NIVI CHCHCb
137747

ZIEKTEN EN VERRICHTINGEN IN DE ALMEERSE HUISARTSPRAKTIJK

Samenvattend rapport

H. Sixma
D. de Bakker
J. van der Velden
M. Foets

Utrecht, augustus 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)
Samenvattend rapport / H. Sixma, D. de Bakker,
J. van der Velden, M. Foets.
ISBN 90-6905-167-2
Trefw.: huisartsgeneeskunde ; Almere ; onderzoek.

Typewerk en vormgeving: Renate Wiegers
Omslag: Mieke Cornelius
Drukwerk: Firma Post

VOORWOORD

In 1987/1988 zijn in het kader van een grootschalig onderzoek door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) gegevens verzameld over het werken van de Nederlandse huisarts. De resultaten bieden inzicht in de gezondheid en het gezondheidsgedrag van de Nederlandse bevolking, de klachten en problemen waarvoor men de huisarts raadpleegt en de activiteiten die door huisarts en praktijkassistente worden ontplooid naar aanleiding van de klacht.

Parallel aan de 'Nationale Studie' vond in Almere de dataverzameling plaats van het onderzoek naar ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk. In het kader van het project 'evaluatie Experiment Gezondheidszorg Almere' werden op hetzelfde tijdstip en op vergelijkbare wijze dezelfde gegevens verzameld als in de rest van Nederland. Het onderzoek biedt daarmee de mogelijkheid antwoord te geven op niet alleen de vraag of er verschillen zijn in de aantallen en aard van de verrichtingen in huisartspraktijken in Almere en Nederland, maar bovendien wat de effecten zijn van mogelijke verschillen in morbiditeit op het niveau van de Almeerse bevolking of de mate waarin men met klachten de huisarts bezoekt. Het onderzoek raakt hiermee aan de kern van de doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere voor zover deze betrekking hebben op het werken van de huisarts en de praktijkassistente.

Deze samenvattende publikatie bevat, na een inleidende paragraaf over de achtergronden van de studie en een korte methodologische verantwoording, de belangrijkste resultaten uit drie rapporten die zijn uitgebracht in het kader van dit deelonderzoek. Deze rapporten hebben betrekking op gezondheid en gezondheidsgedrag van de inwoners van Almere, de redenen waarvoor men gebruik wenst te maken van de diensten van de huisarts en de verrichtingen in de huisartspraktijk. Afsluitend worden de bevindingen uit de drie genoemde rapporten met elkaar in verband gebracht en worden de resultaten getoetst aan de doelstellingen van de experimentele opzet van de Almeerse gezondheidszorg.

Ter afsluiting van dit voorwoord rest een woord van dank aan alle personen en instellingen die elk hun steen hebben bijgedragen aan het uiteindelijke resultaat. Twee groepen willen wij daarbij met name noemen. Dat zijn de huisartsen en praktijkassistentes die aan het onderzoek hebben deelgenomen en de inwoners van Almere en de rest van Nederland die bereid zijn geweest tot het invullen van registratieformulieren en patiëntenquêtes. Zonder hun medewerking had dit onderzoek niet kunnen plaatsvinden.

ZIEKTEN EN VERRICHTINGEN IN DE ALMEERSE HUISARTSPRAKTIJK, EEN SAMENVATTING

Het beleid met betrekking tot de Nederlandse gezondheidszorg wordt gekenmerkt door een aantal karakteristieken. Kernbegrippen daarbij zijn kostenbeheersing, het in stand houden en zo mogelijk bevorderen van de kwaliteit van de zorg en in de derde plaats verschuiving van zorg. Kostenbeheersing teneinde de autonome groei van de (kosten) van de zorgvoorzieningen in Nederland af te remmen. Kwaliteitsverhoging door verbetering van de coördinatie, samenwerking en samenhang binnen de gezondheidszorg, waarbij alle partijen (inclusief de cliënten) dienen te worden betrokken. Verschuivingen van zorg in instellingen naar thuiszorg, van specialisten naar generalisten of van curatieve naar preventieve zorg.

Kostenbeheersing, kwaliteit en substitutie zijn ook in Almere, als het gaat om het stelsel van zorgvoorzieningen dat in één van Nederlands jongste gemeenten wordt opgebouwd, centrale begrippen. Het gegeven dat een volledig nieuwe stad met meer dan 100.000 inwoners zou moeten verrijzen in Westelijk Flevoland - in 1976 vestigden de eerste inwoners zich in Almere, terwijl bij het verschijnen van deze samenvatting de 100.000e inwoner wordt verwacht - werd aangegrepen om het stelsel van zorgvoorzieningen in te richten zoveel mogelijk in overeenstemming met de op dat moment geldende ideeën. Het Experiment Gezondheidszorg Almere. Doelstelling van de experimentele opzet van de gezondheidszorg was:

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

Vanuit deze doelstelling is een stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen tot stand gebracht dat afwijkt van de doorsnee Nederlandse situatie. De eerstelijnszorg werkt wijkgericht vanuit gezondheidscentra. De nadrukkelijk ten dienste van een versterkte eerstelijn staande tweedelijnszorg is bewust krap bemeten. Bovendien wordt gestreefd naar een loondienstverband van alle werkers in de Almeerse gezondheidszorg. De stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere (EVA) is de werkgever van alle eerstelijnswerkers, waaronder de huisartsen.

Zowel in Nederland als in Almere richt het beleid met betrekking tot het functioneren van de gezondheidszorg zich, behalve op de gebruiker van zorgvoorzieningen, met name op het functioneren van de huisartspraktijk. De huisarts is één van de hulpverleners waarmee een groot deel van de bevol-

king jaarlijks één of meerdere malen te maken heeft. Soms voor een periodieke keuring of een spoedgeval, meestal voor een klacht die wellicht niet direct levensbedreigend is, maar waarvoor naar de mening van de patiënt toch het oordeel van een deskundige gewenst is. Daarbij mag de patiënt terecht eisen stellen aan de kwaliteit van de zorg die in de huisartspraktijk wordt verleend. Kwaliteit met betrekking tot zowel de bereikbaarheid van de praktijk als de wijze waarop men wordt behandeld. Daarnaast functioneert de huisarts in de regel als schakel naar andere eerstelijnsdisciplines, zoals fysiotherapie en naar de zorg die wordt verleend in gespecialiseerde instellingen door medisch specialisten. Wordt substitutie van zorg nagestreefd, in combinatie met kostenbeheersing, dan biedt deze spilfunctie van de huisarts daartoe een aantal mogelijkheden. In de derde plaats zijn ook aan het werken van de huisarts zelf aspecten verbonden die kosten met zich meebrengen. Met kan hierbij denken aan het voorschrijven van medicijnen en het (laten) uitvoeren van diagnostisch onderzoek.

Vertalen we de doelstelling van het Experiment Gezondheidszorg Almere naar de zorg zoals die in algemene zin wordt verleend vanuit de Almeerse huisartspraktijk, dan mogen we vanuit deze praktijken verwachten dat de patiënt een kwalitatief goede zorg wordt geboden met daarnaast substitutie en kostenbeperking. Kwaliteit waar het gaat om zowel structuurkenmerken van de huisartspraktijk (bereikbaarheid en toegankelijkheid, taakverdeling tussen huisarts en assistente, uitrusting van de praktijk), het proces van de hulpverlening (gespreksvaardigheid, lengte van de contacten, het toepassen van veel verschillende medische technieken, het behandel- en voorschrijfbeleid) en het uiteindelijke resultaat op de gezondheid van de patiënt. Bij substitutie en kostenbeheersing kan worden gedacht aan het uitvoeren van verrichtingen die elders in de tweedelijn plaats vinden (EHBO) of waarvoor de patiënt wordt verwezen (ECG's), het ten opzichte van huisartspraktijken in de rest van Nederland relatief veel uitvoeren van diagnostisch onderzoek in de eigen praktijk, een terughoudend verwijsbeleid naar medisch specialisten en wat meer naar eerstelijnsdisciplines en een terughoudend beleid als het gaat om het voorschrijven van medicijnen.

