



bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

Contacten en verwijzingen
bij de Almeerse huisartsen.

H. Sixma
september 1986

Nederlands instituut voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

NIVEL

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) verzamelt en verspreidt kennis en inzicht over de structuur en het functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg, mede in relatie tot andere sectoren van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

Tot de activiteiten van het NIVEL behoren het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, registratie- en documentatieactiviteiten en het beheren van een (algemeen toegankelijke) bibliotheek.

Het NIVEL is voortgekomen uit het voormalige Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) en wordt grotendeels gesubsidieerd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

NZI

Het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI) verricht toegepast wetenschappelijk onderzoek en verzorgt opleidingen ten behoeve van de gezondheidszorg in Nederland. Het NZI helpt het ziekenhuismanagement door ondersteuning van de beleidsontwikkeling van de Nationale Ziekenhuisraad (NZR) en door dienstverlening aan individuele instellingen die hierom vragen.

Bovendien werkt het NZI, in samenwerking met het veld, mee aan het samenhangend onderzoekprogramma van de rijksoverheid, dat is gericht op het onderbouwen van de beleidsontwikkeling ten aanzien van de gezondheidszorgvoorzieningen.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Sixma, H.J.M.

Contacten en verwijzingen bij de Almeerse huisartsen: resultaten contact- en verwijsregistratie 1985/H.J.M. Sixma. - Utrecht : Nationaal Ziekenhuis Instituut NZI : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL. - (Project evaluatie gezondheidszorg Almere / Nationaal Ziekenhuisinstituut, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL ;)

ISBN 90-6905-024-2

SISO 603.3 UDC 614.253 (492*1300)

Trefw.: patiënten en huisartsen ; Almere ; onderzoek.

serienr. 4.

INHOUD

blz.

VOORWOORD

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	1
DEEL I. CONTACTEN MET DE HUISARTS	5
2. CONTACTEN MET DE HUISARTS, DOEL EN ACHTERGRONDEN VAN DE REGISTRATIE.	7
2.1. Doelstelling	8
2.2. Opzet en uitvoering	9
3. RESULTATEN CONTACTREGISTRATIE HUISARTSEN	12
3.1. Aantal patiënten op spreekuur en visite	12
3.1.1. Praktijksamenstelling in Almere	13
3.1.2. Aantallen contacten met de huisarts	16
3.2. Nadere analyse van de contacten met de huisarts	26
3.2.1. Aard en achtergronden van de klacht	26
3.2.2. Verwijzingen tijdens spreekuur en visites	31
3.2.3. Laboratorium- en röntgenonderzoek	37
3.2.4. Recepten	38
3.2.5. Het terugbestellen van patiënten	42
3.2.6. Praktijkmanagement	44
3.2.7. Praktijkgegevens en uitkomsten van contacten	48
4. RESULTATEN CONTACTREGISTRATIE ASSISTENTES	52
4.1. aantal patiënten	52
4.2. nadere analyse van de contacten met de assistente	54
5. SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN CONTACTREGISTRATIE	57
5.1. De aantallen contacten	57
5.2. Achtergronden van de contacten	59
5.3. De uitkomsten van het contact met de huisarts	60
5.4. Een blik op de toekomst	62

6.	DOEL EN ACHTERGRONDEN VAN DE REGISTRATIE	67
6.1.	Doelstelling	68
6.2.	Opzet en uitvoering	69
7.	VERWIJZINGEN DOOR DE HUISARTS	71
7.1.	Aantal verwijzingen	71
7.2.	Verwijspatronen	80
7.3.	Typen verwijzingen	87
7.4.	Verlengingsverwijzingen	91
7.5.	Actieve verwijzingen	97
7.6.	Kwalitatieve aspecten bij actieve verwijzingen	103
7.6.1.	Initiatief tot verwijzing	104
7.6.2.	Noodzaak van de verwijzing	106
7.6.3.	Diagnostisch niveau van de verwijzing	110
7.6.4.	Overleg bij verwijzing	113
7.6.5.	Het terugbestellen bij een verwijzing	115
8.	VERWIJZINGEN NAAR DE FYSIOTHERAPEUT	117
8.1.	Aantallen verwijzingen	118
8.2.	Verwijspatroon	124
8.3.	Typen verwijzingen	126
8.4.	Kwalitatieve aspecten van actieve verwijzingen	127
8.4.1.	Initiatief tot verwijzing	127
8.4.2.	Noodzaak van de verwijzing	128
8.4.3.	Diagnostisch niveau van de verwijzing	130
8.4.4.	Overleg bij een verwijzing	132
8.4.5.	Terugbestellen bij een verwijzing	133
9.	SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VERWIJSREGISTRATIE	135
9.1.	Aantal verwijzingen naar de specialist	135
9.2.	Kwalitatieve aspecten bij verwijzingen naar de specialist	137
9.3.	Verwijzingen naar de fysiotherapeut	139
9.4.	Slotconclusie	141
10.	NOTEN	143
11.	LITERATUUR	147
12.	BIJLAGEN	151

VOORWOORD

Het rapport dat nu voor u ligt en deel uitmaakt van het evaluatie-onderzoek rondom het project gezondheidszorg Almere, valt uiteen in twee delen. In opdracht van de Stuurgroep Project Gezondheidszorg Almere (PGA) en met de Subgroep Evaluatie in de begeleidende rol, werd onderzoek gedaan naar de aantallen personen die dagelijks contact hebben met de Almeerse huisartsen en naar de personen die door dezelfde huisarts worden verwezen naar specialisten of fysiotherapeuten.

In dit woord vooraf willen wij in de eerste plaats dank zeggen aan alle Almeerse huisartsen en assistentes die, naast hun normale werkzaamheden, bereid zijn geweest hun medewerking te verlenen aan dit onderzoek. Soms morrend, soms enthousiast. Twee andere instanties waarnaar onze dank uitgaat zijn de Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere (SMGA) en het Ziekenfonds 'Gooi en Omstreken'. De SMGA stelde gegevens beschikbaar over de praktijkopbouw van de verschillende huisartsen. Het ziekenfonds Gooi & Omstreken leverde dezelfde gegevens voor ziekenfondspatiënten en verstrekke bovendien waardevolle informatie over voorgeschreven medicijnen en verwij斯卡arten. Tenslotte een woord van dank aan Elita Zoer, Jolanda Janssen, Loes Mellink, Sandra Weerdenburg, Jan Gravestein en Gerbrand Brunner. Elita vormde door haar telefoontjes en bezoeken aan huisartsen en assistentes het geweten van alle betrokkenen met betrekking tot het invullen van alle formulieren. Jolanda, Loes, Sandra en Jan namen het meest ondankbare werk op zich: het verwerken van alle informatie tot een databestand dat met behulp van een computer kan worden geanalyseerd. Gerbrand verzorgde de datadefinitie en was de drijvende kracht achter de terugrapportage naar alle Almeerse huisartsen en assistentes.

1. INLEIDING

Hoe sterk is de eerstelijnszorg in Almere als het gaat om het werken van de huisarts op dit moment? Deze vraag staat centraal in dit rapport, en zal zo goed mogelijk worden beantwoord aan de hand van de resultaten van twee registratieprojecten waaraan alle Almeerse huisartsen hebben meegewerkt.

De uitgangspunten die behoren bij de opbouw en het functioneren van het stelsel gezondheidszorgvoorzieningen in Almere zullen, bij het verschijnen van dit vierde deel uit de reeks 'project-evaluatie gezondheidszorg Almere', inmiddels voor velen bekend zijn. Toch willen wij deze karakteristieke punten hier nogmaals kort aanstippen. Sleutelbegrippen bij wat in vakjargon is uitgegroeid tot 'het experiment Almere' zijn een versterkte eerstelijnszorg, functionele en bestuurlijke samenhang en invloed van de bevolking. In Almere is het streven gericht op het zoveel mogelijk aanbieden van zorg door de eerstelijns (huisarts, maatschappelijk werkende, wijkverpleegkundige, verloskundige, fysiotherapeut, etc.) in samenspel met de bevolking. Vooral zorgaspecten die in de loop der jaren zijn verschoven naar hogere echelons en die zonder kwaliteitsverlies teruggebracht kunnen worden (EHBO!) dienen weer in de eerstelijns plaats te vinden. Basisgezondheidszorg en tweedelijnsvoorzieningen vervullen ondersteunende en aanvullende taken; professionele zorg is ondersteunend en aanvullend ten opzichte van zelf- en mantelzorg. Naast de functionele samenhang tussen de verschillende zorgvoorzieningen is het streven ook gericht op structurele- en bestuurlijke samenhang. Doelstelling is alle eerstelijns werkers in loondienst te laten werken bij een overkoepelende Eerstelijns Vereniging Almere (EVA), terwijl ook voor de werkers in de tweedelijnszorg een loondienstverband regel zal zijn. Dit alles moet tot stand worden gebracht binnen een aangepast bestuurlijk kader. De bevolking van Almere wordt zowel bij de opzet als uitvoering van de zorgverlening betrokken, via de deelname aan activiteiten op uitvoerend en bestuurlijk niveau.

Met betrekking tot de uitgangssituatie in Almere is in een eerder rapport vastgesteld dat een groot deel van de Almeerse bevolking afkomstig is uit Amsterdam. Andere kenmerken zijn een relatief jonge bevolking met een hoog geboortecijfer, een in verhouding tot de landelijke situatie laag werkeloosheidspercentage en een verdeling zie-

kenfonds-particuliere patiënten die nagenoeg gelijk is aan het landelijke gemiddelde (Sixma en Van de Voort, 1985).

Medio 1985 - het tijdstip waarop de gegevens die ten grondslag liggen aan dit rapport zijn verzameld - is een voorzieningenstelsel tot stand gekomen, waarin gezondheidscentra een belangrijke plaats innemen. In Almere werkten de belangrijkste eerstelijnsvoorzieningen buurtgericht vanuit zeven gezondheidscentra. Vijf centra zijn, als het gaat om aantallen patiënten, grotendeels gestabiliseerd; twee centra bevonden zich ten tijde van het onderzoek in een groeifase. Een belangrijke tweedelijnsvoorziening die midden 1985 in Almere draait is het Medisch Centrum Almere (MCA), een buitenpolikliniek van het Amsterdamse Burgerziekenhuis. Daarnaast houden enkele specialisten van 't Gooi gevestigde ziekenhuizen spreekuur in Almere-Haven. In het vervolg van dit rapport zal meer in detail worden ingegaan op de in Almere gevestigde huisartsen en specialisten.

Rondom het experiment Almere neemt evaluatie-onderzoek een belangrijke plaats in. De voornaamste doelstelling van dit onderzoek is het geven van een correcte en adequate beschrijving van de veranderingen die zich gedurende de looptijd van het experiment voordoen. Waar mogelijk zullen de uitkomsten van het project Almere worden vergeleken met situaties elders in Nederland, en zal een en ander worden bekeken in het licht van de doelstellingen van het project. Het onderzoek wordt uitgevoerd door het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI) en het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL).

Deelrapporten die tot nu toe zijn gepubliceerd hebben betrekking op de uitgangssituatie in Almere (Sixma en Van de Voort, 1985), de mening van de bevolking (Sixma, 1986) en de bestuurlijke kaders (Dekker, 1986).

Centrale figuur in dit rapport is de huisarts. Met behulp van twee registratieprojecten zijn bij de huisarts gegevens verzameld over de aantallen patiënten waarmee hij of zij dagelijks contact heeft, de aard van hun klachten en de uitkomsten van de consulten. Daarnaast zijn gegevens verzameld over 'alle' verwijzingen die gedurende een periode van 10 weken hebben plaatsgevonden naar specialist en fysiotherapeut. Deze informatie, aangevuld met gegevens over praktijk Samenstelling, geven een goed beeld van zowel de medische consumptie van de Almeerse bevolking bij de huisarts als de mate waarin men gebruik maakt van tweedelijnsvoorzieningen. Het rapport valt uiteen in

twee delen. Het eerste deel vormt het verslag van het onderzoek naar de contacten die de bewoners van Almere met hun huisarts hebben. Een inleidend hoofdstuk beschrijft de doelstelling en opzet van de contactregistratie, terwijl in hoofdstuk drie de uiteindelijke resultaten ter sprake komen. Hoofdstuk vier vormt het verslag van een aanvullende registratie bij de assistentes naar patiënten die eigenlijk voor de huisarts komen maar door een van de assistentes worden behandeld. Deel één wordt afgesloten met een hoofdstuk met conclusies en aanbevelingen. In deel twee draait alles om het verwijzen van patiënten door de huisarts naar specialisten en fysiotherapeuten. De resultaten van de verwijsregistratie worden weer vooraf gegaan door een inleidend hoofdstuk waarin aandacht voor doelstelling en opzet van het onderzoek. Hoofdstuk acht besteedt aandacht aan de verwijzing van huisarts naar fysiotherapeut. Ook deel twee wordt afgesloten door een hoofdstuk met conclusies en aanbevelingen. Een overzicht van de voetnoten, de geraadpleegde literatuur en een aantal bijlagen vormt de afsluiting van dit rapport.

De resultaten van beide registratieprojecten zijn de weergave van een meting op één moment. Weliswaar is met wisselend succes gezocht naar vergelijkbare cijfers en situaties, doch dit neemt niet weg dat dit rapport slechts een eerste stap is. Om een goede beschrijving te geven van veranderingen die zich in de loop der jaren in Almere voordoen, zullen meerdere metingen noodzakelijk zijn. Een cruciaal moment zal daarbij worden gevormd door de opening van een eigen Almeers ziekenhuis in 1989/1990. Een betrouwbare beschrijving van eventuele substitutie-effecten, bereikt in het kader van het project gezondheidszorg Almere, kan pas worden gegeven als dit ziekenhuis enige tijd functioneert.

Deel 1

CONTACTEN MET DE HUISARTS

2. CONTACTEN MET DE HUISARTS, DOEL EN ACHTERGRONDEN VAN DE REGISTRATIE

Zonder overdrijving mag gesteld worden dat de huisarts nog steeds de centrale figuur is in de eerstelijnszorg. Van alle beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg is de huisarts degene waar mensen het meest contact mee hebben. In Almere ziet tussen de 80 en 90% van alle inwoners ten minste éénmaal per jaar de huisarts (Sixma, 1986). Het landelijk percentage ligt hier met ongeveer 75% iets onder maar is nog altijd aanzienlijk (Appelboom, 1984). Bovendien vormt de huisarts de toegangspoort naar de tweedelijnszorg. In de regel worden die mensen, die gebruik willen of moeten maken van specialistische hulp, maar ook van een eerstelijnsvoorziening als fysiotherapie, via een verwijkskaart door de huisarts verwezen. Wil men, zoals in Almere het geval is, grip hebben op het gebruik en de kosten van eerste- en tweedelijnsvoorzieningen, dan komt men welhaast vanzelfsprekend in eerste instantie terecht bij de verbindingsschakel tussen beide voorzieningen: de huisarts.

Het bereiken van één van de in de inleiding van dit rapport aangehaalde doelstellingen, te weten een verschuiving van tweede naar eerstelijnszorg en het over langere termijn vasthouden hiervan, vraagt een aangepast gedrag van patiënt, huisarts en andere werkers in de verschillende echelons van de zorg. Concrete aangrijpingspunten zijn te vinden in bijvoorbeeld het voorschrijf- en verwijksbeleid, het verrichten van diagnostisch onderzoek, het stimuleren van zelf- en mantelzorg en het tot stand brengen van protocolafspraken tussen eerste- en tweedelijns werkers.

In de vier hoofdstukken die tezamen het eerste deel van dit rapport vormen gaat het om de spreekuur- en visitecontacten van de Almeerse huisartsen en de assistentes. Hoeveel mensen bezoeken dagelijks het spreekuur, wat zijn hun klachten, waarmee verlaat de patiënt het spreekuur en zijn er verschillen in de aard van de consulten als we de afzonderlijke centra beschouwen? Zie hier slechts enkele van de vragen waarop in de hoofdstukken drie en vier een antwoord zal worden geformuleerd. In dit hoofdstuk willen we wat dieper ingaan op de doelstelling van het onderzoek en de wijze waarop de benodigde gegevens zijn verzameld.

