	0,5	0,1	0,5	18,9
vr. genitaliën e.a.	A	71,0	2,4	0,0	1,6	3,9
	N	105,1	4,2	0,2	1,8	1,8
m. genitaliën e.a.	A	237,9	44,1	0,0	0,0	0,0
	N	246,8	22,2	0,0	0,7	1,1
sociale problemen	A	4,2	8,5	46,7	4,2	131,6
	N	4,6	5,3	30,5	4,3	41,6

GGZ en eerstelijns-
verwijzingen

Voor zowel verwijzingen naar de GGZ als verwijzingen naar de fysiotherapeut geldt dat een groot deel van de episodes betrekking heeft op één of twee morbiditeitshoofdstukken. Voor de verwijzingen naar de GGZ gaat het met name om de hoofdstukken 'psyche' en 'sociale problemen', waarbij opvallend is dat relatief veel mensen met sociale problemen in Almere worden doorverwezen naar de GGZ. Bij de verwijzingen naar fysiotherapie geldt dat het vooral aandoeningen aan het bewegingsapparaat betreft, waarbij we in aantal geen verschillen zien optreden tussen Almere en Nederland. Voor de verwijzingen naar de overige eerstelijns-

disciplines geldt voor nagenoeg alle morbiditeitscategorieën dat de verwijspersentages in Almere hoger uitkomen dan voor de vergelijkbare percentages in de rest van Nederland. Met name bij klachten die betrekking hebben op het ICPC-hoofdstuk 'psyche', 'endocrien/metabolisme' en 'sociale problemen' is het verwijspersentage in Almere ten opzichte van Nederland relatief hoog.

Tabel 5.10 Aantal verwijzingen in de huisartspraktijk in Almere en Nederland in drie maanden per 1000 ziekte-episodes, onderscheiden naar ICPC-cluster

ICPC-cluster		verwijz. snijd.	verwijz. beschouw.	verwijz. GGZ	verwijz. fysioth.	verwijz. ov. 1e lijn
geen ziekte	A	13,1	6,5	0,0	3,3	16,3
	N	14,7	8,7	0,4	3,4	5,0
acute somatische kl.	A	39,5	19,1	0,7	48,4	15,4
	N	44,8	24,1	0,6	58,0	8,4
trauma's	A	68,5	4,5	0,0	55,1	7,7
	N	105,7	5,7	0,3	52,0	4,4
infecties	A	25,6	7,3	0,1	2,2	3,7
	N	30,8	10,1	0,1	2,2	1,5
chron. ziekten	A	54,7	41,3	0,1	41,7	20,0
	N	50,2	45,6	0,2	35,2	8,8
neoplasma's	A	128,3	81,6	0,0	8,7	2,9
	N	181,4	125,0	0,0	8,1	9,1
zwangerschap/beval- ling/kraambed	A	154,2	10,0	0,0	5,0	107,0
	N	159,3	6,3	0,6	1,9	80,8
gezinsplanning	A	26,4	0,0	0,0	0,0	0,0
	N	17,6	0,0	0,0	0,2	0,9
angsten voor ziekten	A	27,3	16,4	5,5	5,5	32,8
	N	31,5	35,8	4,1	2,5	8,9
psychische problemen	A	3,7	14,0	28,9	22,3	60,6
	N	4,8	12,4	29,1	10,9	13,2
sociale problemen	A	4,4	8,7	47,9	4,4	135,1
	N	4,9	5,6	33,2	4,7	44,3
gevolgen zorg	A	11,2	28,1	5,6	5,6	5,6
	N	37,0	24,2	0,0	4,3	4,2
preventie	A	8,9	7,9	0,0	0,0	5,9
	N	9,1	2,2	0,2	0,6	4,1

Beperken we ons bij de bespreking van tabel 5.10 in hoofdzaak tot de vier ICPC-clusters waarbinnen de meeste ziekte-episodes vallen (acute somatische klachten, infecties, chronische ziekten en psychische problemen), dan geldt bij de acute somatische klachten een Almeers verwijscijfer dat wat de snijdende en beschouwende specialismen wat lager uitkomt dan het verwijscijfer voor praktijken in de rest van Nederland. Bij deze ICPC-clusters wordt in Almere relatief veel verwezen naar de overige eerstelijnsdisciplines. Dezelfde conclusie kan worden getrokken met betrekking tot de categorie 'infecties'.

Bij de chronische ziekten zien we in Almere een wat groter aantal verwijzingen per 1000 episodes naar snijdende specialisten, wat minder verwij-

zingen naar beschouwende specialismen en meer verwijzingen naar fysiotherapie en de overige eerstelijnsdisciplines. Bij de psychische problemen gelden kleine verschillen met betrekking tot medisch specialisten en de GGZ, terwijl in Almere bij dit ICPC-cluster duidelijk meer wordt verwezen naar de fysiotherapeut en de overige eerstelijnsdisciplines. Verschillen die betrekking hebben op ICPC-clusters met minder dan 2000 episodes, maar die toch de aandacht verdienen, betreffen het relatief lage verwijscijfer in Almere naar snijdende specialismen bij trauma's en de lage verwijscijfers naar zowel snijdende als beschouwende specialismen voor het ICPC-cluster 'neoplasma's'.

5.7 Conclusie

De algemene conclusie moet luiden dat de in hoofdstuk 4 gevonden verschillen in verrichtingenpatroon tussen Almeerse en Nederlandse huisartsen niet worden veroorzaakt door een afwijkend klachtenaanbod in Almere. Als binnen morbiditeitscategorieën verrichtingen van Almeerse en Nederlandse huisartsen worden vergeleken dan blijven, uitzonderingen daargelaten, de reeds geconstateerde verschillen bestaan.

6. DE VERGELIJKING TUSSEN DEELPOPULATIES

vraagstelling

De beantwoording van onderzoeksvraag D staat in dit hoofdstuk centraal. Zijn er verschillen in frequentie waarmee verrichtingen worden uitgevoerd tussen de Almeerse huisartspraktijken en (subgroepen van) Nederlandse huisartspraktijken?

Tot nog toe is in dit rapport dé gemiddelde Almeerse huisarts steeds vergeleken met dé gemiddelde Nederlandse huisarts (voor zover deze in dezelfde registratieperiode had geregistreerd). Voorbijgegaan is aan 'e verschillen tussen Almeerse artsen onderling en verschillen tussen Nederlandse artsen onderling. Wordt het afwijkende verrichtingenpatroon van Almeerse huisartsen, zoals dat in de vorige hoofdstukken is geconstateerd, gevonden bij alle Almeerse huisartsen? Zijn er binnen de Nederlandse huisartsen wellicht groepen te onderscheiden met hetzelfde afwijkende verrichtingenpatroon?

vergelijkingen

Dit soort vragen wordt in dit hoofdstuk beantwoord door een analyse op praktijkniveau. De Almeerse praktijken (N=7) worden vergeleken met de Nederlandse praktijken als geheel, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen alle aan de Nationale Studie deelnemende praktijken (N=102) en de praktijken die in dezelfde periodes als de Almeerse praktijken hebben geregistreerd (N=55). Op deze wijze kan tevens zicht worden verkregen op wat het gevolg is van het feit dat de Almeerse praktijken in het najaar en de winter hebben geregistreerd. Verder wordt vergeleken met twee subgroepen van Nederlandse praktijken, te weten praktijken in de drie grote steden (N=8) en praktijken in gezondheidscentra (N=9). Met name bij de laatste vergelijking is een waarschuwing op zijn plaats. Door het geringe aantal praktijken is de 'power' van de analyse gering. Dat betekent dat de kans aanzienlijk is dat wel bestaande verschillen uit de analyse naar voren komen als statistisch niet significant.

toelichting

In de tabellen worden aantallen verrichtingen gepresenteerd per 1000 patiënten en per 1000 contacten. In de tabellen zijn variatiecoëfficiënten opgenomen (v.c.), die aangeven hoe groot de verschillen zijn tussen de afzonderlijke praktijken waarop de gemiddelde aantallen verrichtingen betrekking hebben. De variatiecoëfficiënt is gelijk aan (standaarddeviatie/rekenkundig gemiddelde) x 100. Bij alle groepen wordt gewerkt met op leeftijd gestandaardiseerde aantallen verrichtingen, waarbij per praktijk is gecorrigeerd voor verschillen in leeftijd en geslacht. Verschillen in de gemiddelde aantallen verrichtingen tussen de Almeerse en andere praktijken worden getoetst, waarbij Almere elke keer het referentiepunt is.

6.1 Contactfrequentie bij verschillende groepen huisartspraktijken

In de tabellen 6.1 en 6.2 staan de gemiddelde aantallen contacten voor praktijken in Almere, alle praktijken in de rest van Nederland, de praktijken die aan het onderzoek hebben meegedaan in dezelfde maanden als de Almeerse praktijken, de praktijken in de drie grote steden en tenslotte voor negen gezondheidscentra in de rest van Nederland. Tabel 6.1 geeft de aantallen contacten per 1000 bij de praktijk ingeschreven patiënten.

Tabel 6.1 Gemiddeldes en variatiecoëfficiënten van contactfrequenties per 1000 ingeschreven patiënten voor groepen praktijken

	Almere (N=7)		Nederland totaal (N=102)		3e/4e periode (N=55)		grote steden (N=8)		gezondheids- centra (N=9)	
	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.
alle contacten	1257,2	11,6	1177,8	20,7	1196,7	21,8	932,8**	22,6	1038,6*	14,5
waarvan:										
- met huisarts	928,4	7,0	808,7**	18,9	836,1*	19,1	719,1**	14,1	774,7**	12,5
- met assistente	328,8	35,0	373,2	56,5	360,6	54,7	213,7	77,5	263,9	43,0
van huisartscontacten										
- spreekuurcontacten	693,7	7,2	566,7**	18,4	598,7*	17,3	556,9**	14,3	580,9**	12,1
- visites	98,9	42,2	135,4	41,4	138,5	40,3	84,0	48,4	99,4	27,2
- telefonische contacten	60,5	57,7	38,8	107,9	35,1	119,6	30,4	72,9	30,5	81,5
- overige contacten	75,3	36,4	63,8	51,5	63,8	54,4	47,8	67,8	64,0	42,0
- contacten > 10 min.	245,4	37,9	196,2	59,7	206,3	56,7	299,4	43,1	250,7	52,4

* p < .05

** p < .01

meer contacten
in Almere

Het gemiddeld aantal contacten in Almere is met ruim 1250 per 1000 patiënten over een periode van 3 maanden hoger dan in elk van de vier andere onderscheiden groepen huisartspraktijken. De verschillen zijn statistisch significant bij vergelijking met praktijken in grote steden ($p < .01$) en met andere gezondheidscentra ($p < .05$). Met name het gemiddeld aantal contacten met de huisarts, en dan in het bijzonder de spreekuurcontacten, ligt in Almere hoger dan in elk van de vier andere subgroepen. Bij het gemiddeld aantal contacten met de assistente zijn er geen significante verschillen tussen Almere en de andere groepen huisartspraktijken. De in de tabel opgenomen variatiecoëfficiënten zijn voor de Almeerse praktijken in het algemeen lager dan in elk van de andere groepen huisartspraktijken, hetgeen er op wijst dat de onderlinge verschillen tussen de huisartsen in Almere relatief klein zijn. Uitzondering vormt de variatiecoëfficiënt bij het aandeel van de visites per 1000 patiënten. De onderlinge verschillen zijn hier in Almere vergelijkbaar met drie van de vier andere groepen, terwijl de variatiecoëfficiënt voor gezondheidscentra in de rest van Nederland wat lager ligt.

In tabel 6.2 zijn de gemiddelden omgerekend naar aantallen per 1000 contacten, waarbij dus als het ware rekening wordt gehouden met verschillen in de mate waarin patiënten gebruik maken van de diensten van de huisarts.

Tabel 6.2 Gemiddeldes en variatiecoëfficiënten van contactfrequenties per 1000 contacten voor groepen praktijken

	Almere (N=7)		Nederland totaal (N=102)		3e/4e periode (N=55)		grote steden (N=8)		gezondheids- centra (N=9)	
	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.
alle contacten	1000,0		1000,0		1000,0		1000,0		1000,0	
waarvan:										
- met huisarts	738,1	9,0	701,2	18,2	713,3	16,1	786,2	17,5	750,1	12,1
- met assistente	261,9	25,4	298,9	42,7	286,7	40,0	213,8	64,4	249,9	36,3
van huisartscontacten										
- spreekuurcontacten	552,8	14,2	495,9	20,0	511,7	18,4	612,6	17,2	564,3	15,6
- visites	78,9	24,9	116,9*	37,3	118,7*	32,5	92,7	50,7	97,2	23,9
- telefonische contacten	48,9	56,6	33,7	112,7	29,4	119,9	31,2	72,8	27,4	68,0
- overige contacten	57,5	32,6	54,7	47,2	53,5	50,0	49,7	49,6	61,2	38,9
- contacten > 10 min.	196,8	28,9	174,4	63,3	181,5	59,4	331,6*	42,6	242,4	53,5

* $p < .05$

** $p < .01$

weinig visites

Per 1000 contacten zijn er in Almere relatief weinig visites, dit in vergelijking tot de grote groep van Nederlandse praktijken en de praktijken die in de 3e en 4e registratieperiode aan het onderzoek hebben deelgenomen. Ook ten opzichte van huisartsen in grote steden en andere gezondheidscentra is het aandeel van de visites in alle huisartscontacten in Almere relatief laag, doch deze verschillen bereiken (mede door de kleine aantallen waarop de gemiddelden zijn gebaseerd) niet het gebruikte significantieniveau van $p < .05$. Het andere significante verschil dat in tabel 6.2 is terug te vinden, betreft het gemiddeld aandeel van spreekuurcontacten met de huisarts die langer duren dan 10 minuten. Terwijl dit aandeel in Almere uitkomt op bijna 200 contacten, noteren huisartsen in de drie grote steden ruim 330 van dergelijke 'lange' contacten ($p < .05$). Ook per 1000 contacten geldt dat de variatiecoëfficiënten in Almere in het algemeen lager zijn dan in de ander groepen.

6.2 Een overzicht van alle verrichtingen

Analoog aan de aanpak in het vorige hoofdstuk beginnen we, na te hebben gekeken naar de verschillen in de aantallen contacten, met de presentatie van twee overzichtstabellen. Daarna wordt per categorie verrichtingen een nadere opsplitsing gemaakt. Het overzicht van de verrichtingen per 1000 patiënten staat weergegeven in tabel 6.3, terwijl de aantallen verrichtingen in de verschillende groepen huisartspraktijken per 1000 contacten staan vermeld in tabel 6.4.