Het onderzoek

Rondom het Experiment Gezondheidszorg Almere wordt, in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, evaluatie-onderzoek uitgevoerd. Belangrijkste doelstelling van het onderzoek is na te gaan wat de in Almere gedane inspanningen om te komen tot een ander type gezondheidszorg uiteindelijk opleveren. Worden de in het projectplan aangegeven doelstellingen gehaald? Daarnaast moet het onderzoek informatie bieden om eventueel tussentijds bij te sturen en gegevens opleveren waar zowel

gebruikers van zorgvoorzieningen als hulpverleners hun voordeel mee kunnen doen.
Een probleem bij het onderzoek, dat tot nu toe in het kader van het evaluatie-onderzoek Almere heeft plaatsgevonden, is dat een goede vergelijking met de situatie in de rest van Nederland nauwelijks mogelijk was. Daardoor was het moeilijk om vast te stellen of bijvoorbeeld een eventueel afwijkend verwijscijfer voor Almeerse huisartsen nu een resultaat was van het Almeerse gezondheidszorgsysteem dan wel een resultaat van een afwijkende bevolkingssamenstelling. Het onderzoek 'ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk', dat deel uitmaakt van het evaluatie-onderzoek, maakt deze vergelijking Almere - Nederland wel mogelijk. Door met zowel de opzet als de uitvoering aan te haken bij een Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (in het vervolg kortweg aan te duiden als de Nationale Studie) kunnen de verrichtingen van een aantal Almeerse huisartspraktijken worden vergeleken met het werken van huisartspraktijken in de rest van Nederland, waarbij rekening kan worden gehouden met mogelijke verschillen in morbiditeit en een afwijkende bevolkingssamenstelling.
De doelstelling van het onderzoek naar ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk is als volgt te omschrijven: het op lokaal niveau verkrijgen van inzicht in de presentatie van ziekten, klachten en problemen in de huisartspraktijk en in de door huisartsen naar aanleiding van deze gepresenteerde problematiek ondernomen acties, waarbij de bevindingen in Almere kunnen worden vergeleken met de bevindingen die gelden voor de rest van Nederland.

Voor de beantwoording van de meer specifieke onderzoeksvragen die afleidbaar zijn uit deze doelstelling, zijn gegevens beschikbaar op drie niveaus. Op het niveau van de huisarts of de huisartspraktijk zijn door middel van een éénmalige **enquête onder de deelnemende huisartsen** gegevens verzameld over de praktijkorganisatie, de taakopvattingen en de taakverrichtingen van de huisarts. Op het niveau van het consult of het contact met de huisartspraktijk zijn met behulp van een **contactregistratie** gedurende een aaneengesloten periode van drie maanden gegevens verzameld over de hulpvraag (morbiditeit), het hulpaanbod (verrichtingen) en de contacten met andere hulpverleners. Op het niveau van de bevolking zijn enkele sociaal-demografische kenmerken geregistreerd van (in principe) de gehele praktijkpopulatie, en zijn uitgebreide **gezondheidsenquêtes** afgenomen bij een steekproef van patiënten die bij elke deelnemende huisartspraktijk stond ingeschreven.
Ruim 80% van alle in Almere gevestigde huisartsen heeft deelgenomen aan de (schriftelijke) huisartsenquête. Hierbij inbegrepen zijn alle 19 huisartsen die ook aan de contactregistratie hebben meegedaan. De vergelijkingsgroep bestaat uit 161 huisartsen werkzaam in de rest van Nederland.

Aan de contact- en patiëntregistratie, welke de kern vormt van de studie, is deelgenomen door 19 van de in totaal 33 in Almere gevestigde huisartspraktijken. De deelnemende praktijken werkten vanuit zeven Almeerse gezondheidscentra, gelegen in Almere-Haven (zes praktijken), Almere-Stad (zeven praktijken) en Almere-Buiten (zes praktijken). Deelname aan het onderzoek geschiedde op basis van vrijwilligheid. 'Jonge' praktijken en praktijken in Almere-Buiten zijn oververtegenwoordigd, gezondheidscentra met een stabiele patiëntenpopulatie en praktijken in Almere-Stad zijn ondervertegenwoordigd. Over twee aaneensluitende periodes van drie maanden, lopend van 1 oktober 1987 tot 1 mei 1988, zijn gegevens beschikbaar 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 Almeerse gegevens kunnen worden vergeleken met contactgegevens die zijn verzameld bij 103 huisartspraktijken in de rest van Nederland. Deze groep van 161 huisartsen is een aselecte, niet-proportioneel gestratificeerde steekproef van alle Nederlandse huisartsen, die samen circa 335.000 patiënten bedienen. Deze steekproef omvat circa 2,5% van de Nederlandse huisartspopulatie. De dataverzameling in de rest van Nederland vond plaats tussen 1 april 1987 en 1 april 1988.
De gegevensverzameling op het derde niveau, het niveau van de bevolking, is gekoppeld aan de contactregistratie. Aan de registratie van enkele sociaal-demografische gegevens is in Almere meegewerkt door 86% van de patiënten van de deelnemende huisartspraktijken, terwijl het percentage ingevulde patiëntregistratieformulieren in de rest van Nederland uitkomt op ruim 91%. Voor de bevolkingsenquête zijn in Almere aselecte steekproeven van 110 personen getrokken uit de patiëntenbestanden van de 19 huisartspraktijken, aangevuld met een aantal extra patiënten uit Almere-Stad. Per huisartspraktijk is gestreefd naar een totaal aantal vraaggesprekken met ongeveer 50 ingeschreven patiënten. In totaal hebben 1.189 inwoners medewerking verleend aan dit mondelinge vraaggesprek. In nationaal verband is de steekproefgrootte per deelnemende huisartspraktijk vastgesteld op 100 per praktijk. In totaal zijn ruim 13.000 vraaggesprekken gevoerd.

Vergelijking Almere - Nederland

Uiteindelijk doel van dit rapport is om de verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk te vergelijken met het werk zoals dit wordt gedaan door huisartsen in de rest van Nederland, waarbij rekening wordt gehouden met mogelijke verschillen in morbiditeit op het niveau van de bevolking en met de klachten waarvoor men de huisarts wenst te spreken. Via zo'n vergelijking kan worden nagegaan of het Experiment Gezondheidszorg Almere zijn vruchten afwerpt in de vorm van een betere kwaliteit van zorg, substitutie en kostenbeheersing. Omdat het onderzoek in Almere parallel aan de Nationale

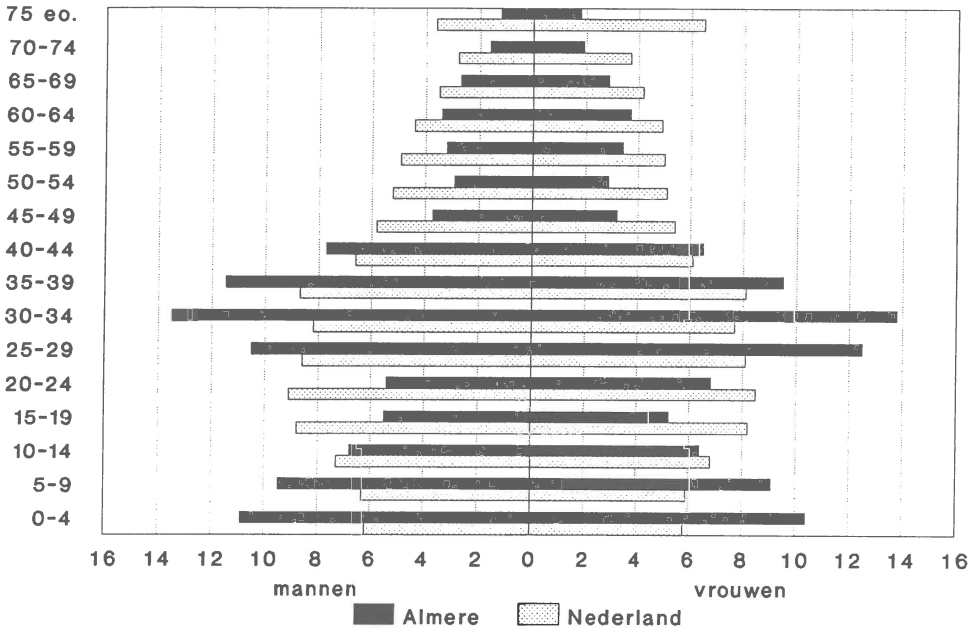
Studie en zoveel mogelijk op dezelfde wijze is uitgevoerd, is een bijna ideale vergelijkingsbron voorhanden. Er zijn echter ook enkele verschillen en beperkende factoren die een vergelijking zonder meer bemoeilijken.

Een eerste belangrijk verschil betreft de wijze van steekproeftrekking. Waar er in Almere sprake is van deelname op basis van vrijwilligheid, vormen de huisartsen van de Nationale Studie een niet-proportioneel gestratificeerde steekproef uit de totale populatie van Nederlandse huisartsen. Voor de Almeerse gegevens is vastgesteld dat bij een vergelijking op sociaal-demografische kenmerken de verschillen met de totale Almeerse bevolking klein zijn. Bij de Nationale Studie geldt dat de gegevens niet zonder meer als representatief voor de Nederlandse populatie kunnen worden beschouwd. Om representativiteit te waarborgen is een weging uitgevoerd op basis van de stratificatievariabelen, sociaal-demografische variabelen en seizoensinvloeden.