2.1. Doelstelling

Het op dit moment nagaan hoe groot de medische consumptie is in de huisartsenpraktijk is om meerdere redenen van belang. In de eerste plaats wordt door het verzamelen van gegevens over aantallen patiënten, hun klachten en 'output' (aantal terugbestellingen, verwijzingen, onderzoeken en recepten) informatie verkregen die in Almere (nog) niet beschikbaar is. Weliswaar worden door de Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere (SMGA) en het Ziekenfonds Gooi & Omstreken gegevens bijgehouden over de contacten met de huisarts, doch deze informatie leent zich in zijn huidige vorm nauwelijks voor wetenschappelijke onderzoek. Belangrijker dan een beschrijving van de situatie op dit moment, waarbij nog moet worden aangetekend dat vergelijking met landelijke- of regionale gegevens door het veelal ontbreken van deze laatste cijfers problematisch is, is het feit dat de nu verzamelde gegevens als het ware een eerste meting vormen waartegen toekomstige ontwikkelingen kunnen worden afgezet. De belangrijkste ontwikkeling betreft natuurlijk de ingebruikname van een eigen Almeers ziekenhuis in 1989/90. Pas als het ziekenhuis volledig in gebruik is zal moeten blijken of de manier waarop de Almeerse huisarts gestalte heeft gegeven aan zijn of haar praktijkvoering, bestand is tegen de sprongsgewijze vergroting van het aanbod aan tweedelijnsvoorzieningen. Het ontwikkelen van een sterke eerstelijnszorg is relatief eenvoudig zolang een tweedelijnszorg ontbreekt. Op dit moment beperken we ons tot een weergave van de situatie medio 1985. De vraagstelling bij het deelonderzoek naar de contacten met de Almeerse huisarts luidt:

Wat is de medische consumptie (aantallen patiënten, klachten, output) van de inwoners van Almere als het gaat om contacten met de huisarts? Zijn er verschillen tussen categorieën bewoners of bezoekers van verschillende gezondheidscentra?

Op grond van de puur beschrijvende vraagstelling zou men gemakkelijk de conclusie kunnen trekken dat in Almere gekeken is naar een aantal willekeurig gekozen parameters. Dit is niet het geval. Uit het Projectplan Gezondheidszorg Almere (PGA) zijn een aantal veronderstellingen af te leiden over de manier van werken van de Almeerse huisarts. Met behulp van goed gekozen parameters kan vervolgens worden onderzocht of deze veronderstellingen zijn terug te vinden bij de situatie in de praktijk. Bij de aantallen contacten met de huisarts kan worden onderzocht of het zo is dat pas gevestigde patiënten va-

ker een beroep doen op de huisarts dan patiënten die al een aantal jaren in Almere woonachtig zijn. Door bij de contacten een onderscheid te maken naar visite- en spreekuurcontacten kan worden nagegaan of de kritiek uit de bevolkingsenquête, dat huisartsen weinig geneigd zijn visites af te leggen terecht is. Indien dit zo zou zijn kan het wellicht als een negatief aspect van het werken vanuit gezondheidscentra worden aangemerkt. Bij de achtergronden van de klachten met psycho-sociale achtergronden is het van belang te weten wat de invloed is van de vaak recente verhuizing naar Almere. Immers, van deze klachten mag verwacht worden dat zij in de loop der tijd minder worden; men raakt gewend in de nieuwe omgeving. Los daarvan blijft het aandeel van psycho-sociale klachten op het totale klachtenaanbod, een onderwerp wat sterk in de belangstelling staat (Verhaak, 1986). Andere achtergrondinformatie die van belang is zijn de percentages chronische klachten op het totale klachtenaanbod en het aantal EHBO-patiënten dat de weg naar het gezondheidscentrum heeft gevonden. Van chronische klachten is bekend dat zij relatief veel tijd van de huisarts kosten; EHBO is een voorziening die in Almere nadrukkelijk is voorbehouden aan de eerstelijnszorg, met name de huisarts. Rechtstreeks uit de doelstellingen voor het PGA af te leiden zijn veronderstellingen over de uitkomsten van de consulten. Een laag verwijscijfer, gemeten via het aantal verwijzingen per 1000 contacten, veel zelf door de huisarts te verrichten diagnostisch onderzoek en een laag percentage contacten dat wordt beëindigd met het voorschrijven van medicijnen zouden kenmerkend moeten zijn voor de huisarts die past bij het PGA. Als laatste in dit rijtje past informatie over het aantal herhaalconsulten, te meten via het aantal (on)voorwaardelijke terugbestellingen. Via deze parameter kan worden nagegaan of de Almeerse huisarts greep wenst te houden op de patiënt binnen de eerstelijns doch wellicht ook binnen de tweedelijnszorg.

2.2. Opzet en uitvoering

Het goeddeels ontbreken van landelijk onderzoek naar het functioneren van huisartsenpraktijken¹ betekent niet dat voor het onderzoek naar de medische consumptie in Almere elk referentiekader ontbreekt. Zonder ander onderzoek en onderzoekers tekort te doen, willen wij met name wijzen op het onderzoek dat door het NIVEL is uitgevoerd in Lelystad. Lelystad is een gemeente die in vele opzichten erg veel lijkt op Almere. Het is een jonge gemeente, met een bevolking die voor een groot deel afkomstig is uit Amsterdam. Het onder-

zoek dat in Lelystad is verricht naar de effecten van de opening van het Zuiderzee-ziekenhuis, kan op een aantal punten model kan staan voor de Almeerse situatie. Door aan te sluiten bij de ervaringen in Lelystad kunnen de Almeerse resultaten op een aantal onderdelen worden vergeleken. Daarnaast blijven er voldoende verschillen tussen Almere en Lelystad over om een vergelijking extra interessant te maken. Zo ontbreekt in Lelystad een duidelijke visie op het eerste lijnsgebeuren; een visie die in Almere heeft geresulteerd in bijvoorbeeld gezondheidscentra, werkers in loondienst en een sterke bemoeienis van de overheid.

De opzet in Almere was dat alle 22 huisartsen die ten tijde van het onderzoek in Almere een praktijk uitoefenden, gedurende tien werkdagen informatie zouden verzamelen over alle contacten die zij tijdens spreekuren en visites met patiënten hebben. Telefonische contacten behoeften niet te worden geregistreerd. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de centra vaste tijden kennen waarop men bereikbaar is voor uitslagen, verwijskaarten of vragen en meningen. Telefoontjes worden in de regel tussen de spreekuurcontacten door afgehandeld. Om de artsen en assistentes niet al te zeer te belasten² werden de tien registratiedagen gelijkmatig verdeeld over een periode van tien weken. Iedere dag van de week kwam twee keer voor.

Met in het achterhoofd de gedachte om eind oktober 1984 met de registratie van de spreekuur- en visitecontacten te beginnen, werd een concept-formulier voor het noteren van alle gegevens op 26 september 1984 besproken in de vergadering van de Subgroep Evaluatie. Als vervolg hierop is het project op 2 oktober 1984 geïntroduceerd bij de Plaatselijke Huisartsen Vereniging (PHV), waar in principe medewerking werd toegezegd. Na deze algemene introductie vonden in de periode van 15-30 oktober 1984 gesprekken plaats in alle gezondheidscentra, waarbij zowel artsen als assistentes aanwezig waren. Uit deze gesprekken bleek dat het om een aantal redenen niet mogelijk was nog in 1984 met de registratie van alle patiëntcontacten te beginnen. In overleg met de Subgroep Evaluatie en het projectteam gezondheidszorg Almere is daarop besloten de registratieperiode te verschuiven naar de eerste maanden van 1985.

Wel hebben in november en december 1984 proef-registraties plaatsgevonden waaraan het merendeel van de Almeerse huisartsen en assistentes heeft meegewerkt. Op deze wijze konden artsen en assistentes ervaring opdoen met de speciaal voor hen ontworpen formulieren³, terwijl het voor de onderzoekers mogelijk was na te gaan of de regis-

tratieformulieren voldeden aan de verwachtingen.

Uiteindelijk hebben alle Almeerse huisartsen en assistentes meegewerkt aan de contactregistratie. Vijf gezondheidscentra en de solo-huisarts in Almere hebben geregistreerd van maandag 11 februari tot en met en zondag 21 april 1985. Twee gezondheidscentra zijn in verband met wisselingen in de personeelsbezetting drie weken later gestart; voor deze centra loopt de registratieperiode van 4 maart tot en met 12 mei 1985. Werd in verband met afwezigheid wegens ziekte of vakantie of simpelweg omdat het was vergeten een dag niet geregistreerd, dan werd deze dag de volgende week zoveel mogelijk ingehaald. Toch kon niet worden voorkomen dat er een aantal registratiedagen is uitgevallen. Van de in totaal 220 dagen (22 huisartsen en 10 dagen per huisartsen) zijn gegevens beschikbaar voor 199 dagen. Waar dit noodzakelijk is, zijn de aantallen contacten opgehoogd naar tien dagen per arts, uit oogpunt van vergelijkbaarheid. Ingevulde formulieren zijn wekelijks, de dag na de registratie in Almere opgehaald door een medewerkster van het NIVEL na te zijn gecontroleerd op volledigheid. De dag voorafgaand aan het registreren is met elk centrum en de solistisch werkende arts contact opgenomen om iedereen te herinneren aan de afspraak. Na afloop van de registratieperiode zijn alle gegevens gecodeerd en overgezet op computerband. Fouten in de vorm van onmogelijke combinaties of waarden zijn gecorrigeerd. De analyses op de aldus verkregen databestanden zijn gedaan met behulp van de programmapakketten SIR en SPSS.

Over de aantallen contacten met huisartsen en assistenten heeft een terugrapportage plaatsgevonden aan alle direct betrokkenen. Alle huisartsen ontvingen gegevens over hun eigen praktijkvoering, de praktijkvoering in hun eigen gezondheidscentrum (de solo-arts: Almere-Haven) en gegevens over geheel Almere. De assistentes ontvingen per centrum de resultaten alsmede de resultaten voor geheel Almere. Beide terugrapportages vonden plaats in augustus 1985.

Ter afsluiting van deze inleiding past nog een waarschuwing met betrekking tot de cijfers zoals deze worden gepresenteerd voor het gezondheidscentrum Molenwiek! Niet alleen zijn de conclusies ten aanzien van dit centrum vaak gebaseerd op relatief kleine aantallen en daardoor minder betrouwbaar, maar tevens moet vermeld worden dat met name het centrum 'Molenwiek' tijdens de onderzoeksperiode explosief groeide. Weglaten van de cijfers voor het gezondheidscentrum Molenwiek zou te ver voeren; wel dienen de bevindingen voor dit centrum met het nodige voorbehoud te worden gelezen.

3. RESULTATEN CONTACTREGISTRATIE HUISARTSEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd uit het onderzoek naar de spreekuur- en visitecontacten van alle Almeerse huisartsen. Hoewel gegevens op het niveau van de afzonderlijke huisartsen beschikbaar zijn, wordt uitgegaan van het gezondheidscentrum als niveau van analyse. Hiervoor zijn twee redenen aan te geven. Ten eerste wordt door het samennemen van de resultaten uit drie of vier huisartsenpraktijken per centrum voorkomen dat conclusies worden afgeleid uit soms wel erg kleine aantallen. Een tweede reden is van praktische aard. Samenwerking in gezondheidscentra betekent weliswaar dat iedere patiënt een eigen huisarts heeft, maar ook dat in bijzondere omstandigheden patiënten van de ene huisarts makkelijk door een collega kunnen worden overgenomen. Door te analyseren op het niveau van de centra worden problemen voor de onderzoekers, die van deze overname van patiënten het gevolg zijn, voorkomen. In de rapportage die volgt is de solo-arts niet als een aparte categorie opgenomen. De resultaten van zijn deelname aan de contact- en verwijsregistratie zijn wel meegenomen in de gegevens die betrekking hebben op Almere-Haven of geheel Almere.

In paragraaf 3.1 zal allereerst worden ingegaan op het aantal patiënten wat dagelijks het spreekuur van de huisarts bezoekt of de huisarts op visite laat komen. Er zal worden gekeken naar zowel absolute aantallen als het aantal contacten per 1000 patiënten bij 10 registratiedagen per arts. In een aantal gevallen zal daarbij worden gecorrigeerd voor verschillen in praktijkamenstellingen tussen de centra en voor verschillen tussen Almere en de rest van Nederland. Tevens wordt een uitsplitsing gemaakt naar de patiëntkenmerken zoals leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm. Paragraaf 3.2 bevat een nadere analyse van de contacten met de huisarts. Aan de orde komen de aard en achtergronden van de klacht waarmee de patiënt de huisarts tegemoet treedt, de verwijzingen tijdens spreekuur en visites, het röntgen- en laboratoriumonderzoek, recepten, het terugbestellen van patiënten en de mate waarin uitkomsten van contacten met elkaar samenhangen.

3.1. Aantal patiënten op spreekuur en visite

Als het gaat om de aantallen patiënten die dagelijks het spreekuur

van de huisarts bezoeken of de huisarts thuis laten komen, doen zich een aantal problemen voor. In de eerste plaats hebben niet alle huisartsen zoals in het inleidende hoofdstuk al is aangegeven tien dagen geregistreerd. Hiervoor is betrekkelijk eenvoudig te corrigeren. In de tweede plaats verschillen praktijken naar grootte en samenstelling. Correctie voor met name de samenstelling is minder eenvoudig, omdat de basisgegevens per praktijk niet onmiddellijk beschikbaar zijn en vaak uit verschillende bronnen geput moet worden. Toch is kennis van de praktijk Samenstelling van direct belang om uitspraken te doen over de werkelijke verschillen in de aantallen patiënten die contact hebben met de huisarts en de uitkomsten van deze contacten. In de volgende subparagrafen zal nader worden ingegaan op de aantallen patiënten naar patiëntkenmerken als leeftijd, sexe en verzekeringsvorm. Voorafgaand hieraan geven wij informatie over de samenstelling van de huisartsenpraktijken op het niveau van de gezondheidscentra.

3.1.1. Praktijksamenstelling in Almere

Van alle factoren die het aanbod van patiënten op een willekeurig spreekuur van een huisarts bepalen is de grootte van de huisartsenpraktijk een van de belangrijkste. Hoe groter de praktijk, hoe meer patiënten er op een spreekuur verwacht mogen worden, zij het dat praktijkmanagement hier een belangrijke intermediaire rol kan spelen. Landelijk is er ongeveer één huisarts werkzaam per 2500 inwoners (Hingstman, 1985); een verhouding die iets ligt boven de norm in de Nota Eerstelijnszorg van 1 op 2200 tot 2400 inwoners per huisarts (WVC, 1983). Nu kan Almere moeilijk worden vergeleken met de landelijke situatie. Immers, in Almere is het overgrote deel van alle huisartsen werkzaam in gezondheidscentra waarvoor andere normen en landelijke aantallen gelden. Huisartsen in gezondheidscentra mogen, onder bepaalde voorwaarden, volstaan met een aantal patiënten onder de rekenorm van dit moment (2500 patiënten) omdat 15% van de tijd gereserveerd is voor samenwerking. Laten we deze 15% van toepassing zijn op het aantal van 2500 patiënten, dan komen we op een norm van 1 huisarts per 2125 patiënten. De verwachting is dat de ziekenfondsraad binnenkort een nieuwe norm zal vaststellen op 2400 patiënten, zodat de normpraktijk voor huisartsen in gezondheidscentra uitkomt op 2050. Tegenover deze norm staat een gemiddelde praktijkgrootte van huisartsen in gezondheidscentra in volledig bezette arbeidsplaatsen van 2207 patiënten (Hamers, 1985).

Ten tijde van de contactregistratie telde Almere 22 huisartsen. Van

deze artsen werken er twee in een duobaan, terwijl voor de twee huisartsen die werkzaam zijn in het centrum 'Molenwiek' samen één volledig bezette arbeidsplaats wordt aangehouden. Een aantal centra bevindt zich in een groeisituatie; dit geldt in het bijzonder voor het centrum Waterwijk en het centrum Molenwiek. Voor Almere komen we dus uit op een aantal van 20 full-time huisartsen op ruim 43.000 inwoners. Dit betekent één huisarts per 2150 inwoners, met als peildatum 1 april 1985. Meer recente cijfers, op basis van het patiëntenbestand van de Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere (SMGA) waarin gegevens zijn opgenomen over de praktijksamenstelling van de 21 in loondienst zijnde huisartsen, laten zien dat op 1 augustus 1985 dit aantal is opgelopen naar één huisarts op circa 2300 patiënten.

Wordt uitgegaan van de norm voor gezondheidscentra van één huisarts per 2125 inwoners, dan kan worden vastgesteld dat op 1 augustus 1985 en van de 21 in gezondheidscentra werkzame huisartsen in Almere er vijf beneden deze norm blijven. Van deze vijf huisartsen werken er drie in gezondheidscentra die kunnen worden aangeduid als groeicentra, zodat er in feite slechts twee huisartsen overblijven die onder de norm uitkomen. Zeven van de 20 huisartsen met een volledige arbeidsplaats hebben een patiëntenaantal wat ligt boven de 2500.