Tabel 6.3 Gemiddeldes en variatiecoëfficiënten van aantallen verrichtingen per 1000 ingeschreven patiënten voor groepen praktijken

	Almere (N=7)		Nederland totaal (N=102)		3e/4e periode (N=55)		grote steden (N=8)		gezondheids- centra (N=9)	
	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.
diagnostiek	808,6	14,0	687,2*	20,2	706,4	21,1	627,0**	17,8	675,9*	12,9
interne diagnostiek	781,3	14,2	668,5*	20,7	685,8	21,6	601,4**	18,8	653,1*	13,7
externe diagnostiek	97,5	26,4	62,8**	36,5	69,7**	36,2	76,5	24,7	71,8	32,9
behandeling in de praktijk	911,5	6,4	681,2**	35,0	722,0**	36,7	639,0*	30,5	731,7**	15,9
voorschrijven van geneesmidd.	736,8	26,6	775,6	29,4	760,9	29,6	588,9	32,8	610,9	22,5
verwijzingen naar 2e lijn	69,7	22,7	69,8	27,7	71,7	28,2	75,4	35,5	68,3	21,8
verwijzingen binnen 1e lijn	49,7	19,6	33,9**	44,9	35,8*	40,3	43,4	63,0	47,2	57,0
overleg n.a.v. contact	30,8	54,1	17,9*	73,8	19,0	76,1	22,6	72,9	24,6	68,2

* p < .05

** p < .01

kleinere verschillen
in Almere

Per 1000 patiënten blijkt dat in Almere, ook op geaggregeerd niveau, ten opzichte van praktijken in de rest van Nederland relatief veel diagnostisch onderzoek wordt gedaan, relatief veel patiënten worden behandeld, relatief veel wordt verwezen binnen de eerstelijns en relatief veel overleg wordt gepleegd. Beperken we de vergelijking tot de groep huisartsen die in dezelfde registratieperiode zitten als de Almeerse huisartsen, dan blijven deze (significante) verschillen bestaan voor externe diagnostiek, behandeling in de praktijk en verwijzingen binnen de eerstelijns. In vergelijking met zowel praktijken in de drie grote steden als met gezondheidscentra in de rest van Nederland wordt er in de Almeerse praktijken meer diagnostiek (totaal en interne diagnostiek) aangevraagd en meer behandeld, zij het dat de significantieniveaus per vergelijkingsgroep verschillen. Met uitzondering van de variatiecoëfficiënten die in de overige gezondheidscentra gelden voor diagnostiek (totaal en interne diagnostiek), het voorschrijven van geneesmiddelen en de verwijzingen naar tweedelijnsdisciplines, zijn de onderlinge verschillen tussen de Almeerse huisartsen kleiner dan tussen de huisartsen in elk van de andere subgroepen die in de tabel staan vermeld.

Tabel 6.4 Gemiddeldes en variatiecoëfficiënten van aantallen verrichtingen per 1000 contacten voor groepen praktijken

	Almere (N=7)		Nederland totaal (N=102)		3e/4e periode (N=55)		grote steden (N=8)		gezondheids- centra (N=9)	
	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.
diagnostiek	638,6	8,6	597,3	17,9	601,0	17,3	679,5	12,8	654,5	13,7
interne diagnostiek	617,1	8,8	580,7	18,2	583,0	17,7	650,2	13,0	632,4	14,3
externe diagnostiek	77,3	23,8	55,2*	39,4	60,4	38,6	84,6	19,4	70,4	36,0
behandeling in de praktijk	725,4	7,7	586,8**	31,0	608,1**	31,1	686,8	24,7	710,3	17,2
voorschrijven van geneesmidd.	585,9	14,7	651,4	15,1	633,4	15,1	627,7	18,9	589,9	15,4
verwijzingen naar 2e lijn	55,6	21,4	61,7	30,0	61,9	29,1	82,1*	24,5	66,5	18,2
verwijzingen binnen 1e lijn	39,7	15,3	29,7**	46,2	30,6*	37,8	45,7	54,9	44,9	55,8
overleg n.a.v. contact	24,1	40,8	15,4*	68,6	16,0	67,3	23,9	63,4	23,8	65,4

* p < .05

** p < .01

meeste overeenkomst met
gezondheidscentra

Uit tabel 6.4 met de verrichtingen per 1000 contacten blijkt in zijn algemeenheid dat de Almeerse praktijken, voor wat hun verrichtingenpatroon betreft, de meeste overeenkomsten vertonen met gezondheidscentra elders in Nederland. Het verschil is relatief gezien nog het grootst bij het verwijzingscijfer naar medisch specialisten, dat in Almere lager ligt. Dit verschil is echter niet statistisch significant. Bij de overige categorieën verrichtingen zijn de verschillen tussen Almere en gezondheidscentra elders klein. In vergelijking tot huisartspraktijken in grote steden wordt in Almere significant minder vaak verwezen naar tweedelijnsdisciplines, terwijl het er op lijkt dat ook wat minder vaak diagnostiek wordt aangevraagd, wat meer wordt behandeld, wat minder geneesmiddelen worden voorgeschreven en wat minder naar de eerstelijns wordt verwezen. Vergelijken we de aantallen verrichtingen per 1000 contacten in Almere met praktijken in de 3e/4e periode dan blijken er significante verschillen te zijn in het gemiddeld aantal behandelingen en het aantal verwijzingen binnen de eerstelijns. In beide gevallen komen de Almeerse praktijken hoger uit dan de praktijken in de rest van Nederland. Hoewel niet significant van elkaar verschillend, gelden bovendien voor Almere wat hogere aantallen aanvragen voor diagnostiek en overleg, terwijl de aantallen medicijnvoorschriften en verwijzingen naar medisch specialisten in Almere wat lager uitkomen.

6.3 Diagnostiek

In de tabellen 6.5 en 6.6 is een nadere opdeling gemaakt van de interne diagnostiek en de diagnostiek die buiten de praktijk is aangevraagd. Tabel 6.5 geeft allereerst de resultaten op het niveau van 1000 patiënten.

Tabel 6.5 Gemiddeldes en variatiecoëfficiënten van aantallen diagnostische verrichtingen per 1000 ingeschreven patiënten voor groepen praktijken

	Almere (N=7)		Nederland totaal (N=102)		3e/4e periode (N=55)		grote steden (N=8)		gezondheids- centra (N=9)	
	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.
diagnostiek	808,6	14,0	687,2*	20,2	706,4	21,1	627,0**	17,8	675,9*	12,9
interne diagnostiek	781,3	14,2	668,5*	20,7	685,8	21,6	601,4**	18,8	653,1*	13,7
lichamelijk onderzoek	722,4	16,1	627,5	21,4	644,8	21,8	557,7*	17,8	602,8*	14,0
bloedonderzoek	31,9	34,0	21,2	77,6	19,5*	79,2	14,9*	87,2	21,9	58,4
urine-onderzoek	53,7	24,4	54,8	45,9	56,9	45,3	59,0	60,0	46,5	35,9
overig intern	20,1	59,9	13,0	99,1	13,1	84,0	7,2*	98,0	15,3	83,4
externe diagnostiek	97,5	26,4	62,8**	36,5	69,7**	36,2	76,5	24,7	71,8	32,9
bloedchemie	28,8	31,6	20,1*	47,5	22,6	44,5	25,6	24,0	23,2	50,7
haematologie/serologie	33,1	38,8	21,6**	48,6	24,8	47,0	26,4	32,1	26,3	53,6
röntgenologie	34,6	29,2	20,8**	47,9	23,0*	47,4	19,4**	43,2	23,8*	35,5
overig extern	26,8	22,2	17,3*	57,2	18,9	57,5	25,7	43,2	19,2*	27,0

* p < .05

** p < .01

Geaggregeerd over de deelnemende huisartspraktijken wordt in Almere per 1000 patiënten ruim 800 keer diagnostisch onderzoek aangevraagd. Dit aantal ligt zowel hoger dan in Nederland (totaal) als in de onderscheiden subgroepen.

meer diagnostiek

Interne diagnostiek wordt in Almere per 1000 patiënten vaker gepleegd dan in praktijken in de rest van Nederland en de onderscheiden subgroepen. Dit geldt met name voor lichamelijk onderzoek en (in wat mindere mate) bloedonderzoek. Bij urine-onderzoek zijn de verschillen tussen Almere en de andere groepen huisartspraktijken niet significant. Voor elk van de categorieën externe diagnostiek die in tabel 6.5 worden onderscheiden, geldt dat de aantallen aanvragen in Almere significant hoger uitkomen dan in de 102 praktijken in de rest van Nederland. Vergelijking van de Almeerse praktijken met de andere subgroepen leert dat de verschillen hier vooral liggen bij de aanvragen voor röntgenonderzoek. In het algemeen liggen de variatiecoëfficiënten in Almere wat lager dan bij de andere groepen huisartsen die in tabel 6.5 staan vermeld.

Tabel 6.6 Gemiddeldes en variatiecoëfficiënten van aantallen diagnostische verrichtingen per 1000 contacten voor groepen praktijken

	Almere (N=7)		Nederland totaal (N=102)		3e/4e periode (N=55)		grote steden (N=8)		gezondheids- centra (N=9)	
	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.
diagnostiek	638,6	8,6	597,3	17,9	601,0	17,3	679,5	12,8	654,5	13,7
interne diagnostiek	617,1	8,8	580,7	18,2	583,0	17,7	650,2	13,0	632,4	14,3
lichamelijk onderzoek	569,3	11,3	545,3	19,3	547,9	18,4	603,1	14,5	584,3	16,0
bloedonderzoek	27,2	42,3	18,1	77,0	16,4*	75,1	15,2	82,4	21,3	58,2
urine-onderzoek	43,0	23,2	46,8	40,9	48,1	40,4	61,3	41,0	44,1	31,5
overig intern	16,5	58,0	10,8	94,6	11,0	84,7	7,6	103,5	13,7	75,8
externe diagnostiek	77,3	23,8	55,2*	39,4	60,4	38,6	84,6	19,4	70,4	36,0
bloedchemie	23,2	21,3	18,0	54,9	20,2	52,6	30,1	32,6	23,1	57,3
haematologie/serologie	25,8	31,3	18,8	50,7	21,5	51,6	28,9	27,7	25,8	58,2
röntgenologie	27,9	31,2	18,3**	49,3	19,9*	48,1	21,0	40,7	23,7	41,3
overig extern	21,0	19,7	15,1	57,4	16,2	55,0	27,7	31,9	18,4	26,7

* p < .05

** p < .01

weinig verschil

De meeste (significante) verschillen in de aantallen keren dat per 1000 patiënten diagnostiek wordt gepleegd, verdwijnen op het moment dat er rekening wordt gehouden met het feit dat er in Almere meer patiënten per drie maanden daadwerkelijk contact hebben met de huisarts. Dit blijkt uit tabel 6.6, waarin de aantallen diagnostische verrichtingen per 1000 contacten staan weergegeven. De weinige significante verschillen die overblijven, betreffen de vergelijking met huisartsen in de rest van Nederland (totaal en 3e/4e periode) en hebben betrekking op bloedonderzoek (meer in Almere) en röntgenologie (meer in Almere). Wel blijkt dat ook per 1000 contacten de variatie binnen de groep van Almeerse huisartsen kleiner is dan in elk van de vier andere subgroepen.

6.4 Behandeling

De conclusie met betrekking tot de aantallen behandelingen, op basis van de vergelijking tussen de huisartspraktijken in Almere en in de rest van Nederland, was dat in Almere vooral het aantal 'praat' behandelingen boven het landelijk gemiddelde lag. Deze conclusie wordt nogmaals gevestigd door de tabellen 6.7 en 6.8.

Tabel 6.7 Gemiddeldes en variatiecoëfficiënten van aantallen therapeutische verrichtingen per 1000 ingeschreven patiënten voor groepen praktijken

	Almere (N=7)		Nederland totaal (N=102)		3e/4e periode (N=55)		grote steden (N=8)		gezondheids- centra (N=9)	
	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.
behandeling in de praktijk	911,5	6,4	681,2**	35,0	722,0**	36,7	639,0**	30,5	731,7**	15,9
gespreksvoering	386,1	22,2	290,0	60,4	288,8	65,5	337,9	55,1	246,7**	35,2
voorlichting en advies	609,3	12,4	402,2**	58,8	458,4**	55,8	363,4*	67,6	455,9*	26,5
even aankijken	52,9	25,5	46,3	76,5	49,0	78,1	28,3**	30,6	62,1	52,1
leefregels	43,5	33,3	30,6	77,8	32,6	71,5	33,4	91,3	28,4*	44,6
medicatie zonder recept	41,8	43,6	25,8	86,8	26,7	83,9	29,7	57,9	22,4*	70,2
wijzigingen in de medicatie	19,5	80,2	19,9	98,6	18,5	104,9	24,0	96,8	16,9	81,1
medisch-technische verrichtingen	77,5	31,6	77,6	35,1	75,8	35,5	38,8**	43,5	71,5	41,3
vaccinatie	19,0	110,4	17,5	127,1	27,6	95,3	19,9	83,1	9,9	76,3
overige	57,2	25,8	45,4	80,8	46,5	98,9	39,0*	36,9	48,2	34,3

* p < .05

** p < .01

meer voorlichting

Vergelijken we de Almeerse praktijken met huisartsen werkend in grote steden, dan blijkt dat in Almere per 1000 patiënten significant meer voorlichting en advies wordt gegeven, dat vaker wordt besloten de klacht 'even aan te kijken' en dat vaker medisch-technische verrichtingen worden uitgevoerd, zoals het hechten van wonden. In vergelijking tot andere huisartsen werkend in gezondheidscentra, wordt in Almere significant vaker een gesprek gevoerd, voorlichting en advies gegeven, leefregels gegeven en medicatie zonder recept verstrekt. De overige verrichtingen per 1000 patiënten verschillen in Almere niet (significant) van het cijfer voor andere gezondheidscentra. Met uitzondering van vaccinaties, gelden in Almere voor de verschillende categorieën behandelingen lagere variatiecoëfficiënten dan bij elk van de andere subgroepen.