Een tweede belangrijk verschil betreft de tijdsperiode waarin is geregistreerd. In de Nationale Studie is dit in vier opeenvolgende driemaandelijkse perioden, lopend van april 1987 tot en met maart 1988. De materiaalverzameling in Almere heeft parallel gelopen met de derde en vierde registratieperiode van de Nationale Studie, te weten van oktober 1987 tot en met maart 1988. Dat betekent dat, als de cijfers voor Almere worden vergeleken met de resultaten uit de Nationale Studie in zijn totaliteit, er met name bij de morbiditeit in de huisartspraktijk en de morbiditeitsspecifieke verrichtingen verschillen kunnen optreden als gevolg van seizoenseffecten. Om deze vertekening uit te schakelen is er voor gekozen de morbiditeitsgegevens en de aantallen verrichtingen in Almere te relateren aan de resultaten van de twee laatste registratieperiodes van de Nationale Studie.

De vraag waarmee Almere dient te worden vergeleken, is al vaak aan de orde geweest. Enkele specifieke kenmerken van Almere worden daarbij steeds weer naar voren gehaald, te weten de karakteristieke leeftijdsopbouw van de Almeerse bevolking, de recente verhuizing naar Almere gecombineerd met de stedelijke (vooral Amsterdamse) achtergrond van de meeste bewoners en een eerstelijnszorg die geconcentreerd is in gezondheidscentra. Vastgesteld moet worden dat een 'ideale' vergelijkingsmogelijkheid voor de Almeerse gegevens ontbreekt. Daarom is ervoor gekozen om in principe te vergelijken met het landelijk gemiddelde, en bij deze vergelijking rekening te houden met de bijzondere leeftijdsopbouw van de Almeerse bevolking. Dat deze leeftijdsopbouw bijzonder is laat figuur 1 goed zien.

Figuur 1 De leeftijdsverdeling van Nederland en Almere



In figuur 1 zijn de gecombineerde leeftijds/geslachtsverdelingen van Almere en Nederland tegen elkaar afgezet. Almere kent sterke ondervertegenwoordigingen in de categorieën ouder dan 45 jaar en bij de jong volwassenen (15 tot 24 jaar) en oververtegenwoordigingen in de categorieën 25 tot 40 jaar en 0 tot 9 jaar. Omdat bekend is dat leeftijd, geslacht en morbiditeit sterk aan elkaar zijn gerelateerd, is het in epidemiologische studies gebruikelijk te standaardiseren op leeftijd en geslacht. In onze studie is bij die gewoonte aangesloten en is een directe standaardisatie doorgevoerd. De gestandaardiseerde cijfers laten de aantallen in Almere zien, als Almere dezelfde leeftijds/-geslachtsverdeling zou hebben als Nederland.

De gezondheidsenquête

Hoewel het hoofdaccent van de studie naar ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk ligt bij de klachten waarvoor men contact zoekt met de huisarts en de reactie van de huisarts daarop, zijn ook de ervaren gezondheid en het gezondheidsgedrag belangrijk. Immers, deze factoren in combinatie met oordelen over het functioneren van voorzieningen zullen bij de patiënt mede bepalen of gezondheidsproblemen aan de huisarts worden gepresenteerd. Indien voor de inwoners van Almere zou gelden dat zij (op het niveau van de populatie) subjectief en objectief gemeten meer klachten over hun gezondheid hebben, ligt het voor de hand dat ook het percentage

personen met één of meerdere contacten met de huisartspraktijk wat hoger ligt. Daarnaast levert een bevolkingsenquête niet alleen informatie over de klachten waarmee mensen professionele hulp zoeken bij de huisarts of andere disciplines, maar biedt het bijvoorbeeld ook de mogelijkheid te kijken naar achterliggende oorzaken en oordelen over het functioneren van voorzieningen.
De vragenlijst, die in Almere en in de rest van Nederland mondeling is afgenomen, bevat een groot aantal onderwerpen. In deze samenvatting wordt nader ingegaan op attitudes en meningen over gezondheid en gezondheidszorg, indicatoren van gezondheidsattent gedrag en ziektegedrag en medische consumptie, met inbegrip van het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen.

Tevredenheid met de huisarts

Op basis van de huisartsenquête kan worden vastgesteld dat, in vergelijking tot de doorsnee huisarts in de rest van Nederland, de huisarts in Almere jong is, relatief weinig jaren ervaring heeft en vaker is afgestudeerd aan één van de universiteiten in het Westen des lands. Bovendien zijn in Almere relatief veel huisartsen van het vrouwelijk geslacht werkzaam, hetgeen het gevolg is van het streven om in elk gezondheidscentrum tenminste één vrouwelijke huisarts in dienst te hebben.
De Almeerse huisarts werkt, een enkele uitzondering daargelaten, vanuit buurtgerichte gezondheidscentra. Deze gezondheidscentra zijn op werkdagen geopend van 08.30 tot 17.00 uur. Buiten deze tijden functioneert een waarneemregeling, waarbij mensen via een centrale dokterstelefoon de hulp van de huisarts in kunnen roepen. Voor EHBO kunnen mensen een beroep doen op een van de twee EHBO-posten, die ook buiten de 'kantooruren' zijn geopend. Deze EHBO-posten zijn echter pas in 1991 in gebruik genomen, zodat zij op de resultaten van dit onderzoek geen invloed hebben.
Meer dan in de rest van Nederland wordt gewerkt met afsprakenspreekuren, waarbij uit de huisartsenquête blijkt dat na een telefoontje mensen wat minder vaak dezelfde dag terecht kunnen voor een bezoek aan het spreekuur. Het instrumentarium van de Almeerse huisarts is in vergelijking tot een willekeurige collega in de rest van het land meer compleet, terwijl naar eigen zeggen ook wat meer medische technieken worden toegepast en meer werkzaamheden zijn gedelegeerd naar de doktersassistente. Bij de taakopvattingen en de houding ten opzichte van de patiënten zijn de verschillen tussen huisartsen in Almere en huisartsen in de rest van Nederland gering. Almeerse huisartsen zijn in hun attitudes niet meer eerstelijns- of patiëntgericht dan de vergelijkingsgroep van huisartsen in de rest van Nederland.

Eén van de mogelijke indicatoren voor de kwaliteit van zorg is de tevredenheid van cliënten of patiënten. Een tevreden patiënt betekent dat de verleen-

de zorg aansluit bij hetgeen werd gewenst. In de bevolkingsenquête zijn vragen gesteld over de bereikbaarheid van de huisarts, de oordelen over het informatieve en communicatieve optreden van de huisarts en het verwijzen en voorschrijven. Tabel 1 geeft de mening van de inwoners van Almere in vergelijking tot mensen in de rest van Nederland.

Tabel 1 Ervaringen met waardering van de huisarts door personen van 15 jaar en ouder in Almere en Nederland

	% 'zelden/nooit'	
	Almere gestandaardiseerd	Nederland
ervaringen mbt. bereikbaarheid		
visite geweigerd	88,2**	93,1
verontrust over bereikbaarheid in weekend	78,3**	89,9
verontrust over bereikbaarheid 's nachts	78,2**	92,3
ervaring mbt. praktijkvoering		
te snel verwezen	96,8	95,8
onnodig verwezen	98,6	97,2
onnodig medicijnen voorgeschreven	93,3	92,8
prescriptie geweigerd	82,9**	88,5
problemen niet serieus genomen	80,2*	83,5
waardering bereikbaarheid		
goed bereikbaar in weekend en vakantieperiode	15,2**	6,0
goed bereikbaar 's avonds en 's nachts	14,8**	5,7
waardering mbt. praktijkvoering		
huisarts legt uit wat me mankeert	10,4**	6,3
huisarts houdt patiënten op afstand	79,1*	82,4
huisarts legt uit wat te doen bij ziekte	8,9**	6,2
huisarts behandelt me als een nummer	89,6*	92,1
huisarts staat open voor al mijn problemen	14,9**	9,7
huisarts besteedt voldoende tijd aan me	6,3**	4,0
huisarts informeert me over de ernst	11,6**	6,4

* = significant bij $p<.05$ ** = significant bij $p<.01$

De tevredenheid met het werken van de huisarts is hoog, zowel waar het gaat om informatief en communicatief optreden, als om bereikbaarheid of het verwijs- en voorschrijfgedrag. Dat geldt voor Nederland, dat geldt ook voor Almere, zij het dat vanuit de Almeerse bevolking toch wat meer kritiek doorklinkt in de oordelen. Deze kritiek komt het duidelijkst naar voren bij de oordelen over de bereikbaarheid van de huisarts. Waar in Nederland de percentages personen met ernstige twijfels over de bereikbaarheid van de huisarts schommelen rond tussen de vijf en tien procent, komen de vergelijk-

bare percentages in Almere zo'n tien tot vijftien procent hoger uit. Bij de oordelen die gaan over de informatieve en communicatieve vaardigheden van de huisarts zijn de verschillen minder groot, maar ook hier geldt dat vanuit de Almeerse bevolking wat meer kritische geluiden komen dan vanuit de rest van Nederland. Aanvullende analyses wijzen uit dat de wat minder positieve oordelen niet zijn terug te voeren op bijvoorbeeld het werken in gezondheidscentra of op sociaal-demografische verschillen. We moeten voorlopig aannemen dat hier sprake is van een ongewenst neveneffect van de manier waarop de huisarts in Almere functioneert.
In hun oordeel over de mate waarin gezondheid wordt bepaald door het toeval, de eigen inspanningen of artsen verschilt de bevolking van Almere niet van de rest van Nederland. Ook is men, naar eigen zeggen, niet meer geneigd om bij alledaagse aandoeningen de hulp van de huisarts in te roepen. Het feit dat het algemeen maatschappelijk werk in Almere in elk gezondheidscentrum aanwezig is en daarmee dicht bij de bevolking staat, resulteert in meer mensen die zeggen met sociale problemen (bijvoorbeeld opvoedingsproblemen of huwelijksproblemen) de hulp van een maatschappelijk werkende in te roepen.