Het aantal patiënten per huisartsenpraktijk is natuurlijk niet de enige factor die bepaalt hoeveel patiënten de huisarts dagelijks onder ogen krijgt. Beperken wij ons tot enkele patiëntkenmerken dan zijn in het bijzonder sexe, leeftijd en verzekeringsvorm van invloed op de mate waarin men de huisarts bezoekt. Vrouwen bezoeken de dokters vaker dan mannen (Voorn, 1983). Hetzelfde geldt voor ouderen versus jongeren (Lamberts, 1982) en voor ziekenfondspatiënten versus particulier verzekerden (Van Vliet en Van der Ven, 1983). Het is daarom van belang te weten of de Almeerse gezondheidscentra verschillen op deze kenmerken van hun patiëntenbestand.

Uitgangspunt vormt de situatie op 1 april 1985. Aantallen patiënten en verzekeringsvorm zijn precies op deze datum gemeten aan de hand van praktijkgegevens. De leeftijds- en geslachtsverdeling van de patiënten zijn afgeleid uit het SMGA-bestand per 1 augustus 1985; deze gegevens zijn niet beschikbaar voor 1 april 1985. Tabel 3.1 (zie volgende pagina) geeft de percentages vrouwen, ziekenfondsverzekerden en patiënten van 65 jaar en ouder per gezondheidscentrum.

In het patiëntenbestand op het niveau van de gezondheidscentra zijn

Tabel 3.1.: percentages vrouwen, ziekenfondsverzekerden en 65⁺ers per 1-4-1985 bij de Almeerse gezondheidscentra.

	% vrouwen	% ZF patiënten	% 65 ⁺
Almere-Haven	50	60	6.7
gc. de Haak	51	61	8.5
gc. Oost	50	55	5.8
gc. West	51	62	6.0
Almere-Stad/Buiten	50	68	4.2
gc. de Spil	50	65	5.1
gc. de Schakel	50	68	3.1
gc. Waterwijk	50	68	4.5
gc. Molenwiek	50	76	3.4
Almere-totaal	50	64	5.4

er nauwelijks verschillen tussen de percentages mannen en vrouwen. In dit verband is het aardig te kijken naar de praktijksamenstelling van de afzonderlijke huisartsen, wetende dat er in Almere een beleid wordt gevoerd van (tenminste) één vrouwelijke huisarts per gezondheidscentrum. Bij slechts twee van de zeven vrouwelijke artsen is een oververtegenwoordiging van vrouwelijke patiënten; met respectievelijk 52.5 en 54.4% vrouwen in deze twee praktijken zijn de verschillen echter nauwelijks spectaculair. Wel is op te merken dat het in beide gevallen huisartsen betreft in gestabiliseerde praktijken; wellicht treedt er naarmate men langer in Almere woont een geringe verschuiving op waarbij vrouwen meer voor een vrouwelijke huisarts kiezen. Bij de variabele 'verzekeringsvorm' zijn de verschillen tussen de centra groter. De gezondheidscentra in Almere-Stad en Almere-Buiten hebben belangrijk meer ziekenfondsverzekerden dan de centra in Almere-Haven. In Almere-Stad en Almere-Buiten verschilt de verdeling ziekenfonds-particulier verzekerden slechts weinig van de landelijke situatie, waarbij huisartsen in gezondheidscentra een patiëntenbestand hebben dat voor 67% bestaat uit ziekenfondsverzekerden (Hamers, 1985). Almere-Haven ligt hier met 60% ruim onder, waarbij vooral de 55% ziekenfondsverzekerden bij het gezondheidscentrum Oost opvalt. Ten aanzien van de variabele leeftijd, weergegeven via het percentage 65⁺ers, is het omgekeerde het geval. Almere-Haven telt relatief veel mensen van 65 jaar en ouder. Het hoogste percentage vinden we bij het centrum 'de Haak', hetgeen met een verpleeg/

verzorgingstehuis in de onmiddellijke omgeving niet zo heel erg verwonderlijk is. De overige centra in zowel Almere-Haven als Almere-Stad/Buiten blijven hier ruim onder.

Om op grond van de variabelen geslacht, verzekeringsvorm en leeftijd uitspraken te doen over bijvoorbeeld de mate van doktersbezoek lijkt een hachelijke zaak. Een groter aantal contacten samengaan met een hoog percentage ziekenfondsverzekerden (Almere-Stad/Buiten), wordt gecompenseerd door relatief weinig ouderen. In hoeverre deze compensatie volledig is blijft moeilijk te zeggen. Wel is duidelijk dat op onderdelen van de zorgverlening rekening moet worden gehouden met verschillen in de leeftijdsverdeling en de verzekeringsvorm. Dit geldt zowel bij vergelijking van de afzonderlijke centra als bij een vergelijking met cijfers voor geheel Nederland, waar het met name de leeftijdsverdeling is die afwijkt.

3.1.2. Aantallen contacten met de huisarts

Gedurende de tien weken dat de registratieperiode heeft geduurd, is informatie verzameld over ruim 5000 contacten met de Almeerse huisartsen. Hoe deze contacten zijn verdeeld over de gezondheidscentra staat weergegeven in tabel 3.2.

Tabel 3.2.: Aantallen contacten (spreekuur en visites) met de huisarts, naar stadsdeel en gezondheidscentrum.

	spreekuur	visite	totaal
Almere-Haven	2377	350	2727
gc. de Haak	633	151	814
gc. Oost	752	87	839
gc. West	651	69	720
Almere-Stad/Buiten	2110	215	2325
gc. de Spil	626	60	686
gc. de Schakel	649	69	718
gc. Waterwijk	607	68	675
gc. Molenwiek	228	18	246
Almere-totaal	4487	565	5052

Niet iedere arts heeft zoals in de inleiding al is opgemerkt alle tien de registratiedagen ook werkelijk geregistreerd; zes artsen registreerden acht dagen, negen artsen registreerden negen dagen en de resterende zeven artsen hebben alle tien dagen meegewerkt. Het totale aantal registratiedagen komt daarmee op 199 terwijl maximaal 220 haalbaar was. Per centrum zijn de aantallen contacten omgerekend naar het aantal dat geregistreerd zou zijn als alle artsen 10 dagen hadden meegedaan. Tevens wordt uitgegaan van de aantallen per 1000 patiënten, waarmee de verschillen in praktijkgrootte wegvallen. In tabel 3.3 staan de gecorrigeerde aantallen spreekuur- en visitecontacten per 1000 patiënten.

Tabel 3.3.: aantal contacten (spreekuur + visite) per 1000 patiënten bij 10 registratiedagen per arts, naar stadsdeel en gezondheidscentrum

	spreekuur	visite	totaal
Almere-Haven	116.2	17.1	133.4
gc. de Haak	106.0	24.1	130.1
gc. Oost	119.5	13.8	133.3
gc. West	121.2	12.8	134.0
Almere Stad/Buiten	113.3	11.6	124.9
gc. de Spil	112.2	10.8	123.0
gc. de Schakel	112.2	11.9	124.1
gc. Waterwijk	114.7	12.8	127.5
gc. Molenwiek	115.5	7.7	123.2
Almere-totaal	115.1	14.5	129.6

Wat betekenen nu de in tabel 3.3 gepresenteerde cijfers, als we uitgaan van een doorsneewerkdag voor de gemiddelde Almeerse huisarts? Bij een gemiddelde praktijkgrootte van 2200 patiënten ziet de huisarts in Almere per dag zo'n 28 à 29 patiënten. Hiervoor komen 25 à 26 naar het spreekuur, terwijl er dagelijks 3 à 4 patiënten de huisarts op visite krijgen. Hoewel het aantal contacten eigenlijk te klein is voor een betrouwbare schatting kan worden afgeleid dat in Almere elke inwoner gemiddeld ruim drie maal per jaar de huisarts onder ogen komt. Voor Nederland ligt dit cijfer op 3.5. Huisartsen in Almere-Haven zien, als we de verschillen in praktijkgrootte buiten beschouwing laten, per dag meer patiënten dan hun collega's in Almere-Stad en Almere-Buiten. Omgerekend naar aantallen patiënten

per dag bedraagt het verschil ongeveer twee patiënten. Kijken we naar de afzonderlijke centra dan valt het relatief grote aantal visites dat vanuit het gezondheidscentrum 'de Haak' wordt afgelegd op. Waar voor de overige centra de spreekuur/visiteratio schommelt tussen de 8.7 (gc. Oost) en 15 (gc. Molenwiek), ligt deze verhouding voor 'de Haak' op 4.4 spreekuurpatiënten tegen 1 visitepatiënt. Een logische verklaring hiervoor vormt het in verhouding grote aantal ouderen dat bij 'de Haak' als patiënt staat ingeschreven. Voor heel Almere geldt een spreekuur/visite-ratio van 7.9.

Ter vergelijking kunnen ook cijfers worden gepresenteerd uit het onderzoek dat in Lelystad is gehouden naar de effecten van de opening van het Zuiderzeeziekenhuis. Het aantal contacten per 1000 patiënten bij tien registratiedagen per arts komt in Lelystad voor 1984 uit op 119.9, waarvan 107.3 spreekuurcontacten en 12.6 visites (Nijhout, 1985). De spreekuur/visite-ratio voor Lelystad ligt derhalve op 8.5. Vergelijking met de Almeerse cijfers laat zien dat, verschillen in praktijksamenstellingen buiten beschouwing gelaten, het aantal contacten per 1000 patiënten in Almere hoger ligt dan in Lelystad. Deze constatering geldt zowel voor de aantallen spreekuurcontacten als de aantallen visites. De spreekuur/visite-ratio voor Almere ligt wat onder die van Lelystad.

De cijfers van tabel 3.3. kunnen niet zonder meer worden vergeleken met landelijke aantallen spreekuurcontacten, visitecontacten en de spreekuur/visite ratio. Dit komt omdat zoals gezegd in het bijzonder de leeftijdsverdeling van de Almeerse bevolking sterk afwijkt van de situatie in geheel Nederland. Om toch uitspraken te kunnen doen over de verschillen tussen Almere en Nederland, zijn de cijfers van tabel 3.3. gecorrigeerd voor leeftijd. Tabel 3.4. (zie volgende pagina) geeft de aantallen contacten voor de gezondheidscentra waarbij wordt gedaan alsof elk centrum een patiëntenbestand heeft dat overeenkomt met de leeftijdsverdeling van de Nederlandse bevolking. Wat we zien is dat het aantal spreekuurcontacten in zo'n geval nagenoeg gelijk zou zijn aan de oorspronkelijk gevonden 115.1 contacten per 1000 patiënten bij 10 registratiedagen, doch dat het aantal visites zou stijgen van 14.5 naar 17.4 per 1000 patiënten. Deze stijging wordt veroorzaakt doordat de categorie 'ouderen', een categorie met een relatief groot aandeel visites bij de huisartscontacten, zwaarder mee gaat tellen. De spreekuur/visite ratio komt, na leeftijdscorrectie, gemiddeld uit op 6.6., hetgeen wil zeggen één visitecontact op 6.6. spreekuurcontacten. Dit gemiddelde ligt aanzienlijk hoger dan bij ander onderzoek gevonden waarden van 4.5. (van

Tabel 3.4.: aantal contacten (spreekuur en visites) per 1000 patiënten bij 10 registratiedagen per arts, gecorrigeerd voor de afwijkende leeftijdsverdeling in Almere.

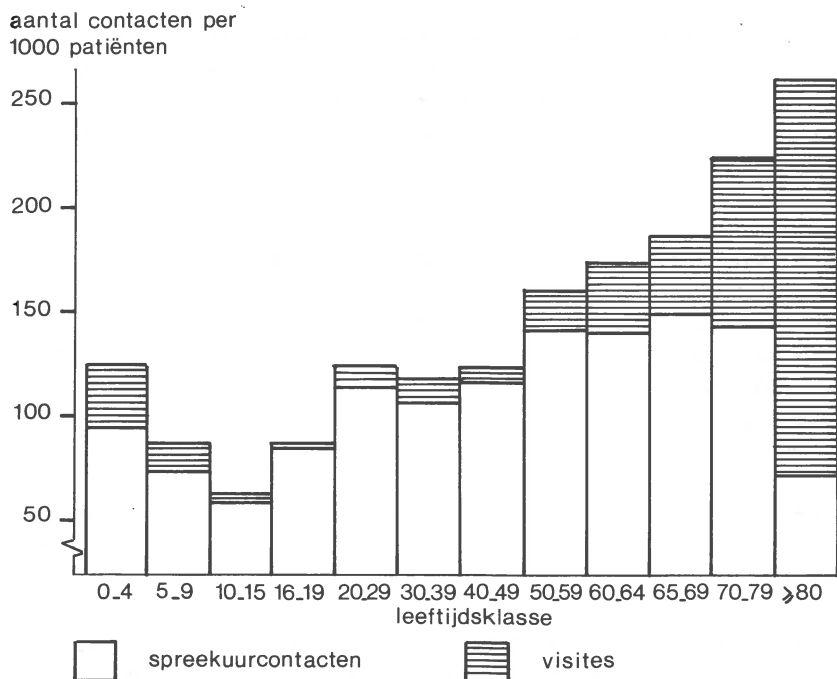
	spreekuur	visite	totaal
Almere-Haven	116.8	19.7	136.5
gc. de Haak	109.4	26.0	135.4
gc. Oost	115.8	17.6	133.4
gc. West	123.1	15.3	138.4
Almere Stad/Buiten	113.6	14.8	128.4
gc. de Spil	109.2	10.4	119.6
gc. de Schakel	118.9	16.2	135.1
gc. Waterwijk	117.6	19.5	137.1
gc. Molenwiek	100.7	11.7	112.4
Almere totaal	115.3	17.4	132.7

Zutphen, 1984). De opmerkingen uit de patiëntenenquête dat de huisarts moeilijk kan worden bewogen tot het afleggen van visites, wordt bevestigd door deze resultaten.

Oudere mensen zien in het algemeen vaker hun huisarts dan de leeftijdsgroepen tussen 16 en 50 jaar. Tevens mag worden aangenomen dat naarmate de leeftijd vanaf 50 jaar toeneemt, het aandeel van de visites van de huisarts in het totale aantal contacten zal toenemen. Beide effecten zijn voor geheel Almere weergegeven in figuur 3.1 (zie volgende pagina).

Het aantal contacten per 1000 patiënten is het laagst voor de leeftijdsgroep 10-15 jarigen. Tussen de 20 en 50 jaar ligt het aantal contacten stabiel op circa 120 per 1000 patiënten, om vervolgens te stijgen met de leeftijd. Voor de leeftijdscategorie 80 jaar en ouder ligt het aantal contacten op 260 per 1000 patiënten. In figuur 3.1 is verder mooi te zien dat vanaf 50 jaar naarmate de leeftijd toeneemt het aandeel van de visites op het totaal aantal contacten snel stijgt. Bij de categorie 80 jaar en ouder vindt bijna 75% van alle huisarts-patiënt contacten plaats tijdens een visite van de huisarts. Ook bij de groep 0-9 jarigen is er een relatief groot aandeel van de visites.

Figuur 3.1.: aantal contacten (spreekuur + visites) per 1000 patiënten naar leeftijdsklasse van de patiënt, bij 10 registratiedagen per arts.



Het beeld voor geheel Almere wordt verder genuanceerd indien we de aantallen contacten per leeftijdscategorie uitsplitsen naar gezondheidscentra. Deze opdeling waarbij een leeftijdsverdeling in 5 klassen is gebruikt, is in tabelvorm opgenomen in de bijlagen.

Wat opvalt is dat ook indien wordt gecontroleerd op de variabele leeftijd het centrum 'de Haak' veel meer visites aflegt dan de andere centra; een goede tweede zijn hier de huisartsen van het centrum 'Waterwijk'. De oververtegenwoordiging wordt niet veroorzaakt doordat ten tijde van de registratie bijvoorbeeld een apart spreekuur wordt gehouden in het nabijgelegen verzorgingstehuis. Een dergelijk spreekuur is pas eind 1985 ingevoerd; in de eerste helft van 1985 waren de bewoners van het verzorgingstehuis nog aangewezen op de normale spreekuren en visites. Wel is het zo dat de bewoners van het verzorgingstehuis voor het overgrote deel als patiënt staan ingeschreven bij huisartsen van 'de Haak'. Bij de spreekuurcontacten

zijn de verschillen tussen de centra minder geprononceerd. Bekijken we de samenhang tussen de aantallen visites en spreekuurcontacten, dan lijkt er een tendens aanwezig te zijn dat relatief veel visites samengaat met weinig spreekuurcontacten; bij weinig visites zijn er verhoudingsgewijs veel patiënten op het spreekuur. Spreekuur- en visitecontacten vormen als het ware elkaars complement. Het sterkst komt deze tendens naar voren bij het centrum 'de Haak'. Voor alle leeftijdscategorieën geldt hier een verhoudingsgewijs gering aantal spreekuurcontacten tegen een groot aantal visites. Bij het centrum West geldt dat in de leeftijdscategorieën boven de 20 jaar relatief veel mensen op het spreekuur komen tegen weinig visites. Bij de andere centra liggen de relaties minder duidelijk in een richting.