Tabel 6.8 Gemiddeldes en variatiecoëfficiënten van aantallen therapeutische verrichtingen per 1000 contacten voor groepen praktijken

	Almere (N=7)		Nederland totaal (N=102)		3e/4e periode (N=55)		grote steden (N=8)		gezondheids- centra (N=9)	
	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.
behandeling in de praktijk	725,4	7,7	586,8**	31,0	608,1**	31,1	686,8	24,7	710,3	17,2
gespreksvoering	307,2	18,8	252,7	61,7	244,1	64,5	367,5	51,5	234,9	31,7
voorlichting en advies	481,3	11,1	343,9**	55,4	384,0**	52,3	380,8	64,3	442,9	29,3
even aankijken	41,2	29,2	40,1	70,6	41,2	70,7	31,9	42,3	59,4	52,2
leefregels	34,6	36,8	26,4	76,1	27,6	73,0	36,9	80,3	27,8	50,6
medicatie zonder recept	32,1	43,6	21,9	84,5	22,3	84,8	31,9	54,7	21,1	62,7
wijzigingen in de medicatie	15,2	78,5	17,1	96,4	16,1	105,2	25,5	93,1	16,8	82,9
medisch-technische verrichtingen	60,6	30,4	66,1	31,2	63,8	32,8	42,5	34,9	68,2	41,9
vaccinatie	16,5	109,0	14,7	116,4	22,6	88,1	22,9	75,6	10,0	78,3
overige	45,3	29,3	38,5	73,9	38,8	91,2	41,2	30,4	48,0	45,3

* p < .05

** p < .01

verschillen geringer

Uit de aantallen behandelingen per 1000 contacten blijkt dat de Almeerse huisartspraktijken hier niet echt verschillen van collega artsen. De betekenisvolle verschillen die worden gevonden, betreffen de aantallen keren dat voorlichting en advies wordt gegeven in vergelijking tot praktijken in de rest van Nederland (totaal en 3e/4e periode). Dit aantal ligt in Almere belangrijk hoger dan bij de doorsnee Nederlandse huisarts. Voor wat betreft de overige behandelingen nemen de Almeerse huisartsen een positie in die het beste gekenschetst kan worden als liggend tussen huisartsen in grote steden en andere huisartsen werkend in gezondheidscentra.

6.5 Voorschrijven van medicijnen

In hun voorschrijfbeleid per 1000 patiënten (maar eigenlijk ook per 1000 contacten) verschillen de Almeerse huisartspraktijken slechts in geringe mate van praktijken elders in Nederland.

Tabel 6.9 Gemiddeldes en variatiecoëfficiënten van aantallen voorschriften per 1000 ingeschreven patiënten voor groepen praktijken

	Almere (N=7)		Nederland totaal (N=102)		3e/4e periode (N=55)		grote steden (N=8)		gezondheids- centra (N=9)	
	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.
voorschrijven van geneesmidd.	736,8	26,6	775,6	29,4	760,9	29,6	588,9	32,8	610,9	22,5
psycholeptica	72,3	32,3	78,7	43,9	72,7	43,3	51,6	51,2	56,2	27,7
systemische antibiotica	56,9	32,3	66,1	40,2	72,1	38,5	57,4	51,0	49,2	23,2
analgetica	40,2	19,8	52,7**	49,2	54,8**	54,3	34,4	51,5	43,9	29,9
geslachtshormonen etc.	54,3	16,3	45,8	25,1	44,3*	26,6	41,8	33,5	43,4	35,9
diuretica	28,3	27,6	42,7**	48,8	36,9*	49,6	29,7	26,3	27,4	40,7
hoest- en verkoudheidsmiddelen	49,6	29,5	45,0	50,1	52,5	48,5	45,9	41,9	41,3	24,5
bèta-receptor blokkerende midd.	27,2	32,6	32,4	56,2	29,2	49,1	23,7	27,6	20,2	36,7
anti-inflamm./antireum. middelen	37,1	53,6	47,0	46,0	44,6	52,7	29,6	31,8	33,4	35,7
middelen bij CARA	22,6	26,1	26,5	52,3	25,2	52,0	15,7	53,2	17,8	42,9
middelen voor nasaal gebruik	34,3	31,6	26,1	59,5	28,9	56,6	31,0	66,3	32,0	51,8
overige medicamenten	350,2	29,7	356,1	32,3	346,8	31,8	270,1	35,5	280,6	23,2

* $p < .05$

** $p < .01$

verschil met de rest
van Nederland

De significante verschillen die in tabel 6.9 staan aangegeven, betreffen de vergelijking met de totale groep van 102 praktijken in de rest van Nederland en de groep praktijken die in de 3e/4e periode hebben meegewerkt aan het onderzoek. In vergelijking tot deze groepen geldt dat in Almere minder analgetica, meer geslachtshormonen en minder diuretica worden voorgeschreven. Alle andere verschillen per 1000 patiënten bereiken, mede door de soms geringe aantallen praktijken en de grote spreiding tussen huisartsen onderling, nergens het gehanteerde significantieniveau van $p < .05$.

Tabel 6.10 Gemiddeldes en variatiecoëfficiënten van aantallen voorschriften per 1000 contacten voor groepen praktijken

	Almere (N=7)		Nederland totaal (N=102)		3e/4e periode (N=55)		grote steden (N=8)		gezondheids- centra (N=9)	
	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.
voorschrijven van geneesmidd.	585,9	14,7	651,4	15,1	633,4	15,1	627,7	18,9	589,9	15,4
psycholeptica	59,6	19,9	65,5	31,1	60,8	29,5	57,7	44,5	54,5	18,4
systemische antibiotica	43,6	22,2	57,2**	39,2	60,8**	35,6	56,8	45,9	47,3	20,6
analgetica	31,7	12,8	43,6**	38,1	44,3**	40,2	36,3	43,1	42,4*	28,7
geslachtshormonen etc.	41,4	10,4	39,7	24,2	37,5	26,8	45,1	21,7	41,0	26,7
diuretica	24,5	10,0	35,7**	34,0	31,4**	31,0	34,4**	21,0	27,8	37,2
hoest- en verkoudheidsmiddelen	38,8	26,6	38,6	49,0	43,9	48,2	47,1	28,0	40,1	30,0
bèta-receptor blokkerende midd.	23,1	25,3	26,9	39,7	24,5	35,4	27,8	28,8	20,3	39,4
anti-inflamm./antireum. middelen	30,2	41,0	39,4	36,4	37,2	41,6	33,3	23,2	32,7	34,7
middelen bij CARA	18,5	22,9	21,9	40,9	20,7	39,7	16,3	43,4	17,2	29,6
middelen voor nasaal gebruik	25,4	26,9	22,0	54,6	23,6	52,4	29,6	59,8	29,6	47,8
overige medicamenten	278,2	17,6	298,2	18,6	288,3	18,6	287,0	20,1	271,2	16,5

* p < .05

** p < .01

lijkt op gezondheids-
centra

Uit tabel 6.10, waarin de aantallen medicijnvoorschriften per 1000 contacten staan vermeld, komt naar voren dat in hun voorschrijfbeleid de Almeerse huisartspraktijken het meeste lijken op de andere gezondheidscentra die aan het onderzoek hebben deelgenomen. Het enige (significante) verschil betreft het minder voorschrijven van analgetica in Almere.

6.6 Verwijzingen en overleg

Bij de verwijzingen naar tweedelijnsdisciplines is in de tabellen 6.11 en 6.12 een opdeling gemaakt in vier categorieën, te weten snijdende specialismen, beschouwende specialismen, verwijzingen naar GGZ-hulpverleners en verwijzingen naar overige tweedelijnsdisciplines.

Tabel 6.11 Gemiddeldes en variatiecoëfficiënten van aantallen verwijzingen/overleg per 1000 ingeschreven patiënten voor groepen praktijken

	Almere (N=7)		Nederland totaal (N=102)		3e/4e periode (N=55)		grote steden (N=8)		gezondheids- centra (N=9)	
	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.
verwijzingen naar 2e lijn	69,7	22,7	69,8	27,7	71,7	28,2	75,4	35,5	68,3	21,8
snijdende specialismen	43,7	23,9	42,5	28,0	43,5	30,6	45,8	31,8	42,1	21,6
beschouwende specialismen	25,0	26,0	25,9	32,6	26,8	30,4	27,2	46,3	24,5	27,0
GGZ	3,5	42,7	3,0	68,1	3,0	66,6	4,6	74,4	3,8	58,5
overig 2e lijn	0,6	114,8	1,1	100,9	1,1	84,0	1,9*	46,5	1,1	69,1
verwijzingen binnen 1e lijn	49,7	19,6	33,9**	44,9	35,8*	40,3	43,4	63,0	47,2	57,0
fysiotherapie	30,8	30,7	25,5	43,4	27,2	41,1	28,3	54,7	32,7	43,1
overig 1e lijn	19,3	14,4	8,7**	76,8	8,9**	58,3	15,5	107,0	14,9	110,6
overleg	30,8	54,1	17,9*	73,8	19,0	76,1	22,6	72,9	24,6	68,2

* p < .05

** p < .01

Per 1000 patiënten zijn de verschillen in de aantallen verwijzingen naar tweedelijnsdisciplines tussen de praktijken in Almere en elk van de vier andere subgroepen klein. Behalve dat de Almeerse praktijken niet verschillen van praktijken in de rest van Nederland, zijn er ook geen verschillen met praktijken in grote steden of praktijken in andere gezondheidscentra.

veel eerstelijns-
verwijzingen

Voor wat betreft de aantallen verwijzingen binnen de eerstelijns per 1000 patiënten, geldt dat de verschillen ten opzichte van alle Nederlandse huisartsen in tabel 6.11 blijven bestaan, zowel voor wat betreft het totaal aan eerstelijnsverwijzingen, als de verwijzingen naar overige eerstelijnsdisciplines. Tussen praktijken in Almere en praktijken in grote steden of andere gezondheidscentra zijn er geen significante verschillen in de aantallen eerstelijnsverwijzingen. Dezelfde conclusie als bij de verwijzingen binnen de eerstelijns geldt voor de mate waarin overleg wordt gepleegd per 1000 patiënten. Wat meer overleg in Almere ten opzichte van de andere groepen huisartspraktijken, waarbij enkel de vergelijking met de groep praktijken in de rest van Nederland resulteert in een significant verschil.

Tabel 6.12 Gemiddeldes en variatiecoëfficiënten van aantallen verwijzingen/overleg per 1000 contacten voor groepen praktijken

	Almere (N=7)		Nederland totaal (N=102)		3e/4e periode (N=55)		grote steden (N=8)		gezondheids- centra (N=9)	
	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.	gem.	v.c.
verwijzingen naar 2e lijn	55,6	21,4	61,7	30,0	61,9	29,1	82,1*	24,5	66,5	18,2
snijdende specialismen	34,6	23,8	37,4	28,4	37,4	29,9	49,9**	18,9	40,9	15,9
beschouwende specialismen	20,4	24,9	23,0	36,9	23,4	33,0	29,7	39,4	24,1	27,5
GGZ	2,7	40,6	2,7	69,5	2,6	65,0	4,9	62,2	3,8	62,8
overig 2e lijn	0,4	102,3	1,0	98,0	0,9	80,2	1,9**	38,7	1,1	75,9
verwijzingen binnen 1e lijn	39,7	15,3	29,7**	46,2	30,6*	37,8	45,7	54,9	44,9	55,8
fysiotherapie	24,9	28,5	22,3	44,7	23,4	40,8	29,8	42,6	31,1	38,6
overig 1e lijn	15,1	10,5	7,6**	81,4	7,5**	50,3	16,3	101,9	14,2	115,8
overleg	24,1	40,8	15,4*	68,6	16,0	67,3	23,9	63,4	23,8	65,4

* $p < .05$

** $p < .01$

minder dan grote steden

Per 1000 contacten geldt dat de gemiddelde aantallen verwijzingen naar disciplines in de tweedelijns voor de Almeerse huisartspraktijken over het algemeen wat lager uitkomen dan voor elk van de andere groepen huisartspraktijken. Het grootst is dit verschil met huisartsen in grote steden voor wat betreft het aantal verwijzingen naar snijdende specialismen.

Bij de verwijzingen per 1000 contacten binnen de eerstelijnszorg, geldt ten opzichte van de cijfers voor andere gezondheidscentra en ook ten opzichte van huisartspraktijken in de grote steden, een wat lager aantal verwijzingscijfer naar fysiotherapie en een verwijzingscijfer naar de overige disciplines in de eerstelijns dat nagenoeg niet verschilt.

Voor overleg tenslotte geldt dat ook hier de Almeerse huisartsen en assistentes niet of nagenoeg niet verschillen van praktijken in andere gezondheidscentra of grote steden.

6.7 Conclusies inzake de vergelijking met groepen huisartspraktijken

In dit hoofdstuk zijn de verrichtingen van de Almeerse praktijken, die hebben deelgenomen aan het onderzoek naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, behalve met Nederland, op geaggregeerd niveau vergeleken met de aantallen verrichtingen in drie subgroepen. Met betrekking tot de aantallen (spreekuur)contacten met de huisarts geldt dat de eerdere conclusies moeten worden gehandhaafd. Per 1000 patiënten zijn er in Almere meer contacten met de huisarts dan in zowel de doorsnee Nederlandse praktijk als in andere gezondheidscentra of huisartspraktijken in grote steden.

meer contacten
in Almere

De Almeerse praktijken hebben in vergelijking tot de onderscheiden vergelijkingsgroepen een groot aantal contacten met hun patiënten. Het betreft hier vooral huisartscontacten. Het geringer aantal visites in Almere komt overeen met huisartsen in grote steden.

gelijkenis met
gezondheidscentra

Houden we rekening met dit verschil in contactfrequentie met de huisarts, dan blijkt uit een vergelijking van de aantallen verrichtingen per 1000 contacten dat de Almeerse praktijken in hun verrichtingenpatroon de meeste overeenkomsten vertonen met andere huisartsen werkend in gezondheidscentra. Een van de weinige significante verschillen die op dit niveau worden gevonden tussen Almere en andere gezondheidscentra betreft het voorschrijven van analgetica. In vergelijking met de andere categorieën huisartspraktijken wordt in Almere wat vaker externe diagnostiek (met name röntgenonderzoek) aangevraagd, wordt wat vaker voorlichting en advies gegeven, worden wat minder vaak medicijnen als analgetica en diuretica en meer geslachtshormonen voorgeschreven en wordt (ten opzichte van Nederland) wat vaker verwezen naar overige disciplines in de eerstelijnszorg (uitgezonderd fysiotherapie) en wordt wat vaker overleg gepleegd met collega hulpverleners.

In het algemeen geldt dat de huisartsen in Almeerse praktijken in hun verrichtingenpatroon meer op elkaar lijken dan huisartsen in de rest van Nederland, huisartsen in grote steden en andere huisartsen werkzaam in gezondheidscentra.