Morbiditeit en het gebruik van zorgvoorzieningen

Behalve door sociaal-demografische factoren (bijvoorbeeld leeftijd en geslacht) en de gepercipieerde bereikbaarheid van voorzieningen, zal het gebruik dat wordt gemaakt van gezondheidszorgvoorzieningen mede worden bepaald door de morbiditeit bij de bevolking. Naarmate het percentage mensen dat aangeeft niet gezond te zijn hoger ligt, zal ook het gebruik dat bijvoorbeeld wordt gemaakt van de diensten van de huisarts hoger komen te liggen.
In tabel 2 wordt een globaal overzicht gegeven van de morbiditeit in Almere en Nederland op populatieniveau. In deze tabel aandacht voor zowel de meer subjectieve oordelen van personen ("hoe zoudt u uw eigen gezondheid omschrijven?") als de meer objectieve indicatoren ("Heeft u in de afgelopen 14 dagen last gehad van een aantal met name genoemde klachten?").

De samenvattende conclusie op basis van tabel 2 moet luiden dat op het niveau van de totale bevolking en na correctie voor verschillen in leeftijdsopbouw en geslacht de Almeerse bevolking wat meer problemen met de eigen gezondheid heeft dan mensen in de rest van Nederland. Dat geldt voor acute klachten waarvan mensen last kunnen hebben, maar ook voor chronische klachten, de mate waarin mensen last hebben van psychosociale problemen en symptomen die wijzen op mogelijke psychische stoornissen. De eigen gezondheid wordt in Almere over het geheel genomen als 'wat minder goed' beoordeeld dan in de rest van Nederland.

Tabel 2 Overzicht somscores morbiditeitsindicatoren; overzichtstabel vergelijking Almere-Nederland

	% respondenten			
	Almere	Almere gecorrigeerd naar Almeerse populatie	Almere gecorrigeerd naar Nederlandse populatie	Nederland
gezondheidstoestand				
% (heel) goed	84,5	85,9	81,8**	85,4
% niet goed, niet slecht	12,3	11,3	14,5*	12,5
% (heel) slecht	3,2	2,8	3,6**	2,1
aantal acute klachten				
% geen klachten	18,7	18,1	17,1**	21,8
% 1-2 klachten	27,2	27,3	27,2	28,0
% 3-5 klachten	24,4	24,3	22,9*	25,6
% 6 of meer klachten	29,7	30,3	32,9**	24,6
aantal chronische klachten				
% geen klachten	52,6	53,1	49,2	50,5
% 1 klacht	24,9	25,0	25,0	26,1
% 2 klachten	11,5	11,0	13,3	12,9
% 3 of meer klachten	11,0	10,8	12,5*	10,5
aantal handicaps/beperkingen				
% geen handicaps	67,1	70,5	63,6	64,1
% 1 handicap	16,2	14,5	18,3	16,5
% 2 handicaps	3,2	2,3	3,5*	5,2
% 3 of meer handicaps	13,6	12,7	14,7	14,2
GHQ-somscores				
% 0 symptomen	50,8	50,2	50,9**	58,6
% 1-2 symptomen	26,6	27,0	26,9**	20,8
% 3-4 symptomen	7,4	7,6	7,4	7,2
% 5-9 symptomen	7,5	7,6	7,4	6,9
% 10 of meer symptomen	7,6	7,5	7,4	6,2
psychosociale problemen				
% geen problemen	38,9	39,2	40,0**	46,4
% 1-2 problemen	35,3	35,6	34,9	32,0
% 3-5 problemen	19,7	19,3	19,3**	15,4
% 6 of meer problemen	6,1	5,9	5,7	6,2
ziekteverzuim				
% rustiger aan	14,7	15,4	16,1*	13,8
% verzuim	26,8	27,5	26,6**	18,6
% bedrust	28,1	28,0	26,9	28,3

* = significant bij $p<.05$ ** = significant bij $p<.01$

Tabel 3 Gebruik van medische voorzieningen; overzichtstabel vergelijking Almere-Nederland

	% respondenten			
	Almere	Almere gecorrigeerd naar Almeerse populatie	Almere gecorrigeerd naar Nederlandse populatie	Nederland
% contact met huisarts (2 mnd)	43,0	42,9	44,1**	37,2
% contact met fysiotherapeut (1 jr)	15,4	15,9	16,0**	13,3
% contact met wijkverpleging (1 jr)	7,5	6,9	6,3	6,6
% contact met AMW (1 jr)	3,7	3,6	3,7*	2,5
% contact met logopedie (1 jr)	2,5	2,6	1,9	1,3
% contact met diëtist (1 jr)	4,0	3,5	4,6**	2,1
% contact met gezinsverzorging (1 jr)	1,5	1,7	1,7	2,0
% contact met tandarts (1 jr)	72,2	76,4	69,5	68,3
% contact met med. specialist (2 mnd)	16,5	15,1	17,1	16,3
% opnames in ziekenhuis (1 jr)	7,9	7,0	7,6	8,0
% opnames in ziekenhuis (5 jr)	24,6	23,1	24,8	24,1
% contact met G.G.Z. (1 jr)	3,7	3,6	3,5	3,5
% contact met G.G.Z. (5 jr)	7,3	7,5	6,8	7,4
% contact met alt. genezers (1 jr)	6,7	7,0	6,4	7,6
% contact met alt. genezers (5 jr)	11,8	12,3	11,6*	13,8
% met voorgeschr. medicijnen (14 dgn)	14,0	13,7	14,0	13,8
% met gebruik voorges. med. (14 dgn)	28,4	26,2	30,0	30,4
% met gebr. niet-voorges. med. (14 dgn)	28,3	29,3	27,9**	23,9

* = significant bij $p<.05$ ** = significant bij $p<.01$

In lijn met de wat hogere morbiditeit is een wat hoger gebruik van de verschillende gezondheidszorgvoorzieningen in Almere, hier weergegeven in tabel 3. Na correctie voor leeftijd en geslacht van de Almeerse cijfers, blijkt het percentage personen dat aangeeft contact te hebben gehad met de huisarts, de fysiotherapeut, het algemeen maatschappelijk werk en de diëtiste in Almere hoger te liggen dan in de rest van Nederland. Geen verschillen zijn er voor wat betreft de contacten met medisch specialisten of instellingen werkzaam op het terrein van de Geestelijke Gezondheidszorg en de opnames in een ziekenhuis of andersoortige inrichtingen. Lager dan elders in Nederland is in Almere het gebruik van de diensten van alternatieve genezers. Voor medicijnen die op voorschrift van een arts zijn verkregen of worden gebruikt geldt dat de percentages tussen Almere en Nederland niet of nauwelijks verschillen. Gegeven het feit dat wat meer mensen in Almere problemen hebben met de gezondheid en wat meer mensen de huisarts bezoeken mag uit het ontbreken van verschillen in het gebruik van tweedelijnsvoorzieningen of het gebruik van medicijnen worden afgeleid dat de Almeerse huisarts waarschijnlijk een wat meer terughoudend beleid voert ten aanzien van

verwijzingen en prescriptie. We komen hierop terug bij de bespreking van de resultaten van de contactregistratie. Ten aanzien van het medicijngebruik lijkt het erop of de terughoudendheid van de Almeerse huisartsen bij het voorschrijven van medicijnen voor een deel van de Almeerse bevolking reden is om wat meer medicijnen te gebruiken waarvoor geen recept nodig is.