Ook de variabele 'sexe' heeft invloed op de mate waarin men de dokters bezoekt of de dokter thuis laat komen. Vrouwen zien vaker een huisarts dan mannen. Voor Almere wordt dit effect duidelijk indien we de aantallen contacten opdelen naar mannen en vrouwen. Tabel 3.5 geeft de cijfers.

Brengen we in herinnering dat elke huisartsenpraktijk ongeveer evenveel mannen als vrouwen telt, een variabele waarvoor overigens wordt gecontroleerd in tabel 3.5, dan blijkt dat over het geheel genomen

Tabel 3.5.: aantal contacten (spreekuur en visite) per 1000 patiënten bij 10 registratiedagen per arts, naar gezondheidscentrum en geslacht van de patiënt.

	spreekuur		visite		totaal	
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
Almere-Haven	88.8	142.9	12.1	22.1	100.9	165.0
gc. de Haak	76.6	133.8	14.9	33.0	91.5	166.8
gc. Oost	96.4	142.9	10.8	16.9	107.2	159.8
gc. West	91.0	150.7	9.4	16.2	100.4	166.9
Almere-Stad/Buiten	89.7	137.3	9.2	14.0	98.9	151.3
gc. de Spil	88.9	134.9	9.6	11.9	98.5	146.8
gc. Schakel	91.9	132.8	9.6	14.3	101.5	147.1
gc. Waterwijk	85.1	144.2	9.4	16.4	94.5	160.6
gc. Molenwiek	96.2	136.2	6.1	12.2	102.3	148.4
Almere-totaal	89.3	140.4	10.7	18.3	100.0	158.7

vrouwen bijna 60% vaker contact hebben met de huisarts dan mannen. Dit cijfer geldt ruwweg zowel voor visites als voor spreekuurcontacten, terwijl ook de centra onderling niet erg van elkaar verschillen. Beschouwen we de groep vrouwelijke huisartsen als een afzonderlijke categorie, dan blijkt dat de verschillen tussen de sexen nog groter worden. Bij 10 registratiedagen hebben de vrouwelijke huisartsen contact met 184.1 vrouwelijke patiënten tegen 102.1 mannelijke patiënten. Beide aantallen gelden per 1000 vrouwelijke, respectievelijk mannelijke patiënten. De conclusie op basis van deze aantallen moet luiden dat het aanstellen van vrouwelijke huisartsen drempelverlagend werkt voor de vrouwelijke patiënten. Zij gaan vaker naar de huisarts dan wanneer een mannelijke arts zou practizeren. Voor mannen blijkt het, gelet op de contactfrequentie, nauwelijks verschil te maken of er een man dan wel een vrouw aan hun ziekbed komt of achter de behandeltafel heeft plaatsgenomen. Vergelijken we Almere met Lelystad dan blijkt dat het aantal contacten per 1000 mannelijke patiënten nauwelijks verschilt. Lelystad geeft hier in 1984 een aantal van 98.0 (1983: 105.9 en 1982: 103.7). Bij vrouwen is het verschil opmerkelijk. Hier ligt in Lelystad het aantal op 137.9 (1983: 133.0 en 1982: 140.2) per 1000 patiënten tegen 158.7 voor Almere.

Tenslotte heeft er een opdeling plaatsgevonden naar de verzekeringsvorm van de patiënt. Tabel 3.6 (zie volgende pagina) geeft de resultaten van deze opdeling.

Bekijken we in tabel 3.6 eerst het spreekuurbezoek dan blijkt dat in Almere ziekenfondsverzekerden bijna twee maal zo vaak het spreekuur van de huisarts bezoeken als particulier verzekerden. Bij de visites ligt dit verschil nog aanzienlijk hoger. Hier is het bezoek aan ziekenfondsverzekerden bijna drie maal zo hoog als aan particuliere patiënten. Over alle contacten met de huisarts geldt dat in Almere ziekenfondsverzekerden ongeveer twee keer zo vaak een beroep doen op de huisarts dan particuliere patiënten. Vergelijken we Almere-Haven met Almere-Stad Buiten dan geldt voor Almere-Haven een oververtegenwoordiging van ziekenfondsverzekerden van 115% terwijl Almere-Stad Buiten uitkomt op 73%. Bij de afzonderlijke centra valt weer de bijzondere positie op van 'de Haak' bij de visites. De huisartsen van de 'de Haak' bezoeken ziekenfondsverzekerden 470% vaker dan particulier verzekerden.

Ook hier kunnen weer vergelijkbare cijfers worden gepresenteerd uit Lelystad. In Lelystad zag de huisarts per 1000 ziekenfondsverzeke-

Tabel 3.6.: aantal contacten (spreekuur en visites) per 1000 patiënten bij 10 registratiedagen per arts, naar gezondheidscentrum en verzekeringsvorm.

	spreekuur		visite		totaal	
	zf	part.	zf	part.	zf	part.
Almere-Haven	146.2	70.4	23.1	8.2	169.3	78.6
gc. de Haak	134.1	60.4	35.4	6.2	169.5	67.6
gc. Oost	160.4	67.1	19.7	6.5	180.1	73.6
gc. West	145.5	61.8	13.8	11.3	159.3	72.1
Almere-Stad/Buiten	130.6	76.4	13.6	6.8	144.2	83.2
gc. de Spil	126.3	85.6	12.9	6.7	139.2	92.3
gc. Schakel	136.8	59.0	14.2	7.1	151.0	66.1
gc. Waterwijk	129.3	82.5	14.9	8.4	144.2	90.9
gc. Molenwiek	125.4	83.8	10.1	0	135.5	83.8
Almere-totaal	138.3	73.0	18.2	7.6	156.5	79.6

den gemiddeld 134 patiënten tegen 83 per 1000 particulier verzekerden over 10 registratiedagen; een oververtegenwoordiging van bijna 61%. Bij een opsplitsing naar spreekuur-contacten en visites zijn ziekenfondsverzekerden in Lelystad oververtegenwoordigd met respectievelijk 60% en 64% (Nijhout, 1985 p.45).

Uit de tabellen 3.4 tot en met 3.6 kan worden afgelezen dat patiëntkenmerken als leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm ook in Almere sterk van invloed zijn op het aantal contacten per 1000 patiënten. Hoewel de sterkte van het verband verschilt per centrum zijn de algemene trends duidelijk. Vrouwen hebben vaker contact met de huisarts dan mannen, hetzelfde geldt voor ziekenfondsverzekerden versus particuliere patiënten en voor ouderen versus jongeren. Hoewel er een zekere overlap is tussen deze variabelen (vrouwen zijn vaker verzekerd via het verplichte ziekenfonds dan mannen en hetzelfde geldt voor jongeren aan het begin van hun arbeidscarrière almede voor 65^{ers}), staan deze effecten voor een groot deel los van elkaar. Het is derhalve mogelijk dat de in tabel 3.3 geconstateerde verschillen tussen de centra in het aantal contacten per 1000 patiënten het gevolg zijn van een afwijkend patiëntenbestand. Een relatief hoog percentage patiënten in de leeftijdscategorieën boven de 70 jaar zou een volledige verklaring kunnen vormen voor het grote

aantal visites per 1000 patiënten bij het gezondheidscentrum 'de Haak'. Relatief veel ouderen en/of veel ziekenfondsverzekerden zouden het grotere aantal contacten per 1000 patiënten in Almere-Haven kunnen verklaren.

In tabel 3.7 is het te verwachten aantal contacten gepresenteerd met de samenstelling van de praktijk per centrum als uitgangspunt. Op basis van de aantallen contacten per leeftijds/geslachts/verzekerings categorie voor geheel Almere en de praktijksamenstellingen van de gezondheidscentra, kunnen per centrum verwachte aantallen contacten worden uitgerekend. Deze verwachte aantallen contacten vormen de eerste kolom van tabel 3.7.

Tabel 3.7.: aantallen te verwachten en waargenomen contacten (spreekuur + visite samen) na correctie voor praktijkverschillen in leeftijd/geslacht/verzekeringsvorm van patiënten. Aantallen per 1000 patiënten bij 10 registratiedagen per arts/centrum

	te verwachten contacten op van praktijk- samenstelling	waargenomen aantal contacten	waargenomen aantal contacten, gecorri- geerd voor afwij- kingen in leeftijd en verzekeringsvorm t.o.v. landelijke situatie
Almere-Haven	128.5	133.4	133.9
gc. de Haak	131.1	130.1	127.3
gc. Oost	124.5	133.3	135.6
gc. West	129.2	134.0	134.1
Almere-Stad/Buiten	129.9	124.9	128.0
gc. de Spil	129.1	123.0	120.7
gc. Schakel	127.4	124.1	138.1
gc. Waterwijk	130.3	127.5	129.4
gc. Molenwiek	138.3	123.2	115.9
Almere-totaal	129.6	129.6	131.0

Relatief veel patiënten mogen verwacht worden in 'de Haak' en 'Molenwiek'. Bij het centrum 'de Haak' wordt deze oververtegenwoordiging veroorzaakt door met name de vele oudere, via het ziekenfonds verzekerde patiënten. Gezondheidscentrum Molenwiek valt op door het relatief hoge percentage ziekenfondsverzekerden terwijl bovendien de leeftijdscategorieën 0-4 en 50-64 sterk zijn oververtegenwoordigd. Aan deze oververtegenwoordiging mag overigens niet al te veel waarde worden toegekend. Het betreft hier categorieën patiënten waarvan verwacht mag worden dat zij zich eerder inschrijven bij de huisarts dan de doorsnee patiënt; ziekenfondsverzekerden omdat dit verplicht is gesteld, ouderen en jongeren omdat zij in verhouding vaak de dokter nodig hebben. Met name bij een centrum in opbouw kunnen deze effecten de zaak behoorlijk vertekenen. Relatief lage aantallen contacten zijn op basis van de leeftijd-geslachts-verzekeringsvorm verdeling te verwachten in het centrum 'Oost' en (in mindere mate) de Schakel. Relatief weinig ziekenfondsverzekerden ('Oost') en weinig ouderen (de Schakel) zijn hier de factoren die maken dat het te verwachten aantal contacten beneden het gemiddelde voor geheel Almere komt te liggen. In hoeverre de te verwachten aantallen contacten ook in de praktijk worden gerealiseerd, blijkt als we deze schattingen met de in werkelijkheid geconstateerde aantallen vergelijken. De centra 'de Spil', 'de Schakel', 'Waterwijk', 'Molenwiek' en (in mindere mate) 'de Haak' krijgen minder patiënten op spreekuur en visite dan op grond van de praktijksamenstelling verwacht zou mogen worden. De centra 'Oost' en 'West' hebben daarentegen belangrijk meer contacten per 1000 patiënten dan vooraf werd aangenomen. Hoewel het in principe nog mogelijk is om per gezondheidscentrum aan te geven welke categorieën patiënten verantwoordelijk zijn voor een over-of ondervertegenwoordiging, zal deze opsplitsing hier niet worden uitgevoerd. Tenslotte is in tabel 3.7 een kolom opgenomen waarin schattingen voor de aantallen contacten staan vermeld indien het patiëntenbestand per centrum op de variabelen leeftijd en verzekeringsvorm niet af zou wijken van het landelijke gemiddelde. Omgerekend naar het aantal contacten per patiënt komt het aantal van 131.0 voor heel Almere, bij een praktijkgrootte van 2300 en 48 werkwerken per jaar uit op 3.4 contacten. Dit is nagenoeg gelijk aan het landelijk gemiddelde van 3.5 contacten per patiënt per jaar.

Na leeftijdcorrectie blijken er derhalve nauwelijks verschillen in de contactfrequenties tussen Almere en de rest van Nederland. Kijken we naar de afzonderlijke centra dan vinden er verhoudingsgewijs de meeste contacten plaats in het gezondheidscentrum Oost, terwijl de laagste aantallen contacten plaatsvinden in het centrum Molenwiek.

De oorspronkelijke verschillen blijken, na correctie voor leeftijd en verzekeringsvorm, wat groter te zijn geworden.

3.2. Nadere analyse van de contacten met de huisarts

In de vorige paragraaf is aan de hand van gegevens uit de spreekuur- en visiteregistratie gekeken hoe achtergrondvariabelen zoals leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm in Almere van invloed zijn op de aantallen contacten met de huisarts. Hierbij is elke keer rekening gehouden met verschillen in de patiëntenpopulaties van gezondheidscentra. Behalve de patiëntkenmerken zijn bij elk consult ook (achtergrond)gegevens genoteerd over de aard van de klacht en de reactie van de huisarts. Deze twee laatste groepen variabelen zullen in dit hoofdstuk worden gepresenteerd. De analyses worden uitgevoerd op de 5052 consulten die in de registratieperiode zijn genoteerd.

3.2.1. Aard en achtergronden van de klacht

Deze subparagraaf bevat achtergrondinformatie over de aard van het consult van of aan de huisarts. Achtereenvolgens aan de orde komen de aard van het consult en de achtergronden van de klacht. Aan de huisartsen is om te beginnen een oordeel gevraagd over het soort contact. Tabel 3.8 (zie volgende pagina) geeft een overzicht van deze oordelen, uitgesplitst naar spreekuren en visites.

Indien we de categorie 'anticonceptie', waaronder veel pilconsulten, even buiten beschouwing laten dan zijn er nauwelijks verschillen te constateren tussen de spreekuurconsulten en de consulten van de huisarts bij de visites. Alleen EHBO blijkt vaker op het spreekuur te worden verleend dan bij de visites, hetgeen nauwelijks als een verrassing kan worden aangemerkt. Vergelijken we Almere met Lelystad, dan ligt eigenlijk alleen het percentage consulten voor anticonceptie in Lelystad met (in 1984) 3.1% wat lager dan in Almere. Als waarschijnlijke oorzaak is hier de oververtegenwoordiging van vrouwen in de vruchtbare leeftijd in Almere aan te wijzen.

Tabel 3.8.: frequentieverdeling van de aard van de contacten (spreekuur + visites) bij de 22 Almeerse huisartsen, absoluut en in percentages

soort consult	spreekuur		visite		totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
anticonceptie	273	6.1	-	-	273	5.4
chronische klacht	1146	25.6	160	28.4	1306	25.9
EHBO	159	3.5	11	2.0	170	3.4
anders	2906	64.8	392	69.6	3298	65.3
niet ingevuld	3	-	2	-	5	-

Bij de overige categorieën, zijn de verschillen tussen Lelystad en Almere gering. Het percentage 'andere klachten' ligt in Lelystad op 72%, met daarbij de aantekening dat geen onderscheid is gemaakt naar EHBO consulten en 'anders'. (Nijhout, 1985 p.48 e.v.).

In Almere zijn er geen noemenswaardige verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft het percentage 'chronische' en 'andere' klachten; bij EHBO zijn het vooral mannen die hiervoor contact hebben met de huisarts, zowel in aantal als in percentages. Van alle EHBO klachten heeft 56% betrekking op mannelijke slachtoffers. Bij een opsplitsing naar leeftijdsklassen blijkt het percentage chronische klachten belangrijk toe te nemen met de leeftijd. Van 13.0% voor de categorie 0-9 jarigen, stijgt het percentage via 16.3% (10-19 jaar), 31.0% (20-49 jaar) en 46.3% (50-69 jaar) tot 69.6% voor de leeftijdscategorie 70 jaar en ouder. Voor de variabele 'EHBO-klachten' ligt het verband precies andersom. Hier zijn het vooral de kinderen tussen de 0 en 9 jaar en in wat mindere mate de 10-19 jarigen die de hoogste percentages laten zien. Anticonceptie blijkt niet verrassend vooral een onderwerp te zijn dat door jongere vrouwen wordt aangesneden; hier zijn het de leeftijdscategorieën 20-29 jarigen en 30-39 jarigen die respectievelijk 56.8% en 27.5% van alle anticonceptie-vragen naar voren brengen. Betrekken we de verzekeringsvorm in de analyse dan is het percentage chronische klachten bij particulier verzekerden wat lager dan bij ziekenfondspatiënten, terwijl bij de categorie 'anders' het omgekeerde het geval is; een verband wat bij visites sterker is dan bij de spreekuurconsulten.