7. VERRICHTINGEN IN DE ALMEERSE HUISARTSPRAKTIJK; SAMENVATTING EN CONCLUSIES

inleiding
slofhoofdstuk

In de voorgaande hoofdstukken is een beeld geschetst van de werkzaamheden in een aantal Almeerse huisartspraktijken. Naast gegevens over de aantallen contacten van huisartsen en assistentes met patiënten, heeft de nadruk gelegen op de aantallen verrichtingen. Hierbij zijn de Almeerse gegevens vergeleken met de cijfers zoals deze gelden voor de doorsnee Nederlandse huisarts. In dit slofhoofdstuk blikken wij terug op de belangrijkste resultaten van dit deelonderzoek. We doen dit aan de hand van de vraagstellingen, zoals geformuleerd in een van de eerste hoofdstukken van het rapport. Voorafgaand aan deze samenvatting zal kort worden ingegaan op de opzet van het onderzoek en de wijze waarop de gegevens zijn verzameld. Het hoofdstuk wordt afgesloten met enkele algemene conclusies.

7.1 Opzet en uitvoering van het onderzoek

doel van het
onderzoek

Het onderzoek 'ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk', maakt deel uit van het evaluatie-onderzoek rondom het Experiment Gezondheidszorg Almere. Doel van dit specifieke deelonderzoek is inzicht te krijgen in de aantallen contacten en de verrichtingen in de huisartspraktijk, waarbij Almeerse huisartspraktijken worden vergeleken met praktijken in de rest van Nederland. Door de resultaten van het onderzoek in Almere te vergelijken met uitkomsten die gelden voor de rest van Nederland en ook met cijfers die betrekking hebben op bijvoorbeeld huisartspraktijken in andere gezondheidscentra, kan niet alleen worden nagegaan of het 'Almeerse model' voor een ander type gezondheidszorg werkt, maar ook of zo'n ander type gezondheidszorg op deelterreinen datgene oplevert wat was voorzien. Deze resultaten hebben in dit geval betrekking op de kwaliteit van de door de huisartspraktijken verleende zorg en de mate waarin er in het werken van de Almeerse huisartsen en huisartsassistentes sprake is van substitutie van zorg en kostenbeheersing.

verschillende
deelstudies

Voor het beantwoorden van de geformuleerde onderzoeksvragen zijn gegevens verzameld bij huisartspraktijken in Almere en in de rest van Nederland. Gegevens over de omvang en samenstelling van de verschillende praktijken zijn afkomstig van een patiëntenregistratie, waarbij in principe aan alle ingeschreven patiënten een beperkt aantal vragen zijn gesteld. Gegevens over het werken van de huisarts en de praktijkassistente zijn verzameld via een contactregistratie, waarbij gedurende drie maanden voor elk contact met de huisartspraktijk een formulier werd ingevuld met aandacht voor zowel de aard van de klacht, de behandeling als het vervolg van het contact. Tenslotte hebben alle deelnemende

huisartsen meegewerkt aan een huisartsenquête, met daarin vragen over de praktijkorganisatie, taakopvattingen en taakverrichtingen. De meetinstrumenten waarmee deze gegevens zijn verzameld in Almere en de rest van Nederland zijn identiek. Aan het onderzoek is deelgenomen door 19 huisartspraktijken in Almere en 102 praktijken in de rest van Nederland.

deelnemende
huisartspraktijken

Deelname van de Almeerse praktijken geschiedde op basis van vrijwilligheid. De deelnemende praktijken werkten vanuit zeven verschillende gezondheidscentra, gesitueerd in zowel Almere-Haven, Almere-Stad als Almere-Buiten, met een oververtegenwoordiging van de 'jonge' centra en een ondervertegenwoordiging van gezondheidscentra met een meer stabiele patiëntenpopulatie. De totale patiëntenpopulatie van de deelnemende huisartspraktijken in Almere bedroeg bijna 30.000, ofwel ruim 50% van de totale Almeerse bevolking op dat moment. De dataverzameling in Almere strekt zich uit van oktober 1987 tot en met april 1988.

vergelijkingsgroep
in Nederland

Aan de contactregistratie bij huisartspraktijken in de rest van Nederland is deelgenomen door een gestratificeerde steekproef van 161 huisartsen, werkzaam in 102 praktijken. Deze groep praktijken staat, na terugweging op basis van de stratificatievariabelen, model voor de Nederlandse huisarts. Deze 102 huisartspraktijken hebben vanaf 1 april 1987 in vier opeenvolgende periodes van drie maanden geregistreerd. Binnen de groep van 102 praktijken zijn een aantal subgroepen te onderscheiden, waarvan we er hier drie willen noemen. Dat zijn 55 praktijken die in dezelfde periode als Almere (ofwel de derde en vierde registratieperiode) hebben meegewerkt aan het onderzoek, acht praktijken in de drie grote steden en negen gezondheidscentra buiten Almere. De groep van 55 praktijken vormt de vergelijkingsgroep voor de aantallen contacten en verrichtingen in Almere. Door de vergelijking te beperken tot deze 55 praktijken worden effecten die het gevolg kunnen zijn van seizoensgebonden morbiditeit - men kan daarbij denken aan voorjaarsmoedeheid, griep en andere mogelijke redenen voor een bezoek aan de huisarts die sterk seizoensgebonden zijn - zoveel mogelijk gelijk gemaakt in Almere en de vergelijkingsgroep. De groep huisartspraktijken in de grote steden is een interessante vergelijkingsgroep, vanuit de gedachte dat de Almeerse bevolking voor een groot deel afkomstig is uit zo'n grote stad (Amsterdam) en wellicht de in Amsterdam ontwikkelde gewoontes heeft meegenomen naar Almere. Praktijken in andere gezondheidscentra vormen een interessante vergelijkingsgroep, omdat ook alle Almeerse praktijken in gezondheidscentra gevestigd zijn en met de vergelijking tussen deze twee groepen mogelijk exclusieve Almeerse effecten op het spoor worden gekomen.

presentatie van
de gegevens

In totaal zijn gegevens beschikbaar over 37.334 contacten met de Almeerse huisartsen. In dit rapport worden gegevens gepresenteerd die betrekking hebben op bijna 35.000 contacten. Keuringen, controles en contacten in het kader van de consultatiebureaufunctie van de huisarts worden

buiten beschouwing gelaten. De gegevens die worden gepresenteerd hebben betrekking op de aantallen contacten, de aard van deze contacten en de aantallen verrichtingen. De cijfers zijn gerelateerd aan zowel het aantal ingeschreven patiënten als aan het aantal contacten met de betreffende huisartspraktijk. Om inzicht te krijgen in het effect dat de afwijkende bevolkingssamenstelling van Almere heeft op de gepresenteerde cijfers, worden naast aantallen per 1000 patiënten en per 1000 contacten ook gecorrigeerde cijfers gepresenteerd, waarbij rekening is gehouden met verschillen in leeftijdsopbouw en in de verdeling van mannen en vrouwen tussen Almere en de rest van Nederland.

7.2 Conclusies met betrekking tot de vraagstellingen

Het onderzoek naar de aantallen verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk heeft uiteindelijk tot doel een antwoord te formuleren op de vraag of er verschillen zijn in aantal en aard van de contacten bij huisartsen in Almere en de rest van Nederland en in de aantallen verrichtingen die in deze huisartspraktijken worden uitgevoerd. Deze algemene vraag is opgedeeld in vijf deelvragen. Bij de beantwoording van deze deelvragen zullen vooral gegevens worden gepresenteerd per 1000 contacten, waarbij is gecorrigeerd voor verschillen tussen Almere en Nederland voor wat betreft de samenstelling van de populatie. De verdeling naar leeftijd en geslacht van de Almeerse bevolking is via standaardisatie gelijkgetrokken met Nederland, zodat eventuele verschillen in aantallen contacten en verrichtingen niet worden veroorzaakt door de qua leeftijd en geslacht afwijkende Almeerse populatie.

7.2.1 De aantallen contacten met huisartspraktijken

eerste
onderzoeksvraag

De eerste deelvraag heeft betrekking op de aantallen en aard van de contacten met de huisartspraktijk, en luidt als volgt:

Hoeveel contacten hebben mensen in een periode van drie maanden met de huisartspraktijk in Almere en Nederland?

Deze deelvraag is vervolgens verder gespecificeerd, waarbij een onderscheid is gemaakt naar contacten met de huisarts en assistente, naar de plaats van het contact (spreekuur, visite, telefonisch) en de lengte van de contacten.

contactfrequentie

Bij de huisartspraktijken in Almere die aan de studie hebben deelgenomen zijn over een periode van drie maanden in totaal bijna 35.000 contacten geregistreerd. Per 1000 ingeschreven patiënten komt dit neer op een aantal van 1175. Anders gezegd: elke patiënt in Almere heeft per jaar gemiddeld ruim 4,5 maal contact met de huisartspraktijk. Van deze contacten neemt de huisarts ruim 70% voor zijn of haar rekening, de

resterende bijna 30% heeft betrekking op contacten met de praktijk- of centrumassistente. In absolute zin verschillen deze aantallen niet of nauwelijks van de aantallen contacten in de doorsnee Nederlandse huisartspraktijk. Na correctie voor leeftijd en geslacht ligt het aantal contacten met de huisartspraktijk in Almere bijna 10% hoger dan in de rest van Nederland. Per leeftijdscategorie gaat de gemiddelde inwoner van Almere vaker naar de huisarts dan de gemiddelde Nederlander.

soort contacten

Maken we een onderscheid naar het soort contact met de huisartspraktijk, dan blijkt (na correctie voor leeftijd en geslacht) dat in Almere relatief veel contacten plaatsvinden op een afsprakenspreekuur, dat het gaat om verhoudingsgewijs veel telefonische contacten en dat het aantal visites of huisbezoeken van de huisarts ten opzichte van de rest van Nederland laag is. In Almere vindt op 8 à 9 spreekuurcontacten één visite of (zieken)huisbezoek plaats, voor de vergelijkingsgroep met huisartsen praktizerend in de rest van Nederland komt deze spreekuur/visite-ratio uit op circa 6.

duur van de contacten

Van alle contacten met de huisarts - deze vraag is niet ingevuld voor de assistentecontacten - duurt in Almere 17% vijf minuten of korter, terwijl 57% een tijdsduur tussen de 6 en 10 minuten heeft en 20% tussen de 11 en 16 minuten duurt. In Nederland zien we wat meer contacten die vijf minuten of korter duren (23%), wat minder contacten in de klasse 6 - 10 minuten (52%) en een gelijk aantal contacten van 11 tot 16 minuten. Over het geheel genomen neemt de Almeerse huisarts wat meer tijd voor zijn of haar patiënten dan de doorsnee Nederlandse huisarts.

percentage 'nieuwe' klachten

Circa 40% van alle klachten waarvoor de inwoner van Almere de huisarts of praktijkassistente raadpleegt betreft een 'nieuwe' klacht. De rest van de contacten bestaat uit herhaalcontacten, recidieven of periodieke controles. In vergelijking met de rest van Nederland zien we in Almere wat meer 'eerste' contacten, wat meer contacten op initiatief van de patiënt en wat meer contacten waarbij geen vervolgspraak wordt gemaakt.

7.2.2 Aantallen verrichtingen in de huisartspraktijk

tweede onderzoeksvraag

De tweede deelvraag betreft de aantallen verrichtingen in de huisartspraktijk en luidt als volgt:

Hoe vaak worden een aantal specifieke verrichtingen uitgevoerd in huisartspraktijken in Almere en Nederland over een periode van drie maanden?

Deze deelvraag is verder gespecificeerd door te vragen naar de aantallen verrichtingen per 1000 patiënten en per 1000 contacten, waarbij voor de verrichtingen gebruik is gemaakt van zowel een verdeling in hoofdgroepen

als een nadere opsplitsing van deze hoofdgroepen. In deze samenvattende conclusie beperken we ons tot de verdeling in hoofdgroepen.

overzicht van de
verrichtingen

Tabel 7.1 vormt het antwoord op de tweede onderzoeksvraag. De tabel geeft de aantallen verrichtingen per 1000 patiënten en per 1000 contacten in Almere en Nederland, waarbij de aantallen voor Almere zijn gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Tabel 7.1 Verrichtingen in huisartspraktijken in Almere (gestandaardiseerd) en Nederland per 1000 ingeschreven patiënten en per 1000 contacten gedurende drie maanden

	per 1000 patiënten			per 1000 contacten		
	Almere	Almere gest.	Nederland	Almere	Almere gest.	Nederland
diagnostiek						
intern	730,3	762,3	658,8	621,4	596,3	563,1
extern	84,2	91,6	66,4	71,1	71,7	56,8
totaal	755,9	789,6	679,3	643,2	617,7	580,6
behandeling						
voorlichting	597,5	619,2	450,7	508,4	484,3	385,2
leefregels	41,5	44,2	32,8	35,3	34,6	28,0
even aankijken	52,8	51,4	51,9	44,9	40,3	44,3
medisch-technische handeling						
vaccinatie	78,7	88,1	73,6	67,0	69,0	62,9
medicatie zonder recept	18,9	27,7	27,4	16,1	21,6	23,4
totaal	49,2	46,9	24,9	41,9	36,7	21,3
prescriptie medicijnen						
totaal	872,8	924,4	692,1	742,7	723,1	591,5
verwijzingen						
medisch specialist	654,6	743,8	750,6	557,0	581,9	641,5
GGZ	63,8	70,1	71,8	54,3	54,9	61,4
fysiotherapeut	3,2	3,2	2,7	2,7	2,6	2,3
overig eerstelijns	26,4	28,6	28,1	22,5	22,3	24,0
overleg						
totaal	19,3	20,1	8,6	16,4	15,4	7,3
overleg						
totaal	22,0	29,9	16,2	18,8	22,6	13,8

voorschrijven van
medicijnen

Eén van de meest voorkomende verrichtingen is ook in de Almeerse huisartspraktijk het voorschrijven van geneesmiddelen. Terwijl er bij de huisartspraktijken in de rest van Nederland sprake is van ruim 640 voorschriften per 1000 contacten, komt het aantal voorschriften in Almere (na correctie voor leeftijd en geslacht) uit op ruim 580 per 1000 contacten. Kijken we meer in detail naar welke medicijnen in Almere ter vergelijking met Nederland nu juist meer of minder vaak worden voorgeschreven, dan geldt de conclusie dat er in Almere minder vaak wordt voorgeschre-

ven in feite voor bijna alle hoofdgroepen medicijnen. Uitzondering zijn de geslachtshormonen (inclusief 'de pil'), die in Almere wat vaker worden voorgeschreven. De grootste verschillen zijn te zien bij de systemische antibiotica, analgetica, diuretica en de anti-inflammatoire en anti-reumatische middelen. Deze vier hoofdgroepen medicijnen worden in de Almeerse praktijken circa 30% minder vaak voorgeschreven per 1000 contacten dan in de rest van Nederland. Hierbij wel de kanttekening dat deze conclusie geen rekening houdt met verschillen in het aanbod van klachten, ofwel de morbiditeit. We komen hier later op terug.

aanvragen
diagnostiek

Naast het voorschrijven van medicijnen zijn andere vaak uitgevoerde verrichtingen het aanvragen (en uitvoeren) van diagnostiek en het behandelen van de klacht of aandoening. Eerst de diagnostische verrichtingen. In Almere wordt (na correctie voor leeftijd en geslacht) per 1000 contacten wat meer diagnostiek aangevraagd dan in de rest van Nederland. Deze conclusie geldt voor zowel de diagnostiek in de eigen praktijk als voor de diagnostiek 'elders'. Diagnostiek in de eigen praktijk heeft met name betrekking op fysische diagnostiek (het 'lichamelijk onderzoek'); bij externe diagnostiek gaat het vooral om bloedchemie, haematologie/serologie en röntgenologie. Hoewel het gaat om relatief kleine aantallen, valt het op dat in de Almeerse huisartspraktijk meer ECG's en audiogrammen worden gemaakt dan in de landelijke vergelijkingsgroep. Overigens heeft van alle diagnostische activiteiten bijna 90% betrekking op interne diagnostiek, terwijl de externe diagnostiek ruim 10% van de aanvragen betreft.