Morbiditeit in de huisartspraktijk

Om het aantal verrichtingen van de Almeerse huisartsen op hun juiste waarde te schatten zijn een aantal dingen noodzakelijk. In de eerste plaats moeten er natuurlijk cijfers beschikbaar zijn waarmee Almere wordt vergeleken, in dit geval de Nationale Studie. Daarnaast moet bij de aantallen verrichtingen in de huisartspraktijk rekening worden gehouden met de morbiditeit in zowel de bevolking als onder de groep patiënten die daadwerkelijk contact hebben met de huisartspraktijk. Immers, als meer mensen met meer klachten vaker een beroep doen op de diensten van de huisarts is het niet meer dan logisch als het absolute aantal van de verschillende verrichtingen relatief hoog uitkomt. Bovendien geldt dat een specifiek aanbod van klachten gekoppeld zal zijn aan een specifiek verrichtingenpatroon. Indien zich verhoudingsgewijs veel griepgevallen voordoen en veel mensen zich met griep bij de huisarts melden, is het niet meer dan logisch dat er veel medicijnen tegen griep worden voorgeschreven.

Uit de resultaten van de bevolkingsenquête kwam naar voren dat op het populatieniveau in Almere wat meer mensen last hebben van gezondheidsproblemen. De resultaten van de contactregistratie bij de Almeerse huisartsen moeten uitwijzen of zich ook daadwerkelijk meer personen bij de huisartspraktijk melden, en of de aard van de klachten waarmee men komt verschilt van de rest van Nederland. Daarbij moet weer rekening worden gehouden met verschillen in bevolkingskenmerken en moet worden nagegaan in hoeverre eventuele verschillen in het aanbod van klachten zijn toe te schrijven zijn aan de verschillen in de opbouw van het stelsel van zorgvoorzieningen in Almere.
Voordat gegevens over de morbiditeit in de Almeerse huisartspraktijk worden gepresenteerd eerst nog even aandacht voor een paar technische zaken. De morbiditeit zal worden uitgedrukt in aantallen ziekte-episodes over een periode van drie maanden, ofwel de periode van het ontstaan van een klacht of aandoening bij de patiënt tot de oplossing ervan. Binnen een ziekte-episode kunnen er één of meerdere contacten met de huisarts plaatsvinden. De ziekte-episodes zijn gecodeerd volgens een aangepaste versie van de International Classification of Primary Care (ICPC), waarbij hier gegevens worden gepresenteerd op het niveau van de ICPC-hoofdstukken en de 10 meest voorkomende diagnoses. Tenslotte geldt dat zowel incidentie- als

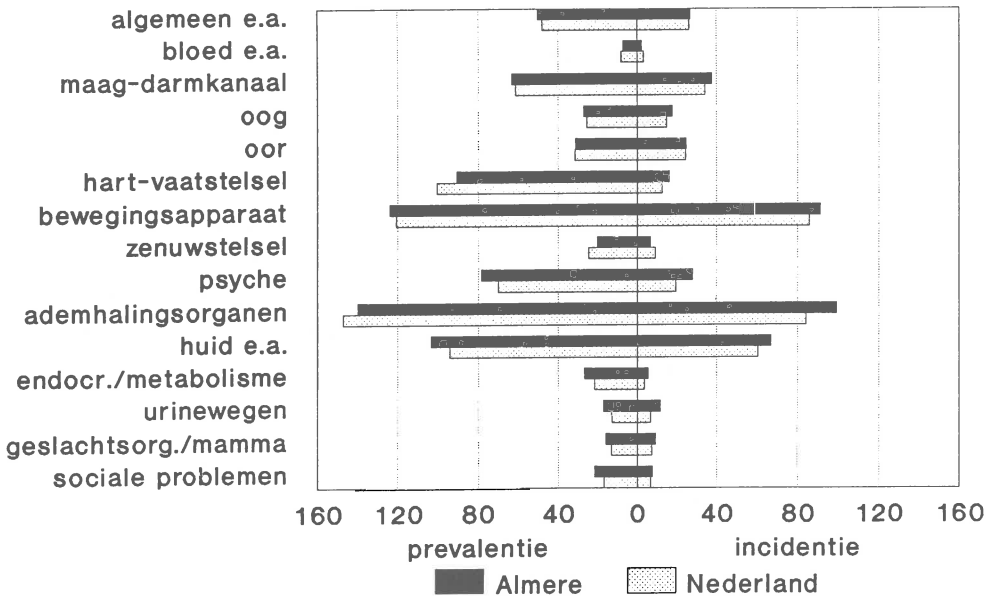
prevalentiegegevens worden gepresenteerd. Onder incidentie wordt verstaan het aantal nieuwe gevallen van een bepaalde ziekte over (in dit geval) een periode van drie maanden. De prevalentiecijfers geven het totale aantal bestaande ziektegevallen aan, zodat incidentiecijfers grotendeels een deelverzameling zijn van de prevalentiecijfers.

De eerste conclusie die op grond van de niet-gestandaardiseerde cijfers kan worden getrokken is dat er duidelijk verschillen zijn tussen de aan de Almeerse huisarts gepresenteerde morbiditeit en de morbiditeit zoals die wordt gepresenteerd aan huisartsen in de rest van Nederland. De verschillen gaan steeds in de richting van een hogere morbiditeit in het Almeerse. Bij de mannen zien we in dat geval dat de incidentie- en de prevalentiecijfers slechts in geringe mate van de landelijke cijfers afwijken. Bij de vrouwen zien we dat met name de incidenties in Almere hoger liggen.

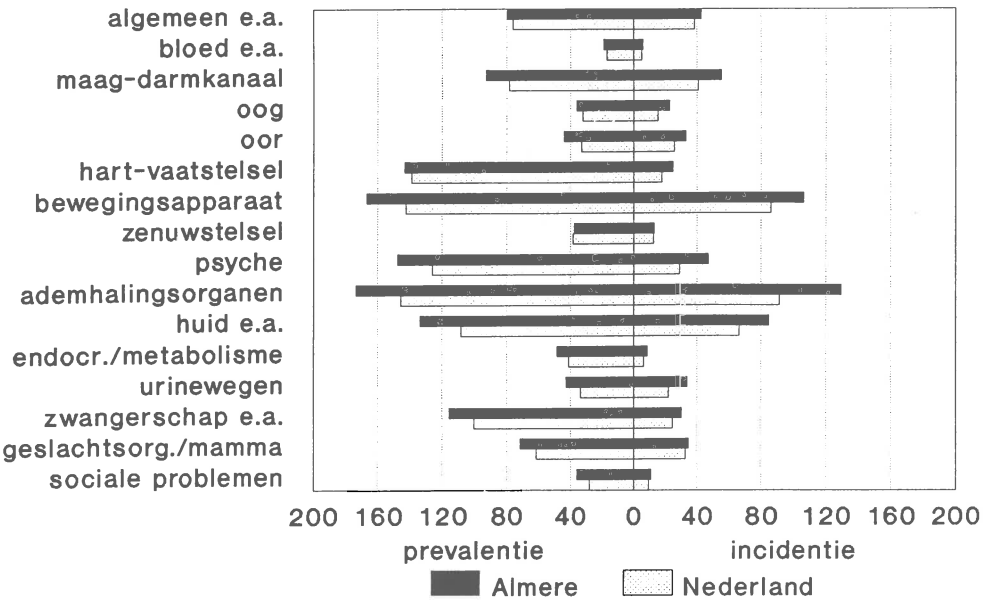
In figuur 2 en figuur 3 worden de cijfers over de prevalentie en de incidentie van klachten en aandoeningen in Almere en Nederland vergeleken, waarbij de Almeerse cijfers zijn gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht. Figuur 2 gaat in op de klachten waarmee mannen een beroep doen op de huisarts, terwijl in figuur 3 de aantallen klachten voor de vrouwen worden weergegeven.

Na standaardisatie op leeftijd en geslacht zien we dat de prevalentie- en incidentiecijfers in Almere hoger liggen dan in de rest van Nederland (zie figuur 2 en 3). Het verschil is bij de mannen over het algemeen gering en bij de vrouwen aanzienlijk groter. De verschillen zijn over de gehele linie terug te vinden, met uitzondering van aandoeningen uit de ICPC-hoofdstukken 'algemeen', 'zenuwstelsel', 'bloed' en 'oor' bij de mannen. Aanzienlijk hogere prevalentiecijfers voor Almere vinden we in de hoofdstukken 'urinewegen' en 'sociale problemen'. Aanzienlijk hogere incidentiecijfers vinden we in de hoofdstukken 'psychologische problemen', 'endocrien/metabolisme en voedingsstoornissen' en 'urinewegen'.