Behalve een karakterisering van het soort klacht is aan de huisart-

sen ook gevraagd een oordeel te geven over de mate waarin naar zijn/haar mening psychosociale of juist somatische aspecten bij de gepresenteerde klacht de boventoon voerden. Omdat bekend is dat per consult meerdere klachten kunnen worden gepresenteerd (zie Verhaak, 1984), is gevraagd naar de mening van de huisarts belangrijkste klacht te beoordelen op een 5-puntsschaal. Onze verwachting is dat, gelet op de vaak recente verhuizing met alle consequenties daaraan verbonden, Almere in verhouding tot landelijke cijfers een hoog percentage psychosociale klachten zal laten zien. Ook bij uitsplitsing naar de variabelen leeftijd en geslacht verwachten we op grond van andere studies verschillen, waarbij oudere patiënten vaker als probleempatiënt worden gelabeld dan jongere (Verhaak, 1981; Sanavro, 1982) en ook vrouwen meer kans hebben op een psychosociaal stempel dan mannen (Bernstein en Kane, 1981; Marks e.a., 1979). Bij een opsplitsing naar gezondheidscentra is de verwachting dat naarmate de patiënten korter in Almere wonen, er vaker sprake zal zijn van psychosociale problematiek. Vooral bij net-verhuisden zal de overgang van (meestal) Amsterdam naar Almere problemen met zich meebrengen die gemakkelijk kunnen resulteren in psychosociale klachten. Overigens is hierbij natuurlijk wel de vraag of men juist na een recente verhuizing de (nieuwe) huisarts in Almere als meest aangewezen persoon ziet om bij aan te kloppen met deze problematiek. Tabel 3.9 geeft eerst een opsplitsing naar spreekuur en visites.

Tabel 3.9.: frequentieverdeling van de achtergrond van de contacten (spreekuur + visites) bij 22 Almeerse huisartsen, absoluut en in percentages

aard van probleem		<u>spreekuur</u>		<u>visite</u>		<u>totaal</u>	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%
soma-	1	2481	55.3	357	63.2	2838	56.2
tisch	2	521	11.6	68	12.0	589	11.7
	3	669	14.9	59	10.4	728	14.4
psycho-	4	340	7.6	33	5.8	373	7.4
sociaal	5	473	10.5	48	8.5	521	10.3

Het aantal klachten dat door de Almeerse huisartsen als (bijna) vol-

ledig psychosociaal wordt beoordeeld is met circa 18% van het totale klachtenaanbod relatief hoog. Verhaak vond in zijn onderzoek naar interdoktervariantie een percentage puur psychosociaal + psychosociaal met somatische aspecten van 11% voor alleen spreekuurcontacten (Verhaak, 1984 p.49). Almere komt hier, zelf als we de middencategorie '3' niet meerekenen, ruim bovenuit. Een verband tussen het aantal jaren dat men in Almere woont en de mate waarin psychosociale klachten worden gepresenteerd, waarbij een hoog percentage psychosociale klachten samen zou gaan met een korte periode woonachtig zijn in Almere, blijkt nauwelijks aanwezig. Als we het aantal jaren dat men in Almere woont operationaliseren via het gezondheidscentrum waarbij men staat ingeschreven dan vinden we weliswaar een significant ($p < .10$) verband met het percentage psychosociale klachten dat in de voorspelde richting gaat, doch dit verband is nauwelijks substantieel. In feite geldt hetzelfde voor de variabelen sexe en verzekeringsvorm. Vrouwen blijken naar het oordeel van de huisarts wat vaker psychosociale klachten te presenteren dan mannen ($r = .06$, $p < .001$) doch ook hier is de hoogte van de correlatie-coëfficiënt nauwelijks het vermelden waard. Kijken we naar de verzekeringsvorm, dan zijn het de ziekenfondsverzekerden die, naar het oordeel van de huisarts, meer psychosociaal getinte klachten hebben dan partikulier verzekerden ($r = .06$, $p < .001$), maar wederom een lage correlatie. Leeftijd blijkt tenslotte een wat minder zwak verband te hebben met de aard van de klacht. Naarmate de patiënt ouder is, worden volgens de huisarts meer psychosociale klachten naar voren gebracht ($r = .17$, $p < .001$). Overigens past hier nog een opmerking dat huisartsen belangrijk kunnen verschillen in de mate waarin klachten als psychosociaal worden gelabeld. Voor de 22 Almeerse huisartsen schommelen de percentages psychosociale klachten (categoriën 4 en 5) tussen de 34.8% en de 9.7%, met een gemiddelde van 17.7% (st.dev.: 6.3).

Bij de aard van de klacht is al aangegeven dat een mogelijke oorzaak van het hoge percentage psychosociale klachten is gelegen in de verhuizing naar Almere. Ontwortelingsproblematiek, relatief hoge huren en werk op vaak aanzienlijke afstand van het woonadres zijn slechts enkele problemen waarmee de pas verhuisde kan worden geconfronteerd. Om een indicatie te krijgen van de ernst van het aantal klachten dat voortvloeit uit de verhuizing naar Almere, is aan de huisartsen gevraagd elke klacht op dit aspect te beoordelen via een 5-puntsschaal. Ook hier heeft de huisarts zich, bij meerdere klachten tijdens één bezoek, beperkt tot de in zijn of haar ogen belangrijkste klacht.

Tabel 3.10 geeft allereerst de frequentieverdeling van deze variabele.

Tabel 3.10.: frequentieverdeling van de mate waarin klachten naar het oordeel van de huisarts te maken hebben met de verhuizing naar Almere (spreekuur + visites) bij 22 Almeerse huisartsen, absoluut en in percentages

achtergrond klacht	<u>spreekuur</u>			<u>visite</u>		<u>totaal</u>	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%
verhuizing	1	88	2.0	8	1.4	96	1.9
	2	135	3.0	20	3.5	155	3.1
	3	330	7.4	23	4.1	353	7.0
	4	352	7.9	48	8.5	400	7.9
niet verhuizing	5	3579	79.8	466	82.5	4045	80.1

Qua aantal nemen de klachten, waar naar de mening van de huisarts de voornaamste oorzaak is gelegen in de verhuizing naar Almere, slechts een bescheiden positie in. Tussen de 5 en 10% van het totale klachtenaanbod wordt gekoppeld aan de verhuizing. Een verwachting is dat, bij een analyse op het niveau van gezondheidscentra, de meer recent gevestigde centra meer klachten met als achtergrond de verhuizing zullen zien dan de centra die al langer draaien. In het verlengde daarvan ligt de verwachting dat in Almere-Stad en Almere-Buiten het percentage klachten die het gevolg zijn van verhuizing hoger is dan in Almere-Haven. Beide voorspellingen worden bevestigd door de cijfers. Er is een verband tussen het vestigingsjaar van het gezondheidscentrum en de mate waarin klachten die het gevolg zijn van verhuizing worden gepresenteerd ($r=.19$; $p<.001$); hoe jonger het centrum, hoe meer klachten die samenhangen met de verhuizing. Deze bevinding wordt nog eens bevestigd door een correlatie van $r=.17$ tussen stadsdeel waarin men woonachtig is en de mate waarin 'verhuis-klachten' als reden voor het bezoek aan de huisarts worden gezien. Almere-Stad en Almere-Buiten kennen een hoger percentage dan het wat 'oudere' Almere-Haven. Van alle psychosociaal gelabelde klachten, wordt bijna 25% door de huisartsen toegeschreven aan de (recente) verhuizing naar Almere. De product-moment correlatie tussen deze beide variabelen is $r=.49$ ($p<.001$). Verder blijkt dat geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm van de patiënten slechts een zwakke samen-

hang vertonen met de mate waarin klachten die het gevolg zijn van de verhuizing worden gepresenteerd. De correlatie-coëfficiënten liggen rond de $r=.06$, waarbij de categorieën vrouwen, ouderen en ziekenfondsverzekerden wat meer 'verhuisklachten' presenteren dan respectievelijk mannen, jongeren en particulier verzekerden. Op het niveau van de afzonderlijke centra valt op dat bij het gezondheidscentrum 'de Schakel' het percentage klachten waarbij de verhuizing als achterliggende oorzaak wordt aangemerkt met 15-20% erg hoog ligt. Overigens lijkt in dit specifieke geval eerder sprake te zijn van een artseffect dan van een werkelijk verschil met de overige centra; één van de drie artsen neemt bijna 60% van de klachten die in dit gezondheidscentrum worden gepresenteerd en samenhangen met de verhuizing voor zijn/haar rekening. Over alle artsen en gezondheidscentra genomen schommelen de percentages aan de verhuizing toegeschreven klachten van het totale klachtenaanbod tussen de nul en de 22.8%.

3.2.2. Verwijzingen tijdens spreekuur en visites

In een van de volgende hoofdstukken zal, aan de hand van het aantal verwijzingen dat gedurende tien weken door de Almeerse huisartsen is bijgehouden, uitgebreid worden ingegaan op absolute verwijzscijfers en gegevens per 1000 patiënten. Daarnaast is het mogelijk naar verwijzscijfers te kijken in relatie tot het aantal arts-patiëntcontacten en de achtergronden van deze contacten. Dit wordt gedaan in deze paragraaf.

Tabel 3.11 vermeldt het aantal verwijzingen op het totaal aantal spreekuurconsulten en het aantal visites.

Tabel 3.11.: verwijzingen op het totaal aantal huisartsconsulten (spreekuur + visite) bij 22 Almeerse huisartsen, absoluut en in percentages

verwijzing	spreekuur		visite		totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
naar specialist	259	5.8	26	4.6	285	5.6
naar fysiotherapeut	183	4.1	8	1.4	191	3.8
naar RIAGG	18	.4	2	.4	20	.4
andere verwijzingen	54	1.2	2	.4	56	1.1
niet verwezen	3967	88.5	527	93.3	4494	89.0

Onder verwijzingen naar specialist, fysiotherapeut en het RIAGG vallen alle verwijzingen naar genoemde instanties waarvoor een verwijzingskaart wordt uitgeschreven. Niet hieronder vallen aanvragen voor laboratoriumonderzoek, röntgenfoto's, uitstrijkjes, e.d. In de categorie 'andere verwijzingen' vallen alle (eventueel informele) verwijzingen naar andere werkers in de (eerstelijns)zorg waarvoor geen verwijzingskaart of machtiging noodzakelijk is.

Per 100 contacten met de huisarts worden 5.6 patiënten verwezen naar de specialist en 3.8 patiënten naar de fysiotherapeut. Percentages verwijzingen naar het RIAGG en 'andere instanties' zijn erg klein en zullen verder niet in de analyse worden betrokken. Bij de verwijzingen naar specialist en fysiotherapeut zullen spreekuur- en visitecontacten worden samengenomen. Tabel 3.12 geeft de aantallen verwijzingen per 100 huisartscontacten, uitgesplitst naar gezondheidscentra en stadsdeel. Daarnaast geeft de tabel de aantallen

Tabel 3.12.: aantal verwijzingen naar specialist en fysiotherapeut per 100 huisartscontacten uitgesplitst naar gezondheidscentra en stadsdeel, ongecorrigeerd en gecorrigeerd*

	<u>aantal verwijzingen per 100 contacten</u>			
	<u>specialist</u>		<u>fysiotherapeut</u>	
	ongecorrigeerd	gecorrigeerd	ongecorrigeerd	gecor.
Almere-Haven	6.5	7.2	4.1	4.3
gc de Haak	5.8	5.4	3.1	3.2
gc Oost	7.9	8.8	4.6	5.0
gc West	5.4	7.1	4.7	5.0
Almere-Stad/Buiten	4.7	4.5	3.4	3.5
gc de Spil	4.8	4.7	3.4	2.8
gc de Schakel	5.0	4.5	2.7	3.2
gc Waterwijk	4.6	5.1	4.3	4.5
gc Molenwiek	3.7	2.9	3.3	3.7
Almere totaal	5.8	6.0	3.7	3.9

gecorrigeerd voor de mate waarin de praktijk op de variabelen leeftijd en verzekeringsvorm afwijken van de landelijke situatie.

De meest opvallende conclusie op basis van tabel 3.12 is dat het aantal verwijzingen per 100 contacten ook als we corrigeren voor

verschillen in praktijksamenstelling, van centrum tot centrum belangrijk verschilt. Bij verwijzingen naar de medisch specialist zijn de verschillen groter dan bij verwijzingen naar fysiotherapie. Laten we het centrum Molenwiek vanwege de toch wel bijzondere positie buiten beschouwing, dan worden bij een gelijk patiëntenbestand in het centrum 'Oost' bijna twee maal zoveel patiënten per 100 contacten verwezen als in het centrum 'de Schakel'. Kijken we naar de individuele artsen dan lopen de aantallen verwijzingen naar de medisch specialist uiteen van bijna 2 tot ruim 10 per 100 contacten. Voor de verwijzingen naar fysiotherapie liggen deze cijfers tussen minimaal 1.6 en maximaal 6.2 verwijzingen per 100 contacten. Eenmaal bij de huisarts, worden mannen wat vaker verwezen naar specialist (6.0 tegen 5.5 per 100 contacten) en fysiotherapeut (4.4 tegen 3.4 per 100 contacten) dan vrouwen. Hetzelfde geldt voor ouderen versus jongeren, waar het de verwijzingen naar specialisten betreft; bij de verwijzingen naar de fysiotherapeut wordt de leeftijdsgroep tussen de 20 en 49 jaar relatief het meest verwezen. Het effect van de variabele 'verzekeringsvorm' verschilt al naar gelang het soort verwijzing. Bij verwijzing naar specialisten worden per 100 contacten ziekenfondspatiënten wat vaker verwezen dan particulier verzekerden (5.7 versus 5.3); voor verwijzingen naar fysiotherapie geldt het omgekeerde, zij het dat dit verschil gering is (3.7 voor ziekenfonds-verzekerden tegen 3.9 voor particuliere patiënten). Het feit dat deze categorieën patiënten wat vaker worden verwezen zou kunnen inhouden dat de gepresenteerde klachten van wat ernstiger aard zijn. Betrekken we de aard van de klacht in de analyse, dan blijkt dat chronische klachten vaker resulteren in een verwijzing naar specialist en fysiotherapeut dan alle categorieën. Bij chronische klachten worden 8.4 verwijzingen naar de specialist en 6.0 naar de fysiotherapeut per 100 contacten uitgeschreven. Belangrijk voor het functioneren van de EHBO-voorziening in Almere is dat slechts een gering aantal van alle EHBO-gevallen (2.9 per 100 EHBO-contacten) behoeft te worden doorverwezen naar de specialistische tweedelijns. Wel is het hierbij mogelijk dat de meer ernstige gevallen buiten de spreekuren en visiteregistratie om (direct) bij de specialist terecht zijn gekomen. Toekomstig onderzoek naar de EHBO-functie in Almere zal hierover meer duidelijkheid moeten verschaffen.

Verwijzingen naar specialist en fysiotherapeut komen voor de patiënt niet altijd als een donderslag bij heldere hemel. Uit de enquête onder de Almeerse bevolking is gebleken dat, naar het oordeel van de patiënt bij zo'n 60% van alle verwijzingen het initiatief voor de

verwijzing in meer of mindere mate bij de patiënt ligt (Sixma, 1986). De contactregistratie biedt niet alleen de mogelijkheid om dit patiëntenoordeel te toetsen aan de mening van de huisarts, maar geeft tevens informatie hoe vaak verwijzing wordt gevraagd en verkregen. Dit vragen om een verwijzing kan direct (ik wil naar de specialist) of indirect ('mijn broer met dezelfde kwaal is uitstekend geholpen door de specialist') geschieden. Bij het vragen om een verwijzing is het vooral belangrijk te weten hoeveel van de gevraagde verwijzingen door de huisarts worden gehonoreerd. Immers verwacht mag worden dat met de vestiging van een ziekenhuis het aantal verzoeken door patiënten om te worden verwijzen zal toenemen. Een sterke eerstelijns zal in staat moeten zijn deze ontwikkelingen in, naar de geest van het project gezondheidszorg Almere, goede banen te leiden.

Tabel 3.13 geeft allereerst de aantallen gevraagde en verkregen verwijzingen naar specialist en fysiotherapeut, alsmede het verband tussen beide variabelen.

Tabel 3.13.: aantallen gevraagde en verkregen verwijzingen naar specialist en fysiotherapeut

verkregen verwijzing	gevraagde verwijzing		
	specialist	fysiotherapeut	geen
specialist	153	0	132
fysiotherapeut	3	61	127
geen	50	7	4512

Cramers V = .57

De bij de tabel vermelde associatiemaat, die in dit geval .57 is, geeft aan dat er een behoorlijk sterk verband is tussen het vragen om een verwijzing en het verkrijgen van een verwijzing. Dit wordt nog een extra duidelijk in tabel 3.14 wordt gekeken naar de mate waarin een verkregen verwijzing ook door de patiënt werd gevraagd, en een gevraagde verwijzing werd verkregen.