'praat' en 'doe'
activiteiten

Via het onderzoek naar verrichtingen in de (Almeerse) huisartspraktijk is niet alleen inzicht verkregen in de 'harde' productiecijfers, zoals het voorschrijven van medicijnen, het verwijzen naar andere disciplines of het aanvragen van diagnostiek, maar komen we ook meer te weten over de 'zachtere' gegevens, zoals de gespreksvoering, adviezen en voorlichting via de huisartspraktijk. Bij de behandeling in de huisartspraktijk is daartoe een onderscheid gemaakt in 'praat' en 'doe' activiteiten. Per 1000 contacten geldt dat in de Almeerse huisartspraktijk in vergelijking met de praktijken in de rest van Nederland wat vaker aan gespreksvoering wordt gedaan, meer voorlichting over de klacht wordt gegeven, wat vaker leefregels worden gegeven en er wat minder vaak sprake is van 'het even aankijken' van de klacht. Het grootste verschil zien we bij voorlichting over de klacht en behandeling, welke categorie in Almere bij bijna 500 van elke 1000 contacten is aangekruist, tegenover bij 385 contacten in de rest van Nederland. Dit wat betreft de 'praat' activiteiten. Bij de 'doe' activiteiten zien we in Almere meer medisch-technische handelingen, meer medicatie zonder recept, wat minder vaccinaties en meer behandelingen die vallen in de categorie 'overig'. Het aantal medisch-technische handelingen, waaronder bijvoorbeeld de behandeling van traumata vallen zoals het hechten van wonden, ligt in Almere circa 10% hoger dan in de doorsnee Nederlandse huisartspraktijk, terwijl medicatie zonder recept in Almere

ruim 70% vaker voorkomt. Hierbij moet wel bedacht worden dat het bij de 'doe' activiteiten in Almere en ook in de vergelijkingsgroep gaat om aantallen die relatief gering zijn. Per 1000 contacten is er in Almere in 69 gevallen sprake van een behandeling die ingedeeld is bij de medisch-technische handelingen, terwijl medicatie zonder recept betrekking heeft op minder dan 5% van alle contacten.

verwijzingen

Het aantal verwijzingen naar de tweedelij n per 1000 contacten ligt in Almere circa 10% lager dan bij de huisartsen in de vergelijkingsgroep die staat voor de rest van Nederland. Tegenover een Nederlands cijfer van 61,4 per 1000 contacten zet de Almeerse huisarts een aantal dat (na correctie voor leeftijd en geslacht) op 54,9 uitkomt. Gegeven het feit dat het aantal contacten per 1000 patiënten in Almere hoger ligt dan in de rest van Nederland, geldt dat per 1000 patiënten dit verschil terugloopt naar enkele procenten. Bij verwijzingen naar de tweedelij n kan een onderscheid worden gemaakt tussen nieuwe (actieve) verwijzingen en administratieve verwijzingen, waarbij voor de nieuwe verwijzingen geldt dat de huisarts hierop de meeste invloed kan uitoefenen. Het lagere verwijs-cijfer van de Almeerse praktijken is met name het gevolg van relatief weinig nieuwe verwijzingen. Het aantal administratieve verwijzingen (verlengingen, achteraf uitgeschreven verwijskaarten) komt, samen met de categorie 'niet ingevuld', in Almere zowel per 1000 contacten als per 1000 ingeschreven patiënten hoger uit dan in de rest van Nederland.

Het aantal verwijzingen naar Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) is gering. Per 1000 contacten gaat het, bij een registratieperiode van drie maanden, om twee à drie personen. De verschillen tussen Almere en Nederland zijn klein.

Verwijzingen binnen de eerstelij n vinden voornamelijk plaats naar fysiotherapeuten. Voor de groep van huisartspraktijken in de rest van Nederland geldt dat van de ruim 31 verwijzingen per 1000 contacten er 24 betrekking hebben op een verwijzing naar fysiotherapie. In Almere geldt (na correctie voor leeftijd en geslacht) een wat hoger verwijs-cijfer naar eerstelij nsdisciplines van 37,5 per 1000 contacten, terwijl het verwijs-cijfer naar fysiotherapie uitkomt op 22,3. Voor de overige disciplines in de eerstelij n geldt, met uitzondering van de gezinsverzorging, dat de Almeerse cijfers hoger uitkomen dan de cijfers voor de doorsnee Nederlandse huisartspraktijk.

overleg met andere disciplines

Tenslotte blijkt dat in de Almeerse huisartspraktijk aanzienlijk vaker naar aanleiding van een contact overleg wordt gepleegd met hulpverleners in de eerstelij n dan in huisartspraktijken in de rest van Nederland. De Almeerse huisarts overlegt ook vaker met hulpverleners buiten het centrum, zoals medisch specialisten en GGZ-hulpverleners, zij het dat het verschil met andere huisartspraktijken hier minder groot is.

samenvatting m.b.t. verrichtingen

Samenvattend geldt, zo blijkt uit tabel 7.1, dat de Almeerse huisartspraktijk ten opzichte van de doorsnee praktijk in Nederland het beste kan worden

gekaracteriseerd als een praktijk waar zowel intern als extern veel diagnostisch onderzoek wordt aangevraagd en uitgevoerd, waar wat meer 'doe' maar met name veel 'praat' behandelingen worden uitgevoerd, waar wat minder medicijnen worden voorgeschreven, waar tegenover een relatief hoog verwijscijfer naar disciplines in de eerstelijns een wat lager aantal verwijzingen naar de tweedelijns staat en waar bij wat meer contacten overleg plaatsvindt. Deze conclusies betreffen de aantallen verrichtingen per 1000 contacten, nadat rekening is gehouden met de verschillen in leeftijdsopbouw van de Almeerse bevolking. Per 1000 ingeschreven patiënten zijn de verschillen tussen Almere en Nederland bij het voorschrijven van medicijnen en de aantallen verwijzingen naar medisch specialisten klein.

7.2.3 De invloed van verschillen in morbiditeit

derde
onderzoeksvraag

Bij de bespreking van de resultaten over de aantallen contacten waarbij medicijnen werden voorgeschreven, is reeds opgemerkt dat deze verrichting zeer sterk afhankelijk zal zijn van de aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk. Dit geldt evenzeer voor de diagnostiek die wordt uitgevoerd of aangevraagd of de behandeling die wordt gekozen. Verschilt deze morbiditeit in Almere van de rest van Nederland - en in een van de andere rapporten naar aanleiding van deze studie hebben we kunnen zien dat dit het geval is (De Bakker et al, 1992) - dan is het mogelijk dat hier één van de oorzaken ligt voor verschillen in de aantallen verrichtingen. De derde vraagstelling betreft deze mogelijkheid, dat verschillen in de aantallen verrichtingen mogelijk veroorzaakt worden door verschillen in het aanbod van klachten, ofwel de morbiditeit in de huisartspraktijk. De vraag luidt:

Welke verrichtingen worden met welke frequentie uitgevoerd, gegeven de aard van de in Almere en Nederland gepresenteerde morbiditeit?

Voor de beantwoording van deze vraag is in hoofdstuk 5 binnen morbiditeitscategorieën gekeken naar de aantallen verrichtingen in Almere en Nederland. Omdat het te ver voert de in hoofdstuk 5 gepresenteerde tabellen, al dan niet in gecomprimeerde vorm, nogmaals op te nemen volstaan we in dit verband met enkele algemene conclusies.

invloed van
morbiditeit

Houden we rekening met verschillen in in de huisartspraktijk aangeboden morbiditeit, dan blijkt dat de eerder vermelde conclusies vooralsnog kunnen worden gehandhaafd. Ook bij een opdeling naar morbiditeitscategorieën, of dit nu op anatomische gronden gebeurt of gebaseerd is op etiologische gronden, blijkt dat in de Almeerse huisartspraktijk relatief veel diagnostisch onderzoek wordt gedaan, relatief veel behandelingen plaatsvinden, er weinig medicijnen worden voorgeschreven, weinig wordt verwezen naar tweedelijnsdisciplines en veel naar disciplines in de eerste-

lijn en dat er veel wordt overlegd naar aanleiding van het contact. Onze conclusie luidt, dat over de brede linie van klachten de verschillen in verrichtingenpatronen tussen huisartspraktijken in Almere en de rest van Nederland niet het gevolg zijn van een afwijkend klachtenaanbod in Almere.

7.2.4 Vergelijking met praktijken in gezondheidscentra en grote steden

vergelijking met grote steden en andere gezondheidscentra

Tot nu toe zijn de Almeerse huisartspraktijken als groep vergeleken met praktijken in de rest van Nederland die in dezelfde periode aan het onderzoek hebben meegewerkt. Echter, ook vergelijkingen met andere subgroepen uit de populatie van huisartspraktijken zijn mogelijk, zoals andere huisartsen werkend in gezondheidscentra of huisartspraktijken in grote steden. De vergelijking met andere huisartspraktijken opererend vanuit gezondheidscentra is waardevol, omdat zo kan worden nagegaan of de conclusies over aantallen contacten en verrichtingen in Almere in zijn algemeenheid gelden voor huisartspraktijken in gezondheidscentra of specifiek Almeers zijn. Vergelijking met praktijken in de drie grote steden is interessant omdat veel inwoners van Almere afkomstig zijn uit Amsterdam en mogelijk een deel van hun 'Amsterdamse' gewoontes hebben meegenomen naar Almere. Behalve naar verschillen tussen subgroepen kan worden gekeken naar verschillen binnen groepen huisartspraktijken. Onderzocht kan worden of er binnen de groep van Almeerse huisartspraktijken sprake is van meer of wellicht minder homogeniteit in het aantal verrichtingen dan in de vergelijkingsgroepen.

vierde onderzoeksvraag

Vraagstelling vier betreft de vergelijking tussen huisartspraktijken in Almere en deelgroepen uit de populatie van Nederlandse huisartspraktijken, en luidt:

Zijn er verschillen in frequentie waarmee verrichtingen worden uitgevoerd tussen de Almeerse huisartspraktijken en (subgroepen van) Nederlandse praktijken?

Deze vraag is beantwoordt met de overzichtstabellen die zijn gepresenteerd in paragraaf 6.1 en 6.2 van dit rapport. We volstaan derhalve met een overzicht van de meest in het oog springende bevindingen op basis van deze tabellen, te beginnen met de aantallen contacten.

contactfrequentie

Vergelijking met huisartspraktijken in grote steden en in andere gezondheidscentra laat zien dat het gemiddeld aantal contacten per 1000 patiënten in Almere hoger ligt dan in elk van deze twee subgroepen. Het betreft dan met name de aantallen spreekuurcontacten en het aantal contacten met de huisarts zelf. De cijfers laten verschillen zien van ruim 20% meer contacten ten opzichte van andere gezondheidscentra en bijna 35% verschil met huisartsen praktizerend in grote steden. Gegeven deze

verschillen in de aantallen contacten per 1000 patiënten zien we in Almere ook ten opzichte van andere gezondheidscentra wat minder visites en wat meer telefonische contacten.

duur van de contacten

Terwijl bij de vergelijking met Nederland in zijn totaliteit gold dat een gemiddeld contact in Almere wat langer duurde dan in de rest van Nederland, wijzen de resultaten van de vergelijking met huisartsen in grote steden en in andere gezondheidscentra in de richting van een conclusie die tegengesteld is. Terwijl in Almere gemiddeld circa 20% van alle contacten langer dan 10 minuten duurt, gelden voor huisartsen in de grote steden en huisartsen in gezondheidscentra percentages van respectievelijk 33% en 24%. Het aandeel van de telefonische contacten blijft in Almere hoog, ook in vergelijking met deze twee subgroepen.

verschillen tussen huisartspraktijken

De verschillen in contactfrequentie en soort contacten tussen huisartspraktijken zijn in Almere in het algemeen kleiner dan in de rest van Nederland. Dat geldt zowel voor de vergelijking met alle Nederlandse praktijken die aan de studie hebben deelgenomen als in vergelijking met huisartsen in grote steden en gezondheidscentra. Uitzondering in deze vormen de verschillen in aantallen visites, waarbij de variatiecoëfficiënt binnen Almere niet of nauwelijks verschilt van die voor de rest van Nederland, praktijken in grote steden of andere gezondheidscentra.

voorschrijven van medicijnen

Het aantal voorschriften per 1000 contacten is in Almere nagenoeg gelijk aan het gemiddelde aantal voorschriften voor andere huisartsen werkend in gezondheidscentra. Huisartsen in grote steden verschillen bij het aantal voorschriften per 1000 contacten nagenoeg niet van de doorsnee Nederlandse huisarts. Ten opzichte van huisartsen in grote steden en in andere gezondheidscentra die aan ons onderzoek hebben deelgenomen geldt dat de Almeerse huisartsen wat minder vaak diagnostiek aanvragen. Net als bij de aantallen contacten en bij prescriptie geldt dat de variatie binnen de groep van Almeerse huisartsen wat kleiner is dan in grotestadpraktijken of andere gezondheidscentra. Het aantal medisch-technische handelingen per 1000 contacten is het laagst in de praktijken in grote steden, terwijl de gemiddeldes voor de Almeerse praktijken en de andere gezondheidscentra elkaar niet veel ontlopen. Voorlichting en advies wordt in Almere wat vaker gegeven dan in andere gezondheidscentra, terwijl huisartsen in grote steden hier niet verschillen van de doorsnee Nederlandse huisarts en dus wat lager uitkomen.

verwijzingen

Het aantal van circa 55 verwijzingen per 1000 contacten met de huisartspraktijk in Almere is niet alleen lager dan het aantal voor de doorsnee Nederlandse huisarts, maar ook lager dan de huisartspraktijken in de grote steden en de andere gezondheidscentra die aan ons onderzoek hebben meegewerkt. Praktijken in de drie grote steden komen uit op gemiddeld 82 verwijzingen per 1000 contacten, terwijl de negen andere gezondheidscentra uitkomen op een gemiddelde van ruim 66 per 1000

contacten. Per 1000 ingeschreven patiënten blijven de Almeerse aantallen verwijzingen wat lager dan de praktijken in grote steden, maar het verschil met andere gezondheidscentra valt weg. Bij de aantallen verwijzingen binnen de eerstelijns zijn de verschillen tussen Almere en de beide andere subgroepen per 1000 contacten klein. Hetzelfde geldt voor de mate waarin overleg wordt gevoerd. Bij het verwijzen naar medisch specialisten is de uniformiteit bij de groep Almeerse huisartspraktijken niet groter dan bij huisartsen binnen andere gezondheidscentra of bij praktijken in de grote steden. Bij verwijzingen binnen de eerstelijns en de mate waarin naar aanleiding van een contact overleg wordt gevoerd is in Almere de homogeniteit groter dan bij de andere gezondheidscentra of praktijken in grote steden.

samenvatting verschillen
tussen groepen
huisartspraktijken

Samenvattend geldt dat de Almeerse huisartspraktijken voor wat betreft de aantallen verrichtingen het meeste lijken op andere huisartsen werkend in gezondheidscentra, waarbij de homogeniteit binnen de groep Almeerse praktijken in het algemeen wat groter is dan in een groep willekeurige gezondheidscentra. Het aantal contacten per 1000 patiënten, en dan met name het aantal spreekuurcontacten en de telefonische contacten, ligt in Almere belangrijk hoger dan in andere gezondheidscentra.