Figuur 2 Prevalentie- en incidentiecijfers in drie maanden in de Almeerse en Nederlandse huisartspraktijk per ICPC-hoofdstuk, mannen, gestandaardiseerd



Figuur 3 Prevalentie- en incidentiecijfers in drie maanden in de Almeerse en Nederlandse huisartspraktijk per ICPC-hoofdstuk, vrouwen, gestandaardiseerd



Een andere manier om naar het voorkomen van ziekten en klachten in de huisartspraktijk te kijken is door het presenteren van de top-tien van klachten. Niet één maar vier maal, namelijk voor zowel incidentie als prevalentie en voor mannen en vrouwen, omdat de problemen die beide laatstgenoemde groepen aan de orde stellen vaak verschillen in aantal en aard.

We zien dat zowel in Almere als in Nederland 'infectie bovenste luchtwegen' de hoogst incidente diagnose is. In beide gevallen wordt deze diagnose bij de mannen gevolgd door myalgia/fibrositis en bij de vrouwen door cystitis/-urineweginfectie. Bij de Almeerse mannen is 'infectie bovenste luchtwegen' ook de hoogst prevalente diagnose, gevolgd door 'ongecompliceerde hypertensie'. In Nederland ook, maar hier is het verschil tussen beide diagnoses veel geringer. Episodes in verband met de anticonceptiepil zijn het hoogst prevalent bij de vrouwen, in Almere gevolgd door 'infectie bovenste luchtwegen' en in Nederland gevolgd door 'ongecompliceerde hypertensie'.

De hogere prevalentiecijfers in Almere zijn in het algemeen niet toe te schrijven aan afwijkende bevolkingskenmerken voor zover het leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, woonvorm, opleidingsniveau, verzekeringsvorm of nationaliteit betreft. Binnen de meeste door deze kenmerken onderscheiden bevolkingscategorieën blijven de prevalentiecijfers voor Almere in vergelijking tot Nederland hoger. Alleen bij buitenlanders en particulier verzekerden liggen de prevalentiecijfers in Almere ongeveer gelijk met Nederland. Bij de groep 0 tot 4 jaar en in mindere mate 5 tot 14 jaar, de verweduwden en de alleen-staanden liggen de Almeerse prevalentiecijfers duidelijk verder boven het landelijk gemiddelde in vergelijking tot de bevolking als totaal.
De hogere prevalentiecijfers in Almere zijn ook niet toe te schrijven aan een afwijkende aanbodsituatie. Vergelijking met verschillende aanbodsituaties die elk op bepaalde punten overeenkomsten met Almere vertonen leert dat de prevalentiecijfers in Almere in alle gevallen hoger blijven liggen. De verschillen zijn nog het kleinst in vergelijking tot andere steden met meer dan 50.000 inwoners. In vergelijking tot huisartspraktijken in plaatsen zonder ziekenhuis, in de drie grote steden en vooral gezondheidscentra blijven de prevalentie-cijfers in Almere duidelijk hoger.

Tabel 4 De tien hoogst incidente/prevalente diagnoses in Almere (ongewogen) en Nederland

incidentie Almere			Nederland		
mannen					
1	infectie bovenste luchtwegen	56,9	1	infectie bovenste luchtwegen	29,2
2	myalgia/fibrositis	15,6	2	myalgia/fibrositis	13,3
3	otitis media acuta	14,7	3	acute bronchi(oli)tis	9,8
4	overige infectie maagdarm	10,9	4	cerumen	8,4
5	acute bronchi(oli)tis	9,8	5	geen ziekte	8,3
6	hoesten	9,6	6	lumbago	7,7
7	sinusitis	9,4	7	sinusitis	7,5
8	virusinfectie NNO/NEC	7,9	8	hoesten	7,3
9	lumbago	7,7	9	overige infectie maagdarm	6,6
10	cystitis/urineweginfectie NNO	7,7	10	otitis media acuta	6,6
vrouwen					
1	infectie bovenste luchtwegen	70,7	1	infectie bovenste luchtwegen	32,3
2	cystitis/urineweginfectie NNO	26,5	2	cystitis/urineweginfectie NNO	19,3
3	myalgia/fibrositis	20,3	3	myalgia/fibrositis	15,5
4	sinusitis	16,5	4	geen ziekte	13,2
5	otitis media acuta	15,9	5	hoesten	10,9
6	hoesten	14,6	6	sinusitis	9,9
7	neurasthenie/surmenage	12,6	7	acute bronchi(oli)tis	9,6
8	overig eczeem	12,4	8	overig eczeem	8,3
9	overige infectie maagdarm	11,6	9	cerumen	8,2
10	acute bronchi(oli)tis	10,3	10	otitis media acuta	6,7

prevalentie Almere			Nederland		
mannen					
1	infectie bovenste luchtwegen	55,5	1	infectie bovenste luchtwegen	35,8
2	ongecompliceerde hypertensie	23,3	2	ongecompliceerde hypertensie	34,9
3	myalgia/fibrositis	17,6	3	acute bronchi(oli)tis	18,4
4	astma bronchiale	14,7	4	myalgia/fibrositis	18,2
5	otitis media acuta	14,6	5	overig eczeem	14,9
6	overig eczeem	14,3	6	angstig/nerveus	14,5
7	acute bronchi(oli)tis	12,7	7	chronische bronchitis	13,5
8	neurasthenie/surmenage	11,9	8	astma bronchiale	12,3
9	angstig/nerveus	11,7	9	slaapstoornis	12,2
10	hoesten	11,3	10	sinusitis	11,7
vrouwen					
1	anticonceptie pil	87,0	1	anticonceptie pil	68,2
2	infectie bovenste luchtwegen	69,0	2	ongecompliceerde hypertensie	60,7
3	ongecompliceerde hypertensie	35,2	3	infectie bovenste luchtwegen	40,0
4	cystitis/urineweginfectie NNO	27,2	4	angstig/nerveus	30,0
5	myalgia/fibrositis	27,0	5	slaapstoornis	28,8
6	overig eczeem	23,6	6	myalgia/fibrositis	23,5
7	angstig/nerveus	22,9	7	geen ziekte	21,3
8	neurasthenie/surmenage	21,0	8	overig eczeem	19,7
9	sinusitis	18,8	9	cystitis/urineweginfectie NNO	18,7
10	hoesten	17,5	10	acute bronchi(oli)tis	16,1

De vraag die dit alles opwerpt is waar de hogere morbiditeitscijfers in Almere dan wel door worden veroorzaakt, hogere morbiditeitscijfers zowel waar het gaat om meer gezondheidsproblemen in de populatie, als om de presentatie in de huisartspraktijk. Waarom ondervinden mensen in Almere meer gezondheidsproblemen en gaan zij daarmee meer naar de huisarts?

Een mogelijke oorzaak heeft te maken met het feit dat de meeste mensen in Almere nog maar recent gevestigd zijn. Ander onderzoek op basis van de Nationale Studie wijst uit dat mensen in de eerste drie jaar na een verhuizing meer gezondheidsproblemen ondervinden en als gevolg daarvan vaker de huisarts raadplegen. Die gezondheidsproblemen kunnen te maken hebben met aanpassingsproblemen als gevolg van de verhuizing zelf of daarmee samenhangende 'life events' als verandering van baan, trouwen, kinderen krijgen of scheiden.

De vraag waarom de verschillen met de rest van Nederland bij de vrouwen groter is dan bij de mannen is moeilijk te beantwoorden. Een mogelijke verklaring zou hier kunnen zijn dat sprake is van een 'groene weduwe-effect'. Hiermee wordt bedoeld dat veel vrouwen in groeikernen als Almere in een situatie geraken waarin de man werkt buiten Almere en de vrouw overdag alleen achterblijft met de zorg voor de kinderen zonder de aanwezigheid van sociale netwerken, zoals dat voor de verhuizing vaak het geval was. Vereenzaming en daarmee samenhangende gezondheidsklachten zijn het gevolg. Op dit moment kunnen wij deze veronderstelling echter niet staven. Er zijn in de Nationale Studie te weinig huisartspraktijken in vergelijkbare groeikernen om mee te vergelijken.

Tenslotte kan men zich afvragen of het grotere aantal gepresenteerde gezondheidsproblemen in de Almeerse huisartspraktijk soms te maken heeft met het laagdrempelig karakter van de centraal in de wijk gelegen Almeerse gezondheidscentra. Geheel uit te sluiten is dit niet, maar toch moet deze oorzaak als onwaarschijnlijk worden bestempeld. Als dat zo zou zijn zou dat immers ook gelden voor de andere gezondheidscentra in de Nationale Studie die ook vaak centraal in hun werkgebied zijn gelegen. Bij deze centra liggen de morbiditeitscijfers duidelijk lager dan in Almere en zelfs lager dan het landelijk gemiddelde.