Verzoeken om verwijzing naar fysiotherapie worden voor bijna 90% gehonoreerd; van alle verwijzingen naar fysiotherapie gebreurt circa 1/3 (mede) op verzoek van de patiënt. Wat betreft het ingaan op verzoeken om naar de specialist te worden verwezen zijn de Almeerse

Tabel 3.14.: percentages door huisartsen gehonoreerde verzoeken om een verwijzing en de mate waarin een verkregen verwijzing door een verzoek is voorafgegaan, voor specialisten en fysiotherapeuten

	% gehonoreerde verzoeken om een verwijzing	% verwijzingen voorafgegaan door een verzoek
specialist	74.4	53.7
fysiotherapeut	89.7	33.5

huisartsen wat terughoudender. Hier worden drie van vier patiënten, die met het verzoek om te worden verwezen bij hun huisarts aankloppen, ook daadwerkelijk verwezen naar een specialist. Bijna 54% van alle verwijzingen naar een specialist wordt voorafgegaan door een (in)direct verzoek van de patiënt. Dit laatste percentage komt aardig in de buurt van de 60% die in de bevolkingsenquête is gevonden. Om deze subparagraaf over verwijzingen tijdens het bezoek aan of van de huisarts af te sluiten, is tabel 3.14 waar het de verwijzingen naar specialisten betreft uiteengelegd voor de verschillende gezondheidscentra. Bij de verwijzingen naar fysiotherapeuten is hiervan afgezien, gelet op het geringere aantal verwijzingen per centrum. Tabel 3.15 (zie volgende pagina) geeft de resultaten van de analyse op centrumniveau.

Laten we, gelet op de kleine aantallen, het gezondheidscentrum 'Molenwiek' even buiten beschouwing dan worden verhoudingsgewijs de meeste verzoeken om een verwijzing naar de specialist gehonoreerd door de gezondheidscentra 'de Haak', 'Oost' en 'de Spil'. Meer terughoudend als het gaat om verzoeken van patiënten zijn de huisartsen in gezondheidscentrum 'West' en vooral 'de Schakel'. Het aantal verwijzingen op eigen initiatief van de huisarts is relatief het laagst in het gezondheidscentrum 'Waterwijk', gevolgd door 'de Schakel'. De huisartsen in de centra 'de Haak' en 'de Spil' verwijzen relatief veel patiënten op eigen initiatief. Door de cijfers van de verschillende centra in één tabel te presenteren gaan we er stilzwijgend vanuit dat de huisartsen in alle gevallen het begrip 'verzoek om een verwijzing' op dezelfde wijze te interpreteren en dezelfde (on)handigheid hebben in het voorkomen van een vraag van de patiënt om te worden verwezen. Of dit zo is kan niet worden nage-

Tabel 3.15.: percentages door huisartsen gehonoreerde verzoeken om een verwijzing naar de specialist en de mate waarin een verkregen verwijzing door een verzoek werd voorafgegaan, naar gezondheidscentrum

	% gehonoreerde verzoeken om verwijzing naar specialist	% verwijzingen naar specia- list voorafgegaan door verzoek
Almere-Haven	76.9	46.9
gc de Haak	90.0	38.3
gc Oost	83.7	54.5
gc West	69.7	57.5
Almere-Stad/Buiten	72.4	64.0
gc de Spil	80.0	47.0
gc de Schakel	60.0	66.7
gc Waterwijk	76.7	71.9
gc Molenwiek	100.0 (n=8)	88.9 (n=9)
Almere-totaal	74.4	53.7

gaan.

Hoewel wij beseffen dat we ons hiermee op glad ijs begeven zou met enige voorzichtigheid kunnen worden gesteld dat het verwijsgedrag dat optimaal past in de Almeerse visie op de inrichting van de gezondheidszorg wordt gekenmerkt door een goede balans tussen de invloed van de patiënt en het eigen initiatief van de huisarts. Wat het eigen initiatief van de huisarts betreft, past terughoudendheid in het aantal verwijzingen het best in de Almeerse visie. Immers, doelstelling is een sterke eerstelijns, waarin relatief weinig patiënten worden verwezen. Bij het inwilligen van verzoeken van patiënten om te worden verwezen ligt de zaak ingewikkelder. Enerzijds zal men in eerste instantie terughoudend moeten opstellen tegenover de meeste verzoeken om te worden doorverwezen gelet op de hierboven nog eens aangehaalde doelstelling van het PGA. Anderzijds streeft men juist in Almere naar mondiger patiënten waarbij ingecalculeerd moet worden dat ook in het verwijsbeleid van de huisarts de patiënt een zekere stem in het kapittel wenst te hebben. De juiste weg zal wel ergens in het midden liggen.

3.2.3. Laboratorium- en röntgenonderzoek

Bij het verwijzen naar medisch specialisten zijn de aanvragen voor het doen van laboratoriumonderzoek en het maken van bijvoorbeeld röntgenfoto's of uitstrijkjes niet meegenomen. Onder het kopje 'röntgen- en laboratorium onderzoek' wordt aan deze categorie werkzaamheden zowel bij het gehanteerde vragenformulier als in de voorliggende rapportage een apart subhoofdstuk gewijd. Op het vragenformulier is aan de huisartsen verzocht bij elk contact aan te geven of het bezoek laboratorium en/of röntgenonderzoek met zich meebracht. Hierbij is geprobeerd een onderscheid te maken tussen onderzoek wat door de huisarts of assistente zelf in het eigen centrum kon worden gedaan en onderzoek waarvoor gebruik moest worden gemaakt van externe faciliteiten. Overigens kunnen de mogelijkheden voor diagnostische activiteiten van centrum tot centrum verschillen. Met een aantal centra nog in opbouw en andere volledig geoutileerd is dit welhaast onvermijdelijk. Ook komt het voor dat onderzoek wat onder normale omstandigheden buiten de deur wordt uitgevoerd, in bijzondere gevallen toch binnen het eigen centrum wordt verricht. Een mooi voorbeeld van dit laatste is het gebruik van de röntgenapparatuur van een van de tandartsen bij een huisartspatiënt, waar deze normaliter naar een polikliniek zou zijn verwezen. Deze factoren, alsmede de opgetreden verwarring in het begrippenstelsel, maken dat wij ons in deze rapportage beperken tot de aantallen aanvragen voor laboratorium en/of röntgenonderzoek en geen onderscheid maken naar in- en extern verricht onderzoek.

Tabel 3.16 (zie volgend pagina) geeft de cijfers voor de Almeerse gezondheidscentra.

Om een indicatie te krijgen of bij een percentage van gemiddeld 14% gesproken kan worden van een laag dan wel een hoog percentage laboratoriumonderzoekingen per 100 contacten, kunnen deze cijfers worden vergeleken met de situatie in Lelystad. Voor de opening van het Zuidoost ziekenhuis lag het percentage verwijzingen voor röntgen en/of laboratoriumonderzoek bij alle spreekuurcontacten op 11.1%; in 1984 bleek het percentage onderzoekingen gestegen naar 13.9%. Almere blijkt derhalve nauwelijks van Lelystad te verschillen. Opsplitsing naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm laat zien dat per 100 contacten voor vrouwen wat vaker onderzoek wordt aangevraagd dan voor mannen (vrouwen: 15.1%, mannen: 12.5%). Bij de variabele leeftijd laat eigenlijk alleen de categorie 0-9-jarigen een belangrijk verschil zien ten opzichte van het gemiddelde. Deze leeftijdsgroep wordt relatief weinig verwezen. Ziekenfondsverzekerden worden wat

minder doorgestuurd voor laboratorium of röntgenonderzoek dan particulier verzekerden. Wellicht is de oorzaak van dit laatste effect mede gelegen in het feit dat particulier verzekerden minder snel van de diensten van huisarts gebruik maken dan ziekenfondsverzekerden. Gaat men naar de dokter dan is mogelijk het klachtenpatroon ernstiger, zodat bij deze groep in verhouding meer laboratorium- en röntgenonderzoek plaatsvindt.

Kijken we naar de afzonderlijke artsen dan variëren de percentages aanvragen voor röntgen en/of laboratoriumonderzoek tussen de 7.4% en de 20.7%.

Tabel 3.16.: aantallen verwijzingen voor röntgen/laboratorium onderzoek absoluut en per 100 contacten, naar gezondheidscentrum

	aantal verwijzingen	
	absoluut	per 100 contacten
Almere-Haven	352	12.9
gc de Haak	85	10.4
gc Oost	107	12.8
gc West	102	14.2
Almere-Stad/Buiten	361	15.6
gc de Spil	78	11.4
gc de Schakel	129	18.1
gc Waterwijk	112	16.7
gc Molenwiek	42	17.2
Almere, totaal	713	14.2

3.2.4. Recepten

Uit de aantallen patiënten per 100 contacten die worden verwezen naar specialist of fysiotherapeut of waarbij laboratorium- en/of röntgenonderzoek wordt aangevraagd is op te maken, dat het gaat om relatief kleine aantallen. Dit is veel minder het geval bij het uitschrijven van recepten. Het percentage consultaties van huisartsen en specialisten waarbij medicijnen werden voorgeschreven bedroeg in 1984 voor Nederland 57.6% (Nefarma, 1985). In totaal werd in 1983 voor een bedrag van 2.7 miljard aan genees- en verbandmiddelen geconsumeerd, ofwel ca 8% van de totale kosten van de gezondheidszorg in Nederland. Per ziekenfondsverzekerde werd aan genees- en verband-

middelen in 1983 een bedrag van f 151,65 uitgegeven. Natuurlijk zijn niet alle medicijnen die worden aangeschaft verkregen op recept van de huisarts. Een deel van de medicijnen (ca 8%) wordt voor zelfmedicatie aangeschaft bij drogisten, terwijl nog eens ongeveer 12% wordt omgezet via ziekenhuisapotheken. Zo'n 80% van de geneesmiddelenomzet loopt via de huisartsen en officine-apothekers (Nefarma, 1985).

Over de mate waarin huisartsen recepten uitschrijven en solistisch opererende huisartsen in hun voorschrijfgedrag verschillen van huisartsen in duo-praktijken, home-teams of gezondheidscentra zijn enige gegevens voorhanden. Kuyvenhoven, Van Hemert en Thiecke (1985) vonden voor een Utrechtse duopraktijk een aantal van 52 voorschriften per 100 contacten. Uit het monitoringsproject van Lamberts (1981) komt een aantal van 40 voorschriften per 100 problemen. Gaan we uit van ongeveer 1.5 klachten per contact, dan betekent dit dat bij ongeveer 60% van alle contacten een recept wordt uitgeschreven. Bij onderzoek naar verschillen tussen groepen huisartsen werden geen verschil in voorschrijfvolume tussen solistisch werkzame huisartsen en hun collega's die werkzaam zijn in een samenwerkingsverband (Honhoff, 1977; Bertens en Samuels Brusse, 1980; Haayer-Ruskamp, 1984) gevonden. In Lelystad tenslotte werd een percentage consulten, waarbij medicijnen werden uitgeschreven gevonden van 52.4% in 1982 en 48.0% en 1984 over alle huisartsen genomen (Nijhout, 1985).

Aan de hand van gegevens over 1982 van het Ziekenfonds Gooi & Omstreken hebben wij eerder geconstateerd dat, naar het aantal voorschriften en afleveringen gemeten, de Almeerse huisartsen wat minder medicijnen lijken voor te schrijven dan andere Gooise huisartsen of de gemiddelde huisarts in Nederland (Sixma en Van de Voort, 1985). Wat de aantallen uitgeschreven recepten betreft wordt deze conclusie gestaafd door de cijfers van tabel 3.17. De gegevens van de contactregistratie laten zien dat de Almeerse huisarts niet tot het type huisarts behoort dat snel medicijnen voorschrijft. Vrouwen krijgen over het geheel genomen wat vaker een recept uitgeschreven dan mannen (44.1% versus 41.6%). Betrekken we de variabele leeftijd in de analyse, dan blijkt dat bij vrouwen (m.u.v. de leeftijdscategorieën tot 16 jaar waar het aantal recepten relatief laag ligt) het voorschrijven gelijkmatig is verdeeld over alle leeftijdsgroepen. Bij mannen valt op dat naast de categorie tot 16 jaar ook de leeftijdsgroepen vanaf 65 jaar een daling te zien geven in het aantal recepten per 100 contacten in vergelijking tot de groep tussen de 55 en 65 jaar. Over het geheel genomen verschillen ziekenfondsverzekerden

Tabel 3.17.: aantal contacten met de huisarts (spreekuur + visites) waarbij een recept wordt uitgeschreven, bij 22 Almeerse huisartsen, absoluut en in percentages

	<u>spreekuur</u>		<u>visite</u>		<u>totaal</u>	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
recept uitge- schreven	1961	43.8	214	38.1	2175	43.1
geen recept	2520	56.2	348	61.9	2868	56.9

nauwelijks van particulier verzekerden als het gaat om de mate waarin recepten worden uitgeschreven.

In tabel 3.18 is het voorschrijven van recepten uitgesplitst naar de aard van het consult.

Tabel 3.18.: aantal recepten per 100 contacten, naar aard van het consult

	aantal recepten
anticonceptie	74.0
chronische klacht	45.1
EHBO	21.8
andere klacht	40.9

Het hoge percentage recepten bij anticonceptie is niet verwonderlijk. Immers, voor een zeer groot deel zullen deze contacten bestaan uit 'pilconsulten' waarbij het verkrijgen van een recept vaak het doel is van het bezoek aan de huisarts. Wel kan worden vastgesteld dat deze 'pilconsulten' in zijn geheel verantwoordelijk zijn voor de oververtegenwoordiging van vrouwen bij het aantal uitgeschreven recepten per 100 contacten. Tenslotte is ook bij het uitschrijven van recepten weer een opdeling gemaakt naar de verschillende gezondheidscentra. Tabel 3.19 laat zien dat er nauwelijks een verband is tussen het aantal jaren dat een centrum draait en de mate waarin consulten resulteren in het uitschrijven van een recept. Kijken we

naar de ongecorrigeerde cijfers dan blijkt dat de minste recepten per 100 contacten worden uitgeschreven in de gezondheidscentra 'de Spil' en 'Molenwiek'; koploper bij het aantal recepten per 100 contacten is het gezondheidscentrum 'Oost'. Anders gezegd in centrum 'Oost' worden per 100 contacten 40% meer recepten uitgeschreven dan in gezondheidscentrum 'Molenwiek'. Ook opvallend is het lage aantal recepten in het centrum 'de Haak', met name als we in herinnering halen de relatieve oververtegenwoordiging van patiënten in de leeftijdscategorie 65 jaar en ouder. Wellicht speelt hier een rol dat met name deze oudere patiënten hun medicijnen verstrekt krijgen buiten het direct contact met de huisarts om, via bijvoorbeeld specialisten of door de assistentes verstrekte herhaalrecepten. Dit ontrekt zich echter aan onze waarnemingen. Tabel 3.19 heeft ook een kolom waarbij voor alle praktijken wordt gedaan of deze wat de leeftijdsopbouw en verzekeringsvorm betreft, niet afwijken van de landelijke situatie. Dan blijkt dat in relatieve zin het gezondheidscentrum 'Molenwiek' de minste recepten uitschrijft en 'Oost' de meeste. De verschillen tussen Haven en Stad verdwijnen na correctie.

Tabel 3.19.: aantal uitgeschreven recepten per 100 contacten, naar gezondheidscentrum; ongecorrigeerd en gecorrigeerd naar praktijksamenstelling

	aantal recepten per 100 contacten	
	ongecorrigeerd	gecorrigeerd
Almere-Haven	44.2	44.3
gc de Haak	40.0	39.1
gc Oost	49.9	52.0
gc West	46.2	45.7
Almere-Stad/Buit	41.9	44.6
gc de Spil	38.6	44.0
gc de Schake	47.1	49.2
gc Waterwijk	41.8	44.1
gc Molenwiek	35.8	34.4
Almere, totaal	43.1	44.4

Op het niveau van de individuele huisartsen kan worden vastgesteld dat de percentages consulten waarbij een recept wordt uitgeschreven schommelen tussen de 25.9% en 58.8% (ongecorrigeerd) en na correctie voor verschillen in praktijksamenstelling tussen de 29.5% en 59.6%.

3.2.5. Het terugbestellen van patiënten

Als laatste onderdeel bij de spreekuur- en visiteregistratie is gekeken naar de mate waarin patiënten door de huisarts worden terugbesteld. Samen met het verwijzen naar specialist of fysiotherapeut en het voorschrijven van medicijnen maakt het terugbestellen deel uit van de praktijkmanagement van huisarts. Met deze handelingen kan het aantal patiënten per spreekuur of visite in zekere mate worden gereguleerd. Bij de consultregistratie zijn twee vormen van terugbestelling onderscheiden. In de eerste plaats is er de onvoorwaardelijke terugbestelling ("U komt over twee weken bij mij terug"). Daarnaast is er de voorwaardelijke terugbestelling ("Als de klacht niet over is, komt u over twee weken maar terug"). Bij het onderzoek in Lelystad zijn percentages terugbestellingen gevonden die tussen 1982 en 1984 bij de categorie onvoorwaardelijk schommelden tussen de 19.1 (1982) en 22.0 (1984). Het percentage voorwaardelijke terugbestellingen varieert van 24.5 (1982) tot 26.3 (1983) en 23.2 (1984). Zoals tabel 3.20 laat zien, zitten de Almeerse huisartsen hier wat boven.