7.2.5 Koppeling van de resultaten naar de doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere

vijfde
onderzoeksvraag

De vijfde en laatste vraagstelling heeft betrekking op de relevantie van het onderzoek gelet op de doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere. Zij luidt:

Welke conclusies kunnen er met betrekking tot de in de Almeerse huisartspraktijken uitgevoerde verrichtingen, in vergelijking tot verrichtingen elders in Nederland, worden getrokken met betrekking tot de doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere?

doelstellingen EGA

Zowel in hoofdstuk 2 als bij de inleidende paragrafen van de hoofdstukken met resultaten is aan de orde geweest dat het realiseren van de doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere - kwalitatief goede zorg, substitutie van zorg, zorg tegen aanvaardbare kosten - op het niveau van het functioneren van de Almeerse huisartspraktijken tot uitdrukking zou moeten komen in de aantallen specifieke verrichtingen. De Almeerse huisartspraktijk werkend in lijn met de doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere zou uit dit onderzoek, waarin aantallen contacten en verrichtingen centraal staan, naar voren moeten komen als een praktijk met relatief veel spreekuur- en visitecontacten, veel tijd voor de patiënt en veel overleg (kwaliteit), met relatief veel diagnostisch onderzoek en behandeling en lage verwijscijfers naar de tweedelijns en GGZ in combinatie met hogere verwijscijfers naar eerstelijnsdisciplines (substitutie) en met lage prescriptiecijfers (kosten). Tot zover de theorie.

kwaliteit van de zorg

De resultaten van ons onderzoek naar verrichtingen in de (Almeerse) huisartspraktijk wijzen uit dat, enkele uitzonderingen daargelaten, de door ons onderzochte praktijken in Almere werken in de geest van de doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere. De in de verschillende woonwijken gesitueerde Almeerse gezondheidscentra zijn laagdrempelig. Dit blijkt uit het relatief hoge aantal contacten per 1000 ingeschreven patiënten, waarbij we er overigens wel rekening mee moeten houden dat de morbiditeit op populatieniveau (na correctie voor leeftijd en geslacht) in Almere wat hoger ligt dan landelijk (zie Sixma et al, 1991).

Het aantal huisbezoeken in Almere is relatief laag in vergelijking tot zowel de doorsnee huisartspraktijk alsook in vergelijking met andere gezondheidscentra. Contacten in Almere zijn relatief wat langer, er wordt wat meer overlegd met andere disciplines (zowel in de eerstelijns als tweedelijns), er wordt relatief veel voorlichting gegeven en de praktijkuitrusting staat op een relatief hoog niveau (zoals uit de in de bijlagen opgenomen tabellen blijkt), hetgeen wijst op een zorg die wat deze kwaliteitsaspecten betreft uitsteekt boven het landelijk gemiddelde.

substitutie en kosten

Een relatief groot aantal aanvragen voor interne en externe diagnostiek, veel medisch-technische handelingen en een relatief laag verwijscijfer naar medisch specialisten in combinatie met meer verwijzingen naar eerstelijnsdisciplines, wijzen in de richting van een beleid gericht op substitutie. De Almeerse huisartspraktijken profileren zich hiermee als exponenten van wat samengevat kan worden als een 'sterke eerstelijnszorg'. Tenslotte aandacht voor de specifieke kostengenererende verrichtingen in het werken van de huisarts. Een laag verwijscijfer naar de tweedelijnszorg per 1000 contacten en een laag prescriptiecijfer wijzen in de richting van een beleid gericht op kostenbeperking. Relatief veel diagnostisch onderzoek lijkt hiermee in tegenspraak, waarbij onverlet wordt gelaten dat met name via het interne diagnostische onderzoek mogelijk besparingen optreden ten opzichte van de situatie, waarin patiënten voor dergelijk onderzoek worden doorverwezen naar gespecialiseerde instanties.

7.3 Een terugblik op het onderzoek

Het onderzoek naar de aantallen contacten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk heeft het mogelijk gemaakt het werken van een flink deel van de Almeerse huisartsen te vergelijken met niet alleen de doorsnee Nederlandse huisarts, maar ook bijvoorbeeld met andere huisartsen werkend in gezondheidscentra.

representativiteit

Aan het onderzoek is meegewerkt door zeven (van de op dat moment elf) in Almere functionerende gezondheidscentra. Bij de huisartspraktijken die aan het onderzoek hebben deelgenomen stonden bijna 30.000 patiënten ingeschreven, ofwel ruim 50% van de totale Almeerse bevolking op 1-1-1988. Tegenover de oververtegenwoordiging van de centra in Almere-

Buiten staat een ondervertegenwoordiging van de huisartspraktijken in Almere-Haven en in meer algemene zin van de wat oudere gezondheidscentra in Almere. Gaan we er vanuit, dat vooral in net gevestigde huisartspraktijken de medische consumptie in het algemeen wat hoger is dan in langer bestaande praktijken, dan geldt dat er in Almere eerder sprake zal zijn van een (geringe) overschatting van de medische consumptie (en daarmee van de verrichtingen in de huisartspraktijk) dan van een onderschatting.

Een wat grotere morbiditeit op populatieniveau (zie het rapport naar aanleiding van de in Almere gehouden patiëntenquête) en de beschikbaarheid van gezondheidscentra in of op korte afstand van de woonwijken, resulteren in Almere (na standaardisatie voor de bijzondere bevolkingsopbouw) in relatief veel contacten per 1000 ingeschreven patiënten. Zowel ten opzichte van de doorsnee huisartspraktijk in Nederland, maar meer nog ten opzichte van praktijken in andere gezondheidscentra en huisartsen gevestigd in grote steden.

relatie aantal contacten -
aantal verrichtingen

Dit grote aantal contacten is van invloed op het aantal verrichtingen dat in absolute zin in de Almeerse huisartspraktijken wordt uitgevoerd. Kijken we naar de aantallen verrichtingen per 1000 contacten - de meest 'eerlijke' vergelijking als het gaat om het werken in de huisartspraktijk, omdat er alleen kans is op een verrichting als er ook daadwerkelijk sprake is van een contact - dan geldt dat in de Almeerse praktijken de werkwijze in grote lijnen overeenstemt met de doelstellingen van het projectplan Experiment Gezondheidszorg Almere. Men kan natuurlijk twisten over de vraag of de grootte van de verschillen met de doorsnee Nederlandse huisartspraktijk opweegt tegen de inzet van de extra middelen in Almere. Ons onderzoek toont wel aan dat in Almere per 1000 contacten relatief lage verwijscijfers naar medisch specialisten en lage prescriptiecijfers worden gerealiseerd, terwijl er geen aanwijzingen zijn dat in kwalitatief opzicht de in Almere aangeboden zorg minder is dan de zorg in de rest van Nederland. Probleem voor Almere is dat verrichtingencijfers, en dan in het bijzonder verwijscijfers, in de regel niet per 1000 contacten worden geregistreerd, maar per 1000 patiënten. Relatief veel contacten met de huisartspraktijk betekent in absolute zin hogere verrichtingencijfers. Dit maakt dat bijvoorbeeld de verwijs- en prescriptiecijfers voor Almere per 1000 patiënten veel minder verschillen van de rest van Nederland dan de cijfers per 1000 contacten.

één organisatie

Enkele uitzonderingen daargelaten vormen de onderzochte huisartspraktijken in Almere een groep die in hun verrichtingenpatronen meer op elkaar lijken dan een willekeurige groep huisartspraktijken in Nederland of andere huisartsen werkzaam in geografisch verspreid liggende gezondheidscentra. Een mogelijke verklaring voor deze grotere homogeniteit is te vinden in het organisatiemodel dat aan de opzet van het stelsel van zorgvoorzieningen ten grondslag ligt. Met alle Almeerse huisartsen en assistentes in

(loon)dienst bij één organisatie, waarbij het streven van de organisatie gericht is op een sterke eerstelijnszorg, zijn de voorwaarden aanwezig om bijvoorbeeld via selectie en (na)scholing te komen tot een werkwijze, waarbij de verschillen tussen huisartspraktijken relatief klein zijn. Enerzijds heeft deze wat grotere homogeniteit binnen de groep van huisartspraktijken voor de patiënt het voordeel dat hij of zij beter weet wat men kan verwachten, ook als men niet de eigen huisarts treft. Anderzijds maakt het ontbreken van grote verschillen tussen de praktijken het moeilijk een specifiek beleid te richten op de 'zwakke broeders' onder de praktijken.

wijkgerichte
gezondheidscentra

Tenslotte kan geconstateerd worden dat de Almeerse huisartspraktijken in hun verrichtingenpatroon het meeste lijken op andere huisartsen werkend in gezondheidscentra. Aangezien in Almere (bijna) exclusief vanuit gezondheidscentra wordt gewerkt, komt een dergelijke conclusie niet onverwacht. Het maakt duidelijk dat van de kenmerken van het Almeerse systeem - werken in loondienst vanuit één organisatie en wijkgericht vanuit gezondheidscentra - het werken vanuit wijkgerichte gezondheidscentra een belangrijk element is. Verschillen met andere gezondheidscentra betreffen wat meer spreekuurcontacten per 1000 patiënten in Almere, wat meer externe diagnostiek, bij de behandeling wat meer voorlichting, leefregels en medicatie zonder recept, minder medicijnvoorschriften (met name analgetica) en wat minder verwijzingen naar zowel disciplines in de tweedelijns als in de eerstelijns.

LITERATUUR

- Bakker D de, Sixma H, van der Velden J. Ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk: Morbiditeit in de Almeerse huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1992.
- Bensing J, Foets M, van der Velden J. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: achtergronden en methoden. *Huisarts en Wetenschap*, 34, 1991, 2, 51-61.
- Classification Committee WONCA. An international glossary for primary care. *Huisarts en Wetenschap*, 24, 1981, 7, 342.
- Flierman HA, Foets M, Stockx L. Het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1992 (in druk).
- Foets M, Sixma H. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Utrecht, NIVEL, 1991.
- Foets M, van der Velden J. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Meetinstrumenten en procedures. Utrecht, NIVEL, 1990.
- Foets M, van der Velden J, van der Zee J. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1986.
- Foets M, Stockx L, Hutten J, Sixma H. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De huisartsenquête van de nationale studie: datareductie door schaalconstructie. Utrecht, NIVEL, 1991.
- Groenewegen PP, Sluijs EM. Naar een sterkere eerste lijn? 4: Eindrapport. Utrecht, NIVEL, 1988.
- Groenewegen PP, de Bakker DH, van der Velden J. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1992.
- Sixma H. Bewoners over de Almeerse gezondheidszorg. Utrecht, NIVEL, 1985.
- Sixma H. Contacten en verwijzingen bij de Almeerse huisartsen. Utrecht, NIVEL, 1986.
- Sixma H, van de Voort C. Situatieschets voor Almere. Utrecht, NIVEL/NZI, 1985.
- Sixma H, Thomassen C, de Bakker D, Foets M. Ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk: Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Utrecht, NIVEL, 1991.
- Sluijs EM. Patient education in physical therapy. Proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht. Utrecht, NIVEL, 1991.
- Stuurgroep Project Gezondheidszorg Almere. Projectplan Gezondheidszorg Almere. Almere, 1983.
- Velden J van der, de Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1991.

Vereniging van Nationale Ziekenfondsen (VNZ). Jaarboek LISZ 1986. Zeist, VNZ, 1988.

Wal G. van der, Smeenk RGT. De werkelijkheid nader bekeken: een poging tot kwantificering van een tweetal bewerkelijkheidsfactoren in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 27, 1984, 9, 309-310.

Wijkel D. Samenwerken en verwijzen. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen. Utrecht, NIVEL, 1986.