Onderzoek naar verrichtingen in de huisartspraktijk

De hogere contactfrequentie met de huisarts in Almere resulteerde op het niveau van de Almeerse populatie niet in meer mensen die contact hadden gehad met medisch specialisten of mensen die medicijnen kregen voorgeschreven of gebruikten. Indirect werd hieruit afgeleid dat de Almeerse

huisartsen weinig geneigd zijn tot het verwijzen naar tweedelijnsdisciplines en het voorschrijven van medicijnen. De contactregistratie, waarbij aantal en aard van de contacten met de huisarts in verband kunnen worden gebracht met de aantallen verrichtingen, biedt mogelijkheden deze veronderstelling nader te toetsen. Bovendien kan niet alleen meer in detail worden gekeken naar de het voorschrijfgedrag en de verwijzingen naar medisch specialisten, maar is het ook mogelijk in te gaan op andere verrichtingen zoals andere vormen van behandeling, diagnostiek, overleg met collega hulpverleners en de wijze waarop een contact wordt afgesloten.
Een van de conclusies met betrekking tot de morbiditeit gepresenteerd in de huisartspraktijk is dat niet alleen het aantal ziekte-episodes in Almere wat hoger uitkomt dan in de rest van Nederland, maar ook dat er verschillen zijn in de aard van de klachten waarmee men contact zoekt met de huisarts. Dit betekent dat bij mogelijke verschillen in aantallen verrichtingen nagegaan moet worden of deze verschillen mogelijkerwijs niet zijn terug te voeren tot deze verschillen in morbiditeit.
Los van het feit of de verschillen in de aantallen verrichtingen blijven bestaan indien rekening wordt gehouden met verschillen in de aangeboden morbiditeit, is het zinvol te kijken in hoeverre huisartsen in Almere een homogene groep vormen in hun verrichtingenpatronen. Naarmate de onderlinge verschillen tussen praktijken groter zijn, mag worden verwacht dat er meer mogelijkheden zijn het gedrag van individuele huisartsen (en assistentes) te beïnvloeden.
Tenslotte worden de verrichtingen van de Almeerse huisartsen vergeleken met subgroepen uit de huisartspraktijken afkomstig uit de rest van Nederland en worden de resultaten getoetst aan de verwachtingen op basis van doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere.

Aantallen contacten met de huisarts

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. Echter, na standaardisatie van de Almeerse cijfers 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.

Maken we een onderscheid naar het soort contact met de huisartspraktijk, dan blijkt uit de gestandaardiseerde cijfers 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.
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.
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 vervolgafspraak wordt gemaakt. De Almeerse huisarts lijkt de patiënt wat meer verantwoordelijkheid te geven voor de eigen gezondheid, de Almeerse patiënt lijkt niet te verlegen om naar de huisarts toe wat meer initiatieven te nemen.

Aantallen verrichtingen in de huisartspraktijk

Tabel 5 geeft het antwoord op de vraag of bepaalde categorieën verrichtingen in Almere vaker plaatsvinden dan bij huisartspraktijken in de rest van Nederland. De tabel geeft de aantallen verrichtingen per 1000 patiënten en per 1000 contacten in Almere en Nederland, waarbij voor Almere zowel ongestandaardiseerde cijfers zijn opgenomen als cijfers gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht. De aantallen verrichtingen per 1000 patiënten geven inzicht in de absolute verschillen tussen Nederland en Almere, nadat rekening is gehouden met de bijzondere bevolkingsopbouw in Almere. Het aantal verrichtingen per 1000 patiënten sluit aan bij verrichtingencijfers zoals die ook elders worden geregistreerd, bijvoorbeeld in de vorm van verwijscijfers. Het aantal verrichtingen per 1000 contacten is wellicht een betere maat om het werken van huisartspraktijken in Almere en Nederland te vergelijken. Immers, er is alleen de kans op een verrichting als er ook daadwerkelijk sprake is van een contact. Op die manier wordt automatisch rekening gehouden met het relatief hoge aantal contacten in Almere. Bij de bespreking van de uitkomsten

van ons onderzoek zullen we ons dan ook met name richten op de verschillen tussen Almere en Nederland per 1000 contacten en op de gestandaardiseerde cijfers.

Tabel 5 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	78,7	88,1	73,6	67,0	69,0	62,9
vaccinatie	18,9	27,7	27,4	16,1	21,6	23,4
medicatie zonder recept	49,2	46,9	24,9	41,9	36,7	21,3
totaal	872,8	924,4	692,1	742,7	723,1	591,5
prescriptie medicijnen						
totaal	654,6	743,8	750,6	557,0	581,9	641,5
verwijzingen						
medisch specialist	63,8	70,1	71,8	54,3	54,9	61,4
GGZ	3,2	3,2	2,7	2,7	2,6	2,3
fysiotherapeut	26,4	28,6	28,1	22,5	22,3	24,0
overig eerstelijn	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

Eén van de meest voorkomende verrichtingen is ook in de Almeerse huisartspraktijk het voorschrijven van geneesmiddelen. Echter, 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 standaardisatie) wat lager uit en wel 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 voorgeschreven 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-inflammatoïre 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. Bij deze conclusie is nog geen rekening gehouden met de aard van de klachten en de verschillen in klachtenpatronen tussen Almere en Nederland.

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 aan diagnostiek gedaan dan in de rest van Nederland. Deze conclusie geldt voor zowel de diagnostiek in de eigen praktijk als voor de diagnostiek die elders wordt aangevraagd. 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 verrichtingen betreft.

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. We komen 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 in tabel 5 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.

Het aantal verwijzingen naar de tweedelijn 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 tweedelijn 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 verwijscijfer 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 de 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, zoals tabel 5 laat zien.

Verwijzingen binnen de eerstelijn 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 verwijscijfer naar eerstelijnsdisciplines van 37,5 per 1000 contacten, terwijl het verwijscijfer naar fysiotherapie uitkomt op 22,3. Voor de overige disciplines in de eerstelijn geldt, met uitzondering van de gezinsverzorging, dat de Almeerse cijfers hoger uitkomen dan de cijfers voor de doorsnee Nederlandse huisartspraktijk.

Tenslotte blijkt dat in de Almeerse huisartspraktijk aanzienlijk vaker naar aanleiding van een contact overleg wordt gepleegd met hulpverleners in de eerstelijn 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.

Samenvattend geldt dat de Almeerse huisartspraktijk ten opzichte van de doorsnee praktijk in Nederland het beste kan worden gekarakteriseerd als een praktijk waar zowel intern als extern veel diagnostisch onderzoek wordt aangevraagd en verricht, waar iets 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 eerstelijn een wat lager aantal verwijzingen naar de tweedelijn 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.

Het effect van verschillen in morbiditeit en de verrichtingenpatronen

Bij het voorschrijven van medicijnen is reeds opgemerkt dat deze vaak voorkomende verrichting sterk afhankelijk zal zijn van de aard van de klacht. 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 zoals in een van de vorige paragrafen aangetoond is dat inderdaad het geval - dan ligt hier wellicht één van de oorzaken voor verschillen in de aantallen verrichtingen.
Om het effect van verschillen in de aard van de aangeboden klachten uit te schakelen is binnen morbiditeitsklassen gekeken naar aantallen verrichtingen. De verschillen tussen Almere en Nederland blijven echter bestaan. Ook binnen de gehanteerde morbiditeitscategorieën blijken huisartspraktijken in Almere relatief veel diagnostisch onderzoek uit te voeren, relatief vaak een 'praat' of 'doe' behandeling uit te voeren, weinig medicijnen voor te schrijven, weinig te verwijzen naar tweedelijnsdisciplines en veel naar disciplines in de eerstelijn en veel te overleggen met collegae hulpverleners. 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.

Vergelijking met andere gezondheidscentra

Tot nu toe zijn de verrichtingen in Almere 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.

De vergelijking van de Almeerse cijfers, waartoe gemiddelden per gezondheidscentrum zijn uitgerekend, met de verrichtingen van huisartsen in geheel Nederland, de huisartsen die in de 3e en 4e periode hebben geregistreerd, praktijken in grote steden en in gezondheidscentra is te vinden in de tabellen 6 en 7. Tabel 6 geeft de aantallen per 1000 ingeschreven patiënten, tabel 7 doet hetzelfde per 1000 contacten.