Tabel 3.20.: aantal terugbestellingen (spreekuur en visites) bij 22 Almeerse huisartsen, absoluut en in percentages

terugbestelling	spreekuur		visite		totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
onvoorwaardelijk	1024	22.9	155	27.5	1179	23.4
voorwaardelijk	1247	27.8	184	32.6	1431	28.4
niet terugbesteld	2210	49.3	225	39.9	2435	48.3

Bij de onvoorwaardelijke terugbestellingen geldt voor vrouwen een wat hoger percentage dan voor mannen (23.8 versus 22.6%); bij de voorwaardelijke terugbestellingen ligt de verhouding precies omgekeerd (mannen: 29.1% en vrouwen 27.9%). Bij de verdeling naar leeftijdscategorieën laat het percentage voorwaardelijke terugbestellingen geen verband met leeftijd zien. Bij de onvoorwaardelijke terugbestellingen, loopt het percentage terugbestelling op van 15.3% voor de 0-9-jarigen, via 20.3% (10-19 jaar), 24.9% (20-49 jaar) en 36.8% (50-69 jaar) naar 40.0% voor de leeftijdsgroep 70 jaar en ouder. De verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden zijn klein waar het onvoorwaardelijke terugbestellingen betreft

(23.7% voor ziekenfondsverzekerden versus 22.6% voor particuliere patiënten) en ontbreken bij de voorwaardelijke terugbestellingen. Een relatief hoog percentage patiënten dat voor röntgen- en/of laboratoriumonderzoek wordt doorverwezen, wordt door de huisarts terugbesteld; zowel bij de onvoorwaardelijke als bij de voorwaardelijke terugbestellingen liggen de percentages voor deze categorie patiënten tussen de 35 en 40% . De Almeerse huisarts wenst nadrukkelijk greep te houden op vooral deze groep patiënten.

Voor wat betreft de terugbestellingen naar aard van de klacht waarmee men de huisarts raadpleegt, is het aantal terugbestellingen bij chronische klachten met in totaal 63% hoog. Bij de terugbestellingen voor anticonceptie valt nog op te merken dat de periodieke controle bij het pilgebruik waarschijnlijk niet door alle huisartsen is opgevat als een terugbestelling. Tabel 3.21 geeft de cijfers voor alle categorieën.

Tabel 3.21.: aantallen terugbestellingen per 100 contacten, naar achtergrond van het consult

soort consult	onvoorwaardelijke terugbestelling	voorwaardelijke terugbestelling
anticonceptie	24.7	14.0
chronische klacht	35.6	27.5
EHBO	24.7	23.5
andere klacht	18.3	30.2

Ter afsluiting van de subparagraaf over terugbestelling wordt weer een overzicht gepresenteerd van de percentages uitgesplitst naar gezondheidscentrum. Tabel 3.22 geeft de resultaten.

Zonder dat op deze plaats aan de hoogte van het percentage terugbestellingen een waarde-oordeel wordt gekoppeld over het functioneren van het betreffende gezondheidscentrum, mag op grond van tabel 3.22 worden vastgesteld dat de percentages terugbestelling behoorlijk uiteenlopen. Opmerkelijk is dat gezondheidscentra die hoog scoren op het percentage onvoorwaardelijke terugbestellingen in de regel ook veel voorwaardelijke terugbestelling per 100 contacten hebben; een laag aantal onvoorwaardelijke terugbestellingen gaat samen met weinig voorwaardelijke terugbestellingen. Dit wijst erop dat het één

Tabel 3.22.: aantal terugbestellingen per 100 contacten, naar gezondheidscentrum

	terugbestellingen	
	onvoorwaardelijk	voorwaardelijk
Almere-Haven	24.3	28.5
gc de Haak	18.7	18.4
gc Oost	19.7	23.0
gc West	25.0	35.7
Almere-Stad/Buiten	22.3	28.2
gc de Spil	21.9	18.5
gc de Schakel	23.2	34.2
gc Waterwijk	24.0	32.3
gc Molenwiek	16.4	26.6
Almere, totaal	23.4	28.4

niet kan worden gezien als een substituut voor het ander. Onze veronderstelling, dat er sprake is van een artskenmerk waarbij de ene arts onder alle omstandigheden meer terugbesteld dan de ander, wordt bevestigd door nadere analyse op het niveau van de individuele artsen. Bij 13 van de 22 artsen gaat een relatief hoog percentage onvoorwaardelijke terugbestellingen samen met eveneens een hoog percentage voorwaardelijke terugbestellingen. Bij de individuele artsen liggen de percentage onvoorwaardelijke terugbestellingen tussen minimaal 10.5% en maximaal 47%; bij de voorwaardelijke terugbestellingen zijn de percentages 4.1% en 49%. Gezondheidscentra met een hoog percentage voorwaardelijke en onvoorwaardelijke terugbestellingen zijn het gezondheidscentrum 'West' en 'Waterwijk'. Lage aantallen terugbestellingen per 100 contacten worden genoteerd in 'de Haak' en 'Molenwiek' (vooral bij de onvoorwaardelijke terugbestellingen).

3.2.6 Praktijkmanagement

In de voorgaande subparagrafen is per deelactiviteit van de huisarts een overzicht gegeven van de aantallen handelingen en de eventuele invloed van achtergrondvariabelen. In deze paragraaf willen we een totaalbeeld presenteren van het werken van de Almeerse huisarts, met name waar het gaat om de uitkomsten van de consulten. Eerst worden voor alle gezondheidscentra de uitkomsten nog eens naast elkaar gezet en vergeleken met een Almeers gemiddelde, vervolgens wordt één

en ander bezien in de licht van de doelstellingen van het project gezondheidszorg Almere. Tenslotte zal worden ingegaan op de mate waarin de handelingen van de huisarts elkaars substituut vormen en welke veranderingen in de toekomst verwacht mogen worden. Bij de presentatie van deze totaalcijfers past nog een opmerking. Tabel 3.2. liet zien dat de praktijkopbouw van alle gezondheidscentra nauwelijks verschilt naar geslacht van de patiënten. Minder uniform zijn de verdelingen naar percentage ziekenfondsverzekerden en naar de variabele leeftijd. Voor deze verschillen in praktijksamenstelling is gecorrigeerd in tabel 3.23. De in deze tabel vermelde 'outputgegevens' zijn berekend op het niveau van de afzonderlijke praktijken, waarbij voor de praktijksamenstellingen de verdelingen naar leeftijd en verzekeringsvorm is aangehouden zoals geldend in Nederland. Door deze correctie zijn niet alleen de onderlinge resultaten

Tabel 3.23.: aantallen verwijzingen, onderzoeken, recepten en terugbestellingen per 100 contacten bij de gezondheidscentra in Almere, gecorrigeerd voor leeftijd en verzekeringsvorm.

	'output' gegevens per 100 contacten				
	verwijzingen		lab/röntgen	recepten	onv. terugbe-
	spec.	fysio	onderzoek		stellingen
gc de Haak	5.4	3.2	10.4	39.1	19.0
gc Oost	8.8	5.0	12.7	52.0	21.5
gc West	6.9	5.0	17.5	45.7	19.1
gc de Spil	4.7	2.8	12.4	44.0	24.1
gc de Schakel	4.5	3.2	21.8	49.2	32.6
gc Waterwijk	5.0	4.5	19.5	44.1	29.9
gc Molenwiek*	2.9	3.7	15.4	34.4	15.6
Almere, totaal	5.9	3.9	15.7	44.4	25.8

* Aantal contacten bij het nog in opbouw zijnde centrum 'Molenwiek' is 245; dit is ongeveer 1/3 van wat de andere centra aan contacten hebben geregistreerd. De cijfers voor het centrum 'Molenwiek' zijn dan ook minder betrouwbaar.

van de centra direct vergelijkbaar, maar kunnen de resultaten ook zonder bezwaar worden vergeleken met landelijke cijfers zo deze beschikbaar zijn. Door de toegepaste correctie kunnen de in tabel 3.23 gepresenteerde gegevens afwijken van hetgeen in voorgaande tabellen

is weergegeven.

De grote vraag is natuurlijk waar Almere, met betrekking tot de in tabel 3.23 vermelde 'output' cijfers, staat ten opzichte van de rest van Nederland. Op dit moment is deze vraag moeilijk te beantwoorden. Enerzijds ontbreekt voor een aantal handelingen (onderzoekingen, recepten, terugbestellingen) recent, landelijk onderzoeksmateriaal. Anderzijds zitten bijvoorbeeld aan de omrekening van het aantal verwijzingen naar specialist en fysiotherapeut naar het aantal verwijskaarten per 1000 (ziekenfonds)patiënten zoveel haken en ogen, dat nauwelijks een betrouwbaar antwoord mogelijk is. Wat we wel kunnen doen is de cijfers voor geheel Almere vergelijken met de bevindingen in Lelystad. Dit gebeurt in tabel 3.24, waarbij we voor Almere gebruik maken van de ongecorrigeerde cijfers. De aanname hierbij is dat er een grote mate van gelijkheid is in de patiëntenbestanden in Almere en Lelystad en de gegevens voor Lelystad alleen in ongecorrigeerde vorm beschikbaar zijn.

Tabel 3.28.: 'outputgegevens' per 100 contacten voor Almere (22 huisartsen) en Lelystad*

	outputgegevens per 100 contacten					
	<u>verwijzingen</u>		lab/röntgen onderzoek	recepten	<u>terugbestelling</u>	
	spec.	fysio			onvoorw.	voorw.
Almere	5.6	3.8	14.2	43.0	23.4	28.4
Lelystad	5.7	?	13.9	48.0	22.0	23.2

* De hier gepresenteerde cijfers voor Lelystad komen uit het derde interimrapport 'een ziekenhuis op nieuw land' en hebben betrekking op de spreekuurcontacten in 1984.

Het verwijscijfer naar de specialist per 100 spreekuurcontacten is in Almere nagenoeg gelijk aan het cijfer voor Lelystad; het aantal verwijzingen voor röntgen- of laboratoriumonderzoek bij een polikliniek ligt in Almere wat lager evenals het aantal recepten dat wordt uitgeschreven. In vergelijking tot Lelystad worden patiënten in Almere wat vaker terugbesteld, met name waar het gaat om de voorwaardelijke terugbestelling.

De wijzen waarop een consult van de huisarts wordt beëindigd staan niet geheel los van elkaar. Zo heeft de huisarts de mogelijkheid om bij een deel van de verwijzingen naar de specialist, deze verwij-

zingen te vervangen door een verwijzing naar de fysiotherapeut, het (laten) doen van laboratorium/röntgenonderzoek, het uitschrijven van een recept of het terugbestellen van een patiënt.

In zijn algemeenheid kan voor Almere worden vastgesteld dat tussen specialist en fysiotherapeut van substitutie geen sprake lijkt; integendeel lage verwijzscijfers naar specialisten lijken samen te gaan met lage verwijzscijfers naar fysiotherapie. Bij zowel het laboratorium/röntgenonderzoek als het terugbestellen van patiënten zijn wel indicaties te vinden voor een substitutie-effect met het verwijzen van patiënten. Op het niveau van de afzonderlijke huisartsen gaat een relatief hoog verwijzscijfer samen met weinig onderzoek en terugbestellingen. Bij het aantal uitgeschreven recepten is er een tegengestelde tendens; een vaak verwijzende arts blijkt ook een arts te zijn die relatief vaak medicijnen voorschrijft. Op deze achterliggende verbanden zal in de slotparagraaf van dit hoofdstuk nog worden teruggekomen. Het gemiddelde aantal handelingen per consult bedraagt 1.198. Het percentage consulten dat wordt beëindigd zonder verwijzing, onderzoek, recept of terugbestelling ligt op 20.3%. Voor chronische patiënten komt het gemiddeld aantal handelingen op 1.375, met een percentage consulten zonder handelingen van 11.5%. Een volledig overzicht geven tabellen 3.25 en 3.26. Handelingen zijn hierbij op te vatten als verwijzingen, laboratoriumonderzoek, medicijnverstrekking of het terugbestellen.

Tabel 3.25.: aantal handelingen per consult in Almere, voor alle consulten en de consulten waarbij sprake is van chronische klachten

	totaal		chron. patiënten	
	abs.	%	abs.	%
geen handeling	1024	20.3	150	11.5
1 handeling	2251	44.6	585	44.8
2 handelingen	1536	30.4	502	38.4
3 handelingen	237	4.7	69	5.3
4 handelingen	4	.0	-	-

Tabel 3.26 laat tevens zien dat het gemiddeld aantal handelingen (verwijzing, onderzoek, recept, terugbestelling) per consult en het percentage consulten waarbij de huisarts geen van dergelijke hande-

lingen verricht per centrum behoorlijk verschillen. In het gezondheidscentrum West ligt het percentage handelingen meer dan 36% boven het aantal handelingen in het centrum 'de Haak'. In hetzelfde centrum West gaat één op de zeven patiënten zonder verwijzing/onderzoek/recept/terugbestelling de deur uit; bij de centra 'de Haak' en 'de Spil' gebeurt dit bij meer dan twee op elke zeven patiënten.

Tabel 3.26.: gemiddeld aantal handelingen en percentages consulten zonder handelingen voor alle consulten en de consulten van chronische patiënten, naar gezondheidscentrum

	<u>gemiddeld aantal handelingen</u>		<u>% consulten zonder handeling</u>	
	alle con- sulten	chronische patiënten	alle con- sulten	chronische patiënten
Almere Haven	1.214	1.380	18.5	10.5
de Haak	.972	1.212	29.9	17.1
Oost	1.190	1.478	18.8	9.3
West	1.325	1.415	13.9	7.1
Almere Stad/				
Buiten	1.178	1.368	22.4	12.9
de Spil	1.000	1.221	29.9	22.1
de Schakel	1.322	1.545	16.0	4.8
Waterwijk	1.258	1.429	19.4	9.7
Molenwiek	1.041	1.156	28.0	19.5
Almere, totaal	1.198	1.375	20.3	11.5

3.2.7. Praktijkgegevens en uitkomsten van de contacten

In de voorgaande tekst is achtereenvolgens een beeld geschetst van de verschillende huisartsenpraktijken, de aantallen contacten met patiënten en de uitkomsten van deze contacten. Vervolgens is in de vorige paragraaf aandacht geschonken aan de samenhang tussen de mogelijke uitkomsten van contacten met de huisarts. Wat overblijft is het leggen van een verband tussen de praktijksamenstelling van de huisartsen en de mogelijke uitkomsten van een contact. Door analyse op het niveau van de individuele huisartsen kan niet alleen worden nagegaan of het veel verwijzen van patiënten samengaat met het relatief vaak voorschrijven van medicijnen, maar kan ook worden onder-

zocht of er een relatie is tussen de praktijkgrootte of samenstelling en bijvoorbeeld het individuele verwijscijfer. Nadeel van een dergelijke multivariate analyse is dat we beschikken over de gegevens van 'slechts' 21 huisartsen. Door dit relatief kleine aantal is het moeilijk een resultaat te bereiken dat in statistisch opzicht betekenisvol is.

Met betrekking tot de praktijksamenstelling zijn in de analyse opgenomen als variabelen: de praktijkgrootte op 1 april 1985, het percentage ziekenfondsverzekerden en het percentage personen van 65 jaar en ouder. De verdeling in mannen en vrouwen is niet als variabele opgenomen, omdat de praktijken op deze variabele onderling niet of nauwelijks verschillen. Bij de uitkomst van de contacten is gekeken naar het percentage verwijzingen naar medisch specialisten en fysiotherapie, het percentage contacten waarbij medicijnen worden voorgeschreven, het percentage onvoorwaardelijke terugbestellingen en het percentage aanvragen voor diagnostisch onderzoek. Tabel 3.27 geeft allereerst de verbanden tussen deze variabelen weergegeven door de correlatiecoëfficiënten. In deze tabel zijn alleen de statistisch significante verbanden opgenomen, waarbij als grenswaarde een overschrijdingskans van $p = .10$ is aangehouden. Wordt de significantiegrens niet gehaald, hetgeen bij een aantal van 22 artsen al snel het geval is, dan wordt door middel van plus- en mintekens aangegeven of er sprake is van een positieve dan wel negatieve tendens tot samenhang.

Tabel 3.27: Correlatiematrix van de variabelen 'praktijksamenstelling' en 'uitkomsten contacten'.