BIJLAGE A CONTACTREGISTRATIEFORMULIER

PATIËNTCODE:		DATUM:		NAAM PATIËNT:			
1 PATIËNTGEGEVENS: geboortedatum:		geslacht: man/vrouw		HUISARTS:			
<input type="checkbox"/> eigen patiënt bij waarnemer		<input type="checkbox"/> patiënt van collega		<input type="checkbox"/> contact betreft meerdere personen			
651							
2 CONTACTGEGEVENS							
avond-/nachtdienst <input type="checkbox"/> dag <input type="checkbox"/> avond <input type="checkbox"/> nacht	duur contact <input type="checkbox"/> 1-5 minuten <input type="checkbox"/> 6-10 minuten <input type="checkbox"/> 11-15 minuten <input type="checkbox"/> 16-20 minuten <input type="checkbox"/> 21-40 minuten <input type="checkbox"/> meer	soort contact <input type="checkbox"/> vrij spreken <input type="checkbox"/> afspraak spreken <input type="checkbox"/> keuring <input type="checkbox"/> consultatiebureau <input type="checkbox"/> zwangerschapspreekuur <input type="checkbox"/> huisarts <input type="checkbox"/> tussendoor	<input type="checkbox"/> spreekuur bijz. instelling <input type="checkbox"/> spontane visie <input type="checkbox"/> afspraak visite <input type="checkbox"/> soeod visite <input type="checkbox"/> ziekenhuis <input type="checkbox"/> overige	initiatief tot contact 1 2 <input type="checkbox"/> huisarts <input type="checkbox"/> \$ <input type="checkbox"/> patiënt <input type="checkbox"/> ouders <input type="checkbox"/> andere hulpverlener <input type="checkbox"/> overige	aard contact 1 2 <input type="checkbox"/> eerste contact <input type="checkbox"/> herhaalcontact <input type="checkbox"/> recidief <input type="checkbox"/> periodieke controle		
3 KLACHTEN EN DIAGNOSE/WERKHYPOTHESE			4 DIAGNOSTIEK				
reden(en) voor contact (1) a. b. c. somatisch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> psycho-sociaal (waarschijnlijkheids) diagnose/werkhypothese (1) a. onzeke omtrent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zeker omtrent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> aandoening aandoening eventuele differentieële diagnose		reden(en) voor contact (2) a. b. c. somatisch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> psycho-sociaal (waarschijnlijkheids) diagnose/werkhypothese (2) a. onzeke omtrent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zeker omtrent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> aandoening aandoening eventuele differentieële diagnose		reden van diagnostiek 1 2 <input type="checkbox"/> ontdekking pathologie <input type="checkbox"/> controle IN EIGEN PRAKTIJK 1 2 klinische diagnostiek <input type="checkbox"/> 1 hetero anamnese <input type="checkbox"/> 2 bloeddruk <input type="checkbox"/> 3 gewicht <input type="checkbox"/> 4 huid <input type="checkbox"/> 5 keel/neus/oren <input type="checkbox"/> 6 ogen <input type="checkbox"/> 7 hart <input type="checkbox"/> 8 longen <input type="checkbox"/> 9 mammae <input type="checkbox"/> 10 buik <input type="checkbox"/> 11 RT/VT <input type="checkbox"/> 12 ledematen/gewichten <input type="checkbox"/> 13 wervelkolom <input type="checkbox"/> 14 neurologisch onderzoek <input type="checkbox"/> 15 overig spec. lich. onderz. <input type="checkbox"/> 16 algemeen lich. onderz. bloedonderzoek <input type="checkbox"/> 17 Hb <input type="checkbox"/> 18 BSE <input type="checkbox"/> 19 glucose <input type="checkbox"/> 20 overige urine <input type="checkbox"/> 21 sediment <input type="checkbox"/> 22 nitriet <input type="checkbox"/> 23 glucoseluwit <input type="checkbox"/> 24 zwangerschapstest <input type="checkbox"/> 25 overige overige <input type="checkbox"/> 26 t.w.			
aandoening is: levensbedreigend + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - invalidiserend + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -		aandoening is: levensbedreigend + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - invalidiserend + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -		ELDERS 1 2 bloed chemie <input type="checkbox"/> 1 glucose <input type="checkbox"/> 2 leverfunctie <input type="checkbox"/> 3 elektrolyten <input type="checkbox"/> 4 verspectrum <input type="checkbox"/> 5 nierfunctie <input type="checkbox"/> 6 overige t.w.:			
onderliggende ziekte/probleem 1 2 <input type="checkbox"/> geen <input type="checkbox"/> 1 diabetes <input type="checkbox"/> 2 cara: <input type="checkbox"/> 3 hypertensie <input type="checkbox"/> 4 chronisch hartlijden <input type="checkbox"/> 5 cerebro-vasculair accident <input type="checkbox"/> 6 perifere vaatlijden <input type="checkbox"/> 7 arthrose deormans <input type="checkbox"/> 8 reumatoide artritis <input type="checkbox"/> 9 maligne nieuwvorming van: <input type="checkbox"/> 10 zwangerschap (weken) <input type="checkbox"/> 11 nazorg ziekenhuisopname		1 2 <input type="checkbox"/> 12 (status na) operatie <input type="checkbox"/> 13 geneesmiddelen- overgevoelghed <input type="checkbox"/> 14 relatie/gezin problemen <input type="checkbox"/> 15 geweld/mishandeling <input type="checkbox"/> 16 werk/studieproblemen <input type="checkbox"/> 17 depressief beeld <input type="checkbox"/> 18 demencia <input type="checkbox"/> 19 verslavingsproblematiek <input type="checkbox"/> 20 overige onderliggende zaken/problemen, t.w.:		haematologie/serologie <input type="checkbox"/> 7 Hb/leuco-diff/BSE <input type="checkbox"/> 8 overige. t.w.:			
patiënt is onder behandeling van specialist/hulpverlener 1 <input type="checkbox"/> / 2 <input type="checkbox"/>				röntgen <input type="checkbox"/> 9 thorax <input type="checkbox"/> 10 wervelkolom <input type="checkbox"/> 11 ledematen/gewichten <input type="checkbox"/> 12 maag/darm/galblaas/BOZ <input type="checkbox"/> 13 schedel/sinus/kaak <input type="checkbox"/> 14 IVP <input type="checkbox"/> 15 mammografie <input type="checkbox"/> 16 overige. t.w.:			
5 BEHANDELING			6 PRESCRIPTIE				
1 2 <input type="checkbox"/> 1 gesprek: passief/luisteren <input type="checkbox"/> 2 gesprek: actief/explorierend <input type="checkbox"/> 3 geruststellen <input type="checkbox"/> 4 voorlichting over klacht(en)/ ziekte <input type="checkbox"/> 5 voorlichting over behandeling/medicatie/ verwijzen/operatie/dieet <input type="checkbox"/> 6 algemene gezondheids-voorlichting/opvoeding <input type="checkbox"/> 7 advies omtrent werk: staking/hervatting <input type="checkbox"/> 8 administratief <input type="checkbox"/> 9 even aankijken <input type="checkbox"/> 10 (bed)rust <input type="checkbox"/> 11 medicatie zonder recept <input type="checkbox"/> 12 staken medicatie <input type="checkbox"/> 13 dieet		1 2 <input type="checkbox"/> 14 injectie <input type="checkbox"/> 15 oor uitspuiten <input type="checkbox"/> 16 wondverzorging <input type="checkbox"/> 17 kleine chirurgie <input type="checkbox"/> 18 zwachtelen/lapen/ reponeren <input type="checkbox"/> 19 callitenseren <input type="checkbox"/> 20 vloeibare stikstof <input type="checkbox"/> 21 IUD <input type="checkbox"/> 22 overige vaccinatie <input type="checkbox"/> 23 tetanus <input type="checkbox"/> 24 griep <input type="checkbox"/> 25 hooikoorts <input type="checkbox"/> 26 dktp/dpt <input type="checkbox"/> 27 bmr <input type="checkbox"/> 28 overige		1 2 <input type="checkbox"/> middel:			
hoeveelheid:		hoeveelheid:		hoeveelheid:			
dosis per dag:		dosis per dag:		dosis per dag:			
<input type="checkbox"/> nieuw <input type="checkbox"/> herhaalrecept huisarts <input type="checkbox"/> herhaalrecept specialist		<input type="checkbox"/> nieuw <input type="checkbox"/> herhaalrecept huisarts <input type="checkbox"/> herhaalrecept specialist		<input type="checkbox"/> nieuw <input type="checkbox"/> herhaalrecept huisarts <input type="checkbox"/> herhaalrecept specialist			
7 VERWIJZING (INCL. OPNAME)			8 OVERLEG N.A.V. CONTACT				
tweede lijn medisch specialisme (excl. psychiatrie) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 2 <input type="checkbox"/> zelfstandig gevestigd <input type="checkbox"/> polikliniek <input type="checkbox"/> miramuraal (opname)		psychiatrie/GGZ 1 2 <input type="checkbox"/> zelfstandig gevestigd psychiater/zenuwartz <input type="checkbox"/> zelfstandig gevestigd psycholoog <input type="checkbox"/> RIADG <input type="checkbox"/> CAD <input type="checkbox"/> polikliniek psychiatrie <input type="checkbox"/> miramuraal (opname)		eerste lijn 1 2 <input type="checkbox"/> fysiotherapie behandelingsvoorsiel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee aantal behandelingen: soort: eerde: fysiotherapie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee voor zelfde diagnose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee		1 2 <input type="checkbox"/> wijkverpleging <input type="checkbox"/> maatschappelijk werk <input type="checkbox"/> gezinsverzorging <input type="checkbox"/> verloskundige <input type="checkbox"/> diëetse <input type="checkbox"/> alternatieve geneezis <input type="checkbox"/> overige	
doel verwijzing 1 2 <input type="checkbox"/> diagnose <input type="checkbox"/> behandeling <input type="checkbox"/> diagnose + behandeling <input type="checkbox"/> geruststelling		soort verwijzing 1 2 <input type="checkbox"/> nieuw <input type="checkbox"/> verlenging <input type="checkbox"/> achteraf <input type="checkbox"/> refractieverwijzing		initiatief tot verwijzen 1 2 <input type="checkbox"/> huisarts <input type="checkbox"/> \$ <input type="checkbox"/> patiënt		1 2 <input type="checkbox"/> fysiotherapeut <input type="checkbox"/> specialist <input type="checkbox"/> ouders <input type="checkbox"/> overig	
8 OVERLEG N.A.V. CONTACT			9 VERVOLGAFSPRAKEN				
overleg met 1 2 <input type="checkbox"/> medisch specialisme (excl. psychiatrie) <input type="checkbox"/> psychiatrie/GGZ instelling		1 2 <input type="checkbox"/> fysiotherapie <input type="checkbox"/> wijkverpleging <input type="checkbox"/> maatsch. werk/gezins- verzorging <input type="checkbox"/> verkenningsgeneeskundige/ bedrijfsarts <input type="checkbox"/> familie/buren <input type="checkbox"/> overige		doel overleg 1 2 <input type="checkbox"/> consultatie andere hulpverlener <input type="checkbox"/> regeling thuiszorg/familie/buren <input type="checkbox"/> regeling professionele thuiszorg <input type="checkbox"/> regeling verwijzing/opname <input type="checkbox"/> regeling werkhervatting/staking <input type="checkbox"/> overig		1 2 <input type="checkbox"/> niets afgesproken <input type="checkbox"/> hoeft niet terug te komen <input type="checkbox"/> terug bij geen verbetering/bij recidief <input type="checkbox"/> optellen over dagen weken <input type="checkbox"/> terugkomen over dagen weken mnd	

Bijlage B Clustering van klachten en aandoeningen ten behoeve van de presentatie van morbiditeitsspecifieke verrichtingencijfers in hoofdstuk 6

	Omschrijving	Cluster code	ICPC code
I	GEEN ZIEKTE	0101	A97
II	CONGENITAAL	0201	A90, B78-79, D81, F80-81, H80, K73, L82.1-9, N85, R89, S83, T78, T80, U85 W76, X83, Y82-84
III	ACUTE SOMATISCHE KLACHTEN		
	Algemeen	0301	A01-11.9, 14, 15, 29
	Bloed	0302	B01-11.9, 29
	Maagdarm, appendicitis	0303	D01-25.9, 29
	Oog	0304	F01-18, 29
	Oor	0305	H01-15, 29
	Hart/Vaat	0306	K01-07, 29
	Bewegingsapparaat	0307	L01-25, 29, 86.2
	Neurologie	0308	N01-19, 29, 89
	Ademhaling	0309	R01-25, 29.1-29.9
	Huid	0310	S01-08, 20-23.9, 29
	Endocrien	0311	T01-11, 29
	Urinewegen	0312	U01-14, 29
	Vrouwelijk genitaal	0313	X01-18, 29
	Mannelijk genitaal	0314	Y01-10, 16, 29
	Afwijkingen bloed/testen	0315	A91, B84-86, B87, D96
IV	TRAUMATOLOGIE		
	Algemeen	0401	A80-82, 88.1-89
	Oog	0402	F75-79
	Oor	0403	H76-79
	Bewegingsapparaat	0404	L72-80.9, 96
	Neurologie	0405	N79.1-81
	Huid	0406	S12-19
	Genitaal	0407	X82, Y80-81
	Overige trauma's	0408	B76-B77, D79-D80, K72, R87-R88, T74, T80
V	INFECTIES		
	Kinderziekten	0501	A71-72, A74, A76, D71, N70-71, R71-72.9
	Klier ziekten/itis	0502	A75, B70-71
	Gastro-enteritis/wormen	0503	D70, D73-74, D88
	Conjunctivitis/overig oog	0504	F70.1-F73.9
	Otitis/overig oor	0505	H70-H74.9
	Ademhaling	0506	R74-83, R90
	Huid	0507	S09-11, S70-76.9, S84-85

Omschrijving	Cluster code	ICPC code
Urinewegen	0508	U70-72
Vrouwelijk genitaal	0509	X70-74, X90, X991
Mannelijk genitaal	0510	Y70-75
Overige infecties	0511	A70, A73, A77-78, B90, K70, K74, N72, N73, R70, T70
VI	CHRONISCHE ZIEKTEN	
Allergie/overig	0601	A12, R97, S98
Anaemie, stollingstoornissen	0602	B80-82, B83.1-9
Maagdarm	0603	D82-87, D92-95.3, D99.1-99.9
Lever/gal	0604	D72.1-3, D97.1-98.9, D89-D91
Oog	0605	F91-99
Oor	0606	H81-99
Hart	0607	K75.1-84.9
Bloeddruk	0608	K85-88
Vaat	0609	K89-99.9
Bewegingsapparaat	0610	L83-95 (excl. L86.2, L96), L97.1-L99
Neurologie	0611	N86-88, N99.1-99.9
Ademhaling	0612	R91.1-96, R99.1-9
Huid	0613	S86-97, S99.1-9
Schildklier	0614	T12, T81, T85-86, T99.1
DM	0615	T87-90
Vet/Stoornissen	0616	T82, T93
Nier	0617	U88-99.9
Vrouwelijk genitaal	0618	X84-89, X99.2-9
Mannelijk genitaal	0619	Y85-99
Overige chronische ziekten	0620	A99, B99, T91, T92, T99.2-T99.3
VII	NEOPLASMA	
Kanker/maligne neoplasma	0701	A79, B72.1-73, D75.1-76.9, L71.2, N74.1-9, R84.1-9, S77, T71, U75-77, W72, X75.1-77, Y76.1-9
Benigne neoplasma/ niet spec. neoplasma	0702	B74, D77-78, F74, H75, K71, L71.1, L71.9, N75-76, R85-86, S78-82, T72-73, U78-79, W73, X78-81, Y77-79
VIII	ZWANGERSCHAP/BEVALLING/ KRAAMBED	
	0801	W01-06, W15-21, W29.1-W29.9, W70-W71, W77-99.9, A92-95
IX	GEZINSPLANNING	
	0901	W10-14, Y13-14
X	ANGST VOOR ZIEKTEN	
	1001	A13, A23-27, B25-27, D26-27, F27, H27, K24-27, L26-27, N26-27, P27, R26-27, S26-27, T26-27, U26-27, W27, X23-27, Y24-27, Z27

Omschrijving	Cluster code	ICPC code
XI PSYCHE		
Psychische klachten	1101	P01-13.9, P20, P29
Verslaving	1102	P15-19
Gedragsstoornissen	1103	P22.1-23, P26
Levensfase	1104	P24-25
Angst voor psychisch probleem	1105	P27
Psychosen	1106	P70.1-73, P99.9
Neurosen	1107	P74-99.8 (excl. P77)
Mentale retardatie	1108	P77
XII SOCIAAL		
Sociaal-economisch	1201	Z01-07
Sociaal-cultureel	1202	Z08-11.9
Relatieproblemen	1203	Z12-24.9
Overige sociale problemen	1204	Z25-29.9
XIII GEVOLGEN ZORG	1301	A83-87.9
XIV PREVENTIE	1401	A30-31, W30-31, X37, A t/m Z-44,-45,-49
XV HANDICAP	1501	A t/m Z-28
XVI STERFTE	1601	A96

BIJLAGE C Gegevens uit de huisartsenquête

In deze bijlage worden gegevens gepresenteerd, afkomstig uit een enquête afgenomen bij de huisartsen die hebben meegewerkt aan het onderzoek naar ziekten en verrichtingen in de (Almeerse) huisartspraktijk. In de tabellen worden Nederlandse en Almeerse huisartsen vergeleken, waarbij voor Almere twee cijfers worden gepresenteerd. De eerste groep Almeerse artsen betreft de steekproef van 19 huisartsen die ook aan het verrichtingenonderzoek hebben meegewerkt. In totaal hebben 29 huisartsen in Almere de huisartsenquête ingevuld, en de resultaten voor deze groep staat vermeld onder het kopje 'Almere totaal'.