Tabel 6 Gemiddelde contactfrequenties en aantallen verrichtingen per 1000 ingeschreven patiënten voor groepen praktijken

	Almere (N=7) gem.	Nederland totaal (N=102) gem.	3e/4e periode (N=55) gem.	grote steden (N=8) gem.	gezondheidscentra (N=9) gem.
contactfrequentie	1257,2	1177,8	1196,7	932,8**	1038,6*
met huisarts	928,4	808,7**	836,1*	719,1**	774,7**
waarvan:					
- spreekuurcontacten	693,7	566,7**	598,7*	556,9**	580,9**
- visites	98,9	135,4	138,5	84,0	99,4
- telefonische contacten	60,5	38,8	35,1	30,4	30,5
- overige contacten	75,3	63,8	63,8	47,8	64,0
- contacten > 10 min.	245,4	196,2	206,3	299,4	250,7
verrichtingen					
diagnostiek	808,6	687,2*	706,4	627,0**	675,9*
- interne diagnostiek	781,3	668,5*	685,8	601,4**	653,1*
- externe diagnostiek	97,5	62,8**	69,7**	76,5	71,8
behandeling in de praktijk	911,5	681,2**	722,0**	639,0*	731,7**
voorschrijven van geneesmidd.	736,8	775,6	760,9	588,9	610,9
verwijzingen naar 2e lijn	69,7	69,8	71,7	75,4	68,3
verwijzingen binnen 1e lijn	49,7	33,9**	35,8*	43,4	47,2
overleg n.a.v. contact	30,8	17,9*	19,0	22,6	24,6

* = significant bij p<.05 ** = significant bij p<.01

Tabel 7 Gemiddelde contactfrequenties en aantallen verrichtingen per 1000 contacten voor groepen praktijken

	Almere (N=7) gem.	Nederland totaal (N=102) gem.	3e/4e periode (N=55) gem.	grote steden (N=8) gem.	gezond-heidscentra (N=9) gem.
contactfrequentie	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0
met huisarts	738,1	701,2	713,3	786,2	750,1
waarvan:					
- spreekuurcontacten	552,8	495,9	511,7	612,6	564,3
- visites	78,9	116,9*	118,7*	92,7	97,2
- telefonische contacten	48,9	33,7	29,4	31,2	27,4
- overige contacten	57,5	54,7	53,5	49,7	61,2
- contacten > 10 min.	196,8	174,4	181,5	331,6*	242,4
verrichtingen					
diagnostiek	638,6	597,3	601,0	679,5	654,5
- interne diagnostiek	617,1	580,7	583,0	650,2	632,4
- externe diagnostiek	77,3	55,2*	60,4	84,6	70,4
behandeling in de praktijk	725,4	586,8**	608,1**	686,8	710,3
voorschrijven van geneesmidd.	585,9	651,4	633,4	627,7	589,9
verwijzingen naar 2e lijn	55,6	61,7	61,9	82,1*	66,5
verwijzingen binnen 1e lijn	39,7	29,7**	30,6*	45,7	44,9
overleg n.a.v. contact	24,1	15,4*	16,0	23,9	23,8

* = significant bij p<.05 ** = significant bij p<.01

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.

De resultaten bezien in het licht van het Experiment Gezondheidszorg Almere

De belangrijkste doelstelling van het Experiment Gezondheidszorg Almere is de realisatie van kwalitatief goede zorg, substitutie van zorg en het verlenen van zorg tegen aanvaardbare kosten. Deze doelstellingen zouden ook tot uiting moeten komen in het werken van de Almeerse huisartspraktijken. 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 tweedelijn en GGZ in combinatie met hogere verwijscijfers naar eerstelijnsdisciplines (substitutie) en met lage prescriptiecijfers (kosten). Bij deze bevindingen dient rekening te worden gehouden met mogelijke verschillen in morbiditeit op populatieniveau en in de huisartspraktijk. Worden patiëntenoordelen over communicatieve en informatieve vaardigheden van de huisarts en bereikbaarheid van de huisartspraktijk opgevat als indicatoren voor de kwaliteit van zorg, dan zou een betere kwaliteit van zorg overeenstemmen met een meer positief oordeel van de Almeerse bevolking over huisartspraktijken in Almere.

De uitkomsten van een enquête onder huisartsen in Almere en Nederland laat zien dat de verschillen in taakopvattingen klein zijn. De gemiddelde Almeerse huisarts is in zijn of haar taakopvatting niet meer of minder eerstelijnsgericht dan de doorsnee huisarts in de rest van Nederland. Als het streven in Almere gericht is geweest om vooral een specifiek type huisarts in dienst te nemen, dan is dit in elk geval niet of nauwelijks terug te vinden in de uitkomsten van de huisartsenquête. De verschillen die er tussen beide groepen zijn betreffen sociaal-demografische kenmerken, de taakverdeling tussen huisarts en assistente en de inrichting van de praktijk. Het feit dat het instrumentarium van de doorsnee Almeerse huisartspraktijk meer volledig is dan de inrichting van een gemiddelde huisartspraktijk in de rest van Nederland betekent dat de voorwaarden voor zorgverlening op een kwalitatief hoog niveau wat dit betreft gunstig zijn.

De resultaten van het onderzoek naar ziekten en verrichtingen in de (Almeerse) huisartspraktijk wijzen uit dat, enkele uitzonderingen daargelaten, de door ons onderzochte praktijken in Almere voor wat betreft hun verrichtingen 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 ook op populatieniveau (na uitschakeling van verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw van de Almeerse bevolking) in Almere wat hoger ligt dan in de rest van Nederland. Contacten in Almere zijn relatief wat langer, er wordt wat meer overlegd met andere disciplines (zowel in de eerstelijn als tweedelijn), er wordt relatief veel voorlichting gegeven, hetgeen wijst op een zorg die wat deze kwaliteitsaspecten betreft uitsteekt boven het landelijk gemiddelde. Het aantal huisbezoeken in Almere is relatief laag in vergelijking tot zowel de doorsnee huisartspraktijk alsook in vergelijking met andere gezondheidscentra.

Een relatief groot aantal diagnostische verrichtingen, 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'. Letten we op de kostengenererende verrichtingen in het werken van de huisarts, dan wijst een laag verwijscijfer naar de tweedelijnszorg per 1000 contacten en een laag prescriptiecijfer 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.

Tenslotte aandacht voor de patiëntoordelen over het werken van de huisarts. Vooropgesteld dat het overgrote deel van de patiënten tevreden of zeer tevreden is over zowel bejegeningsaspecten als de bereikbaarheid, moet toch worden vastgesteld dat deze tevredenheid in Almere wat achterblijft bij huisartsen in de rest van Nederland. Voor de gepercipieerde bereikbaarheid geldt dit wat sterker dan voor de informatieve en communicatieve vaardigheden van de Almeerse huisarts. Een mogelijke verklaring, anders dan dat dit een gevolg is van de bijzondere werkwijze in Almere, is niet direct voorhanden.

Een terugblik op het onderzoek

Het onderzoek naar de ziekten 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. 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 absolute aantallen verrichtingen in de huisartspraktijk) dan van een onderschatting.

Worden de belangrijkste bevindingen uit de drie afzonderlijk uitgebrachte rapporten naast elkaar gelegd, dan blijken deze goed op elkaar aan te sluiten. Hierbij is rekening gehouden met de afwijkende samenstelling van de Almeerse bevolking wat betreft de leeftijds- en geslachtsverdeling. De bevolkingsenquête laat zien dat op het niveau van de totale populatie de inwoners van Almere wat meer gezondheidsproblemen hebben en wat meer gebruik maken van voorzieningen op het terrein van de eerstelijnszorg dan de doorsnee inwoner van de rest van Nederland. Wat hogere morbiditeit in Almere is ook het beeld dat naar voren komt uit de vergelijking van het aanbod van klachten en problemen in de huisartspraktijk. Op basis van de in de huisartspraktijk verzamelde gegevens is een nadere precisering mogelijk, waaruit blijkt dat deze wat hogere morbiditeit met name geldt voor vrouwen en vooral betrekking heeft op klachten en problemen van psycho-sociale aard. Omdat het aantal contacten met de huisartspraktijk per 1000 ingeschreven patiënten in Almere relatief hoog is, is vooral gekeken naar verschillen in de aantallen verrichtingen per 1000 contacten. Uit deze vergelijking blijkt dat de zorg die vanuit de Almeerse huisartspraktijken wordt verleend de geest ademt van de doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere. Aandachtspunten voor het beleid zijn de wat minder positieve patiëntoordelen, met name ten aanzien van de bereikbaarheid van de centra en de visitebereidheid van de huisartsen.

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.

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.

Tenslotte kan geconstateerd worden dat de Almeerse huisartspraktijken, waarbij bijna exclusief vanuit gezondheidscentra eerstelijnszorg wordt verleend, in hun verrichtingenpatroon het meeste lijken op andere huisartsen werkend in gezondheidscentra. Deze conclusie komt niet onverwacht, maar laat ook zien dat wijkgerichte gezondheidscentra, samen met het loondienstverband en de ene organisatie, belangrijke kenmerken zijn van het Almeerse systeem. Verschillen met andere gezondheidscentra betreffen 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 tweedelijn als in de eerstelijn.