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 aantal patiënten	*	-.68	.30	.51	+	.30	+	-
2 % zf patiënten		*	-	-.46	-	-	+	-
3 % patiënten 65+			*	.32	+	+	-	-.41
4 % verwijzingen specialist				*	+	.33	-	-
5 % verwijzingen fysio					*	.44	+	+
6 % medicijnen						*	-	+
7 % (onv.)terugbestellingen							*	-
8 % (lab.)onderzoek								*

Op het niveau van de individuele huisartsen, blijkt dat een grote praktijk samengaat met relatief weinig ziekenfondspatiënten en veel oudere patiënten, maar tevens met relatief veel verwijzingen naar medisch specialisten en het veel voorschrijven van medicijnen. Tevens is er een tendens dat bij grotere praktijken meer verwijzingen naar fysiotherapie worden uitgeschreven, patiënten vaker onvoorwaardelijk worden terugbesteld en er minder patiënten worden doorgestuurd met een verwijzing voor röntgen- of laboratoriumonderzoek. Telt een praktijk veel ziekenfondspatiënten dan gaat dit samen met relatief weinig verwijzingen; zijn er daarentegen veel personen van 65 jaar en ouder onder de patiënten dan is er sprake van een relatief hoog verwijzingscijfer. Verwijzen en het voorschrijven van medicijnen zijn positief gecorreleerd; huisartsen die relatief veel verwijzen naar medisch specialisten en fysiotherapeuten blijken ook relatief vaak medicijnen voor te schrijven. Percentages terugbestellingen en verwijzingen voor diagnostisch onderzoek blijken niet significant samen te hangen met een van de andere opgenomen variabelen, met uitzondering van een negatieve correlatie tussen het percentage ouderen en het aantal aanvragen van laboratoriumonderzoek. Voor dit negatieve verband is niet onmiddellijk een verklaring voorhanden. Doordat de variabelen 'praktijkgrootte', 'percentage ziekenfondsverzekerden' en 'percentage personen van 65 jaar en ouder' ook onderling samenhangen is niet zonder meer duidelijk welke factor of factoren verantwoordelijk zijn voor de verschillen in het verwijzen naar (medisch) specialisten en het voorschrijven van medicijnen. Met behulp van multiple regressieanalyse kunnen de afzonderlijke effecten worden opgespoord van de praktijkenmerken op het verwijs- en voorschrijfgedrag van de Almeerse huisartsen. Tabel 3.28 geeft de regressie-analyse met het percentage verwijzingen naar medisch specialisten als afhankelijke variabele; tabel 3.29 doet hetzelfde maar nu is de afhankelijke variabele het percentage contacten waarbij medicijnen worden voorgeschreven.

Van de drie praktijkenmerken blijkt alleen de praktijkgrootte een zelfstandig effect te hebben op het verwijzgedrag. Naarmate de praktijkomvang toeneemt, neemt ook het percentage patiënten dat tijdens de consulten naar de medisch specialist wordt verwezen toe. Het percentage ouderen of ziekenfondsverzekerden blijkt geen zelfstandig effect te hebben dat de significantiegrens van $p=.10$ haalt. Een verklaarde variantie van .32, betekent dat 32% van de verschillen in verwijzingscijfers worden veroorzaakt door de variabelen praktijkgrootte, percentage ouderen en percentage ziekenfondsverzekerden. Nemen

Tabel 3.28.: regressie-analyse op de mate waarin patiënten door de Almeerse huisartsen worden verwezen naar medisch specialisten.

onafhankelijke variabelen	β	F-waarde
praktijkgrootte	.30	6.70*
percentage 65+	.19	.80
percentage ziekenfondsverzekerden	-.22	.65
R^2		.32

* significant bij $p < .05$

Tabel 3.29.: regressie-analyse op de mate waarin door de Almeerse huisartsen medicijnen worden voorgeschreven.

onafhankelijke variabelen	β	F-waarde
praktijkgrootte	.19	1.84
percentage ziekenfondsverzekerden	.15	.24
percentage 65+	-	-
R^2		.10

we alleen de variabele praktijkomvang op in de vergelijking, dan bedraagt het percentage verklaarde variantie 26%.

Kijken we naar de afzonderlijke effecten van de praktijkenmerken op de mate waarin huisartsen verschillen in hun voorschrijfgedrag van medicijnen, dan laat tabel 3.29 geen andere conclusie toe dat geen van de praktijkenmerken, een significante bijdrage levert aan dergelijke verschillen. Weliswaar is het ook hier de praktijkgrootte die het grootste aandeel heeft in het percentage verklaarde variantie, doch het effect is niet significant. Bovendien wordt in totaal slechts 10% van de verschillen in voorschrijfgedrag verklaard.

Resumerend kunnen we vaststellen dat er een samenhang bestaat tussen het verwijzen naar medisch specialisten en fysiotherapeuten en het voorschrijven van medicijnen. Bovendien kan worden vastgesteld dat naarmate de praktijkomvang groeit, huisartsen relatief vaker een verwijfskaart naar de medisch specialist uitschrijven. Een causaal verband tussen praktijkgrootte en het percentage consulten waarbij een recept wordt uitgeschreven kon niet worden aangetoond.

4. RESULTATEN CONTACTREGISTRATIE ASSISTENTES

Informatie met betrekking tot de aantallen contacten met de assistentes van de huisartsen en inhoud van deze contacten moet worden gezien als aanvulling op hetgeen bij de huisarts zelf is verzameld. Het gaat om patiënten die eigenlijk voor de huisarts komen maar door de assistente worden geholpen.

In dit verband nog een drietal kanttekeningen. De registratie door de assistentes is duidelijk bedoeld als aanvulling op hetgeen de huisartsen hebben geregistreerd. Dit houdt in dat die werkzaamheden van de assistentes die geacht worden tot hun dagelijks werk te behoren voor het overgrote deel niet zijn geregistreerd. Een tweede beperking is dat de aantallen contacten waarover gegevens zijn verzameld betrekkelijk gering zijn; deze geringe aantallen sluiten al te stellige conclusies uit. Een derde kanttekening betreft de volledigheid van deze aanvullende registratie. Onze indruk is dat waar het gaat om bijzondere gevallen (EHBO, het maken van ECG's, pilcontroles) de registratie tamelijk volledig is. Bij de meer routineachtige werkzaamheden (bijvoorbeeld bloed- of urine-onderzoek) kan deze volledigheid ontbreken. In sommige gevallen is hier volstaan met de opmerking 'zes maal urine-onderzoek' zonder nadere specificatie, zodat deze werkzaamheden moeilijk konden worden gekoppeld aan patiënten. Aan verschillen tussen gezondheidscentra mag mede om deze reden geen al te grote waarde worden toegekend.

4.1. Aantallen patiënten

Evenals de huisarts hebben de assistentes gedurende tien dagen in de periode februari-mei 1985 enkele gegevens verzameld over aantal en achtergronden van de klachten van patiënten en over de door de assistente gevolgde behandeling. In totaal gaat het om 868 contacten. Niet alle 868 patiënten zijn volledig zelfstandig door een van de assistentes behandeld. Een deel van de patiënten werd door de huisarts behandeling overgedragen aan de assistente, een ander deel volgde de omgekeerde weg, waarbij de assistente enkel de eerste opvang verzorgde. Tabel 4.1 geeft de aantallen patiënten naar wijze van behandeling.

Patiënten uit de categorieën 'binnen via huisarts, geholpen door

Tabel 4.1.: aantal assistente-patiënt-contacten naar wijze van behandeling; absoluut en in percentages

binnenkomst en behandeling via	aantal contacten	
	abs.	%
zelfstandig geholpen door de assistente	611	70
binnen via huisarts, geholpen door assistente	211	24
binnen bij assistente, geholpen door huisarts	20	2
anders	16	2
onbekend	10	1
totaal	868	100

assistente' en 'binnen bij assistente, geholpen door huisarts' zijn ook door de huisarts geregistreerd. Zij vormen dubbeltellingen. De 611 patiënten die zelfstandig door de assistente worden geholpen, aangevuld met de 16 patiënten uit de categorie 'anders', leveren informatie op die extra is. Tabel 4.2 die de aantallen contacten met de assistente geeft per 1000 patiënten, kan dan ook worden opgevat als aanvulling op tabel 3.3 met de huisartscontacten.

Tabel 4.2.: aantal assistente-patiëntcontacten per 1000 patiënten bij 10 registratiedagen per gezondheidscentrum, naar stadsdeel en gezondheidscentrum.

	aantal contacten per 1000 patiënten
Almere-Haven	13.9
gc de Haak	12.7
gc Oost	13.4
gc West	19.0
Almere-Stad/Buiten	15.3
gc de Spil	22.6
gc de Schakel	11.7
gc Waterwijk	12.7
gc Molenwiek	11.1
Almere, totaal	14.5

Stellen we het aantal patiënten per gezondheidscentrum gemakshalve op ca 6600 (in werkelijkheid varieert dit aantal ten tijde van de registratie tussen de 6992 en 5670), dan betekent dit dat per dag gemiddeld zo'n 9 à 10 mensen in de gezondheidscentra zelfstandig door de assistente worden geholpen.

Over de achtergrondvariabelen geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm van alle betrokken 868 patiënten kunnen we kort zijn. De verdelingen wijken slechts in zeer geringe mate af van de bevindingen voor de spreekuurregistratie van de huisartsen. Een oververtegenwoordiging van het aantal vrouwen en ziekenfondsverzekerden. Bij de variabele leeftijd zijn in vergelijking tot het totale patiëntenbestand de leeftijdscategorieën tot 20 jaar ondervertegenwoordigd; de overige categorieën in de gehanteerde vijfdeling zijn oververtegenwoordigd; het sterkst de categorie 50-60-jarigen.

4.2. Nadere analyse van de contacten met de assistente

Anders dan bij de huisartsen, waar gekeken is naar een aantal achtergronden van de klacht en de mogelijke oplossingen van de huisarts, gaat het bij de assistentes om twee belangrijke vragen. Met wat voor een probleem richtten de patiënten zich tot de assistente en wat waren de werkzaamheden die werden verricht? Antwoorden op beide vragen, die in de praktijk meestal samen werden gebracht onder het kopje 'verleende hulp' geeft tabel 4.3 (zie volgende pagina).

In de categorie 'anders' van tabel 4.3 zijn een aantal behandelingen of adviezen samengevoegd, die ieder afzonderlijk de 20 niet halen, met uitzondering van de afgenomen allergietesten en de aantallen keren dat een audiogram werd gemaakt. Het betreft de behandeling van wratten (11 maal), prikken ter bepaling van de bloedsuikerspiegel (19 maal), behandeling van een steenpuist (1 maal), gewichtscontroles (5 maal), diverse adviezen (9 maal) en 'anders' (10 maal). Bij negen patiënten stond vermeld 'assistentie arts', terwijl bij 17 patiënten 'geen' is ingevuld.

Het merendeel van de vaccinaties was tegen allergie in het algemeen en hooikoorts in het bijzonder; gelet op de registratieperiode in maart-april-mei niet zo heel erg verwonderlijk. Het aantal anti-tetanusinjecties bedroeg tijdens de registratieperiode 16, terwijl er drie vaccinaties tegen rode hond werden gegeven.

De verscheidenheid aan (be)handelingen en de relatief kleine aantallen per categorie maken het opsplitsen naar gezondheidscentrum wei-

Tabel 4.3.: aantal assistente-patiënt-contacten naar aard van de behandeling; absoluut

aard van de behandeling	aantal contacten
vaccinatie	179
bloedonderzoek	123
pilcontrole-anticonceptie	29
allergietest	8
uitspuiten van de oren	57
wondcontrole	84
EHBO-opvang en behandeling	77
audiogram	9
ECG	36
urine-onderzoek	89
bloeddrukmeting	74
zwangerschapstest	37
diversen	81
totaal	883

* Omdat meerdere behandelingen per patiënt konden worden gegeven (bijv. EHBO + tetanus-injectie) komt het totaal uit boven de 868 patiënten waarmee de assistentes zich bezighielden.

nig zinvol. Wat we wel zullen doen is een nadere bestudering van enkele categorieën behandelingen die in het kader van het PGA van extra belang zijn. Het betreft hier met name de EHBO-functie en het maken van ECG's.

Gedurende de tien registratiedagen werden de assistentes geconfronteerd met 58 nieuwe EHBO-gevallen, terwijl 56 patiënten langskwamen voor bijvoorbeeld wondcontrole. Koplopers wat betreft het aantal EHBO-patiënten waren de gezondheidscentra 'Oost' en 'West' met respectievelijk 13 en 16 gevallen. De overige centra telden 9 (de Spil, Waterwijk), 7 (de Schakel) en 2 (de Haak) verzoeken om EHBO. Verzoeken voor EHBO kwamen vooral van mensen uit de leeftijdscategorie 20-49 jaar (29 verzoeken), 10-19 jaar (10 verzoeken) en 0-9 jaar (9 verzoeken). Driekwart van alle EHBO-patiënten was verzekerd via het ziekenfonds; tussen de 55 en 60% betrof vrouwelijke patiënten.

Voegen we deze 58 gevallen bij de door de huisartsen geregistreerde EHBO-contacten, dan komen we voor geheel Almere uit op ca 240 EHBO-

contacten per 10 registratiedagen. Een deel hiervan zal uit dubbeltellingen bestaan; een patiënt kan een eerste registratiedag zijn geteld voor een open wond en een tweede registratiedag voor een wondcontrole. Gaan we uit van circa 200 nieuwe EHBO-gevallen per 10 registratiedagen, dan betekent dit ongeveer 5000 EHBO-contacten voor de eerstelijns op jaarbasis bij een populatie van ruim 43.000 inwoners. Dit aantal van 5000 ligt belangrijk hoger dan de schatting van ruim 3000 contacten, afkomstig uit een onderzoek naar de EHBO-functie in Almere door één van de Almeerse (ass)artsen (Vunderink, 1984). Voor dit uiteenlopen van de schattingen zijn een aantal verklaringen mogelijk. In de eerste plaats beperkte het onderzoek van Vunderink zich in Almere tot twee centra ('de Haak' en 'de Spil') die bij ons eigen onderzoek niet tot de koplopers lijken te behoren waar het gaat om de hoeveelheid EHBO-verzoeken. In de tweede plaats vond het onderzoek van Vunderink plaats in de periode van 20 februari tot en met 18 maart; een periode waarin, de woorden van de onderzoeker volgend, weinig wordt gesport en weinig activiteiten buitenshuis worden verricht. Daartegenover staat dat waar in ons onderzoek slechts maximaal tien dagen werd geregistreerd het onderzoek van Vunderink zich uitstreckte over vier weken. Tenslotte is het mogelijk dat bij de 240 EHBO-contacten van de Almeerse huisartsen in onze registratie een aantal wondcontroles zijn opgenomen, die strikt genomen niet tot de EHBO gerekend mogen worden.

Meer exacte gegevens over het aantal EHBO-contacten, de aard van de verwondingen en achtergrondgegevens over patiënten en ongeluk zullen worden verzameld in een apart deelonderzoek naar de EHBO-functie in Almere. Dit deelonderzoek zal plaatsvinden in de tweede helft van 1986. Overigens zijn beide onderzoeken het redelijk met elkaar eens als het gaat om de percentages kinderen onder de EHBO-patiënten en de mate waarin patiënten worden doorverwezen door de huisarts.

Wat betreft het maken van ECG's door de assistentes kunnen we, gelet op het aantal van 14 tijdens de gehele registratieperiode van 10 weken, kort zijn. Alle centra verrichtten deze activiteit, in de leeftijdsverdeling zit een piek bij de categorie 50-70-jarigen en van de veertien patiënten zijn er tien verzekerd bij het ziekenfonds. Deze aantallen verschillen nauwelijks van de verdeling ziekenfondspatiënten-particuliere patiënten in heel Almere. Vermeldenswaardig is nog dat het maken van ECG's één van de weinige activiteiten is, waarbij mannen lijken te zijn oververtegenwoordigd. Van de 14 ECG's, hebben er negen betrekking op mannelijke patiënten.

5. SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN CONTACTREGISTRATIE.

Met dit samenvattende hoofdstuk wordt een driedelig doel nagestreefd. Als eerste worden de belangrijkste resultaten uit de spreekuur- en visiteregistratie nog eens op een rij gezet. Immers het is niet denkbeeldig dat zelfs de meest aandachtige lezer na ruim 30 tabellen en bijbehorende tekst het spoor bijster is geraakt. Een tweede doelstelling is om de resultaten van de contactregistratie te bekijken in het licht van de uitgangspunten behorend bij het Project Gezondheidszorg Almere. Is men op de goede weg of zijn wellicht ingrepen noodzakelijk? Tenslotte zal in dit hoofdstuk aandacht worden geschonken aan de te verwachten toekomstige ontwikkelingen in de Almeerse gezondheidszorg. Welke gevolgen zal bijvoorbeeld de verdere uitbouw van tweedelijnsvoorzieningen (opening ziekenhuis) hebben op de contacten met de huisarts?

5.1. De aantallen contacten

Hoewel