Persoonskenmerken

Tabel C.1 bevat gegevens over de leeftijd van de huisartsen, de universiteit van afstuderen en het aantal jaren werkervaring dat men als huisarts heeft.

Tabel C.1 Leeftijd, universiteit van afstuderen en aantal jaren werkervaring van de huisartsen in Almere en Nederland die aan de Nationale Studie hebben meegewerkt

	Almere steekproef (N=19)	Almere totaal (N=29)	Nederland totaal (N=161)
leeftijd			
< 35 jaar	36,8%	37,9%	14,9%
35-44 jaar	63,2%	62,1%	55,3%
45-54 jaar	-	-	19,9%
≥ 55 jaar	-	-	9,9%
gem. leeftijd	35,6 jaar	35,9 jaar	41,9 jaar
universiteit van afstuderen			
Groningen	-	-	24,7%
Utrecht	5,3%	6,9%	14,8%
Nijmegen	36,8%	31,0%	20,4%
Rotterdam	5,3%	6,9%	5,6%
Amsterdam, VU	21,1%	20,7%	12,3%
Amsterdam, UvA	26,3%	24,1%	5,6%
Maastricht	-	-	1,9%
Leiden	-	3,4%	12,1%
anders/onbekend	5,3%	6,9%	3,3%
aantal jaren werkervaring			
00-04 jaar	52,9%	63,0%	19,3%
05-09 jaar	47,1%	33,3%	24,2%
10-14 jaar	-	3,7%	28,0%
15-19 jaar	-	-	11,2%
≥ 20 jaar	-	-	17,3%
gem. aantal jaren	4,6 jaar	3,9 jaar	7,9 jaar

Omschrijving	Cluster code	ICPC code
XI PSYCHE		
Psychische klachten	1101	P01-13.9, P20, P29
Verslaving	1102	P15-19
Gedragsstoornissen	1103	P22.1-23, P26
Levensfase	1104	P24-25
Angst voor psychisch probleem	1105	P27
Psychosen	1106	P70.1-73, P99.9
Neurosen	1107	P74-99.8 (excl. P77)
Mentale retardatie	1108	P77
XII SOCIAAL		
Sociaal-economisch	1201	Z01-07
Sociaal-cultureel	1202	Z08-11.9
Relatieproblemen	1203	Z12-24.9
Overige sociale problemen	1204	Z25-29.9
XIII GEVOLGEN ZORG	1301	A83-87.9
XIV PREVENTIE	1401	A30-31, W30-31, X37, A t/m Z-44,-45,-49
XV HANDICAP	1501	A t/m Z-28
XVI STERFTE	1601	A96

BIJLAGE C Gegevens uit de huisartsenquête

In deze bijlage worden gegevens gepresenteerd, afkomstig uit een enquête afgenomen bij de huisartsen die hebben meegewerkt aan het onderzoek naar ziekten en verrichtingen in de (Almeerse) huisartspraktijk. In de tabellen worden Nederlandse en Almeerse huisartsen vergeleken, waarbij voor Almere twee cijfers worden gepresenteerd. De eerste groep Almeerse artsen betreft de steekproef van 19 huisartsen die ook aan het verrichtingenonderzoek hebben meegewerkt. In totaal hebben 29 huisartsen in Almere de huisartsenquête ingevuld, en de resultaten voor deze groep staat vermeld onder het kopje 'Almere totaal'.

Persoonskenmerken

Tabel C.1 bevat gegevens over de leeftijd van de huisartsen, de universiteit van afstuderen en het aantal jaren werkervaring dat men als huisarts heeft.

Tabel C.1 Leeftijd, universiteit van afstuderen en aantal jaren werkervaring van de huisartsen in Almere en Nederland die aan de Nationale Studie hebben meegewerkt

	Almere steekproef (N=19)	Almere totaal (N=29)	Nederland totaal (N=161)
leeftijd			
< 35 jaar	36,8%	37,9%	14,9%
35-44 jaar	63,2%	62,1%	55,3%
45-54 jaar	-	-	19,9%
≥ 55 jaar	-	-	9,9%
gem. leeftijd	35,6 jaar	35,9 jaar	41,9 jaar
universiteit van afstuderen			
Groningen	-	-	24,7%
Utrecht	5,3%	6,9%	14,8%
Nijmegen	36,8%	31,0%	20,4%
Rotterdam	5,3%	6,9%	5,6%
Amsterdam, VU	21,1%	20,7%	12,3%
Amsterdam, UvA	26,3%	24,1%	5,6%
Maastricht	-	-	1,9%
Leiden	-	3,4%	12,1%
anders/onbekend	5,3%	6,9%	3,3%
aantal jaren werkervaring			
00-04 jaar	52,9%	63,0%	19,3%
05-09 jaar	47,1%	33,3%	24,2%
10-14 jaar	-	3,7%	28,0%
15-19 jaar	-	-	11,2%
≥ 20 jaar	-	-	17,3%
gem. aantal jaren	4,6 jaar	3,9 jaar	7,9 jaar

De Almeerse huisartsen die aan ons onderzoek hebben meegewerkt zijn relatief jong, hebben een relatief gering aantal jaren werkervaring en zijn vooral afkomstig van de huisartsopleidingen in Nijmegen en Amsterdam.

Praktijkorganisatie

Tabel C.2 geeft informatie over de gemiddelde tijd die, naar eigen zeggen, wordt besteed aan elk patiëntencontact, de snelheid waarmee een afspraak tot stand komt en de overlegtijd in aantal uren per week.

Tabel C.2 Praktijkorganisatie en overleg bij huisartsen in Almere en Nederland die aan de Nationale Studie hebben meegewerkt

	Almere steekproef (N=19)	Almere totaal (N=29)	Nederland totaal (N=161)
praktijkorganisatie			
gem. tijd per patiënt	9,4 min.	9,4 min.	9,5 min.
afspeknelheid			
dezelfde dag	78,9%	72,4%	84,0%
volgende dag	21,1%	27,6%	14,8%
anders/onbekend	-	-	1,2%
overlegtijd in uren per week **			
regulier overleg 1e lijn	2,4*	2,5*	1,3
informeel overleg 1e lijn	0,9	0,8	0,4
regulier overleg 2e lijn	0,3	0,2	0,2
informeel overleg 2e lijn	0,0	0,0	0,1*
regulier overleg GGZ	0,0	0,1	0,1
informeel overleg GGZ	0,1	0,1	0,1
totale overlegtijd	3,6*	3,7*	2,2

* significant verschil ($p < .05$) tussen Almere en Nederland

** de gemiddelde aantallen uren per week hebben betrekking op die huisartsen die aangeven dergelijk overleg te hebben

Alle Almeerse huisartsen zijn werkzaam in gezondheidscentra. Voor Nederland geldt dat 55 huisartsen werkzaam zijn als solist, 58 huisartsen werken in een duopraktijk, 32 huisartsen in een groepspraktijk en 16 huisartsen zijn verbonden aan een gezondheidscentrum.

De gemiddelde tijd die voor elke patiënt wordt uitgetrokken bedraagt zowel in Almere als in de rest van Nederland bijna tien minuten. In Almere kunnen wat minder mensen dezelfde dag nog bij hun huisarts terecht voor een afspraak. De tijd die per week aan overleg wordt besteed bedraagt in Almere tussen de 3,5 en vier uur, tegenover ruim twee uur overleg bij de Nederlandse huisartsen. Selecteren we uit de groep van Nederlandse huisartsen degenen die werken in gezondheidscentra, dan zijn er geen verschillen tussen Almere en andere huisartsen werkzaam in gezondheidscentra. Het verschil in overlegtijd tussen Almere en de rest van Nederland zit met name in de hoeveelheid tijd die wordt gestoken in het reguliere overleg met vertegenwoordigers van eerstelijnsdisciplines.

Taakopvattingen en praktijkorganisatie

Over werkstijlen, praktijkorganisatie en werkbeleving zijn in de huisarts-enquête gegevens verzameld via een aantal schalen. Een overzicht van de wijzen waarop deze schalen tot stand zijn gekomen, is te vinden in Foets et al (1991). In tabel C.3 zijn de gemiddelde scores voor de Almeerse huisartsen (rekenkundig gemiddelde) vergeleken met de scores voor huisartsen in de rest van Nederland. De gepresenteerde spreidingsmaten geven informatie over de mate van overeenstemming binnen de groep huisartsen.

Tabel C.3 Taakopvattingen en taakverrichtingen door huisartsen in Almere en Nederland, somscores, spreidingsmaten en conclusies

onderwerp	Almere (19)		Almere (29)		Nederland (161)	
	gem.	st.dev	gem.	st.dev	gem.	st.dev
Praktijkorganisatie						
uitrusting praktijk (instrumentarium)	0,73*	0,09	0,71*	0,09	0,64	0,15
delegatie taken naar assistente	2,64*	0,28	2,62*	0,27	1,75	0,53
toepassen medische technieken	3,46*	0,48	3,40*	0,56	2,91	0,80
Attitudes en opvattingen, algemeen						
werkstijl gericht op onzekerheidsreductie	3,61*	0,52	3,64*	0,48	3,18	0,79
bereidheid tot nemen risico's	3,30	0,45	3,37*	0,47	3,14	0,69
diagnostiek zien als taak huisarts	2,74	0,44	2,69	0,45	2,84	0,46
behandeling zien als taak huisarts	2,09	0,29	2,07	0,27	2,03	0,30
breedte taakopvatting mbt. somatiek	4,01	0,32	4,03	0,30	3,95	0,44
competentiegevoel somatische klachten	3,39	0,36	3,49	0,44	3,50	0,62
breedte taakopvatting mbt. psycho-soc. kl.	3,19	0,44	3,13	0,44	3,34	0,48
competentiegevoel psycho-sociale klachten	3,20	0,40	3,14	0,45	3,24	0,50
breedte taakopvatting, algemeen	3,31	0,49	3,23	0,46	3,32	0,60
breedte taakuitoefening, algemeen	3,01	0,53	3,05	0,47	3,10	0,47
ervaren mat. kosten continuïteitsinvloed	3,63	0,57	3,60	0,55	3,59	0,56
ervaren soc. kosten continuïteitsinvloed	3,63	0,43	3,54	0,43	3,67	0,53
democratische houding tov. patiënt	3,32	0,33	3,28	0,33	3,28	0,57
'locus of control'	3,07	0,20	3,04	0,22	3,09	0,38
Werkbeleving en satisfactie						
positief gevoel tav. werk	3,30	0,37	3,34	0,43	3,28	0,49
negatief gevoel tav. werk	3,02	0,35	3,05	0,36	2,95	0,42
tevredenheid van de huisarts	3,38	0,59	3,38	0,48	3,30	0,45
Attitudes en opvattingen, specifiek						
rol psycho-soc. factoren bij aandoeningen	3,04	0,46	3,04	0,44	2,91	0,51
geneigdheid tot prescriptie	2,24*	0,52	2,30*	0,38	2,56	0,52

* = significant verschil ($p < .05$) t.o.v. Nederland (totaal)

Met betrekking tot de organisatie van de praktijk geldt dat de Almeerse huisartsen de beschikking hebben over een instrumentarium dat meer compleet is dan dat van een doorsnee Nederlandse huisarts, dat meer taken naar de centrum-/doktersassistente worden gedelegeerd en dat in de huisartspraktijk meer medische technieken worden toegepast.

Bij de attitudes en taakopvattingen zijn de verschillen tussen huisartsen in Almere en de rest van Nederland gering. De enige significante verschillen zien we bij de mate waarin de huisarts bereid is tot het nemen van risico's, de omgang met onzekerheid en de geneigdheid tot het voorschrijven van medicijnen. De Almeerse huisartsen hebben een werkstijl die wordt gekenmerkt door een wat grotere mate van onzekerheidsreductie, zoals blijkt uit het wat sneller consulteren van collega-artsen, het bespreken van probleemgevallen met collega's, het laten blijken van onzekerheid aan de patiënt en het niet snel voorschrijven van medicijnen. Daarnaast is de Almeerse huisarts bereid wat meer risico's te nemen in het beleid gericht op het verhelpen van de klacht van de patiënt. Bij het voorschrijven van medicijnen geldt dat de huisartsen in Almere aangeven hiertoe wat minder snel geneigd te zijn dan de collegae in de rest van Nederland. Bij de schalen die geacht worden de werkbeleving en tevredenheid van de huisartsen in hun vak te meten, zijn er geen significante verschillen tussen huisartsen in Almere en de rest van Nederland.

Over het algemeen geldt dat Almeerse huisartsen in hun oordelen wat meer op elkaar lijken dan de huisartsen in de rest van Nederland. Uitzonderingen zijn de opvattingen over de tevredenheid met het vak van huisarts, waar de spreiding in Almere wat groter is dan bij de vergelijkingsgroep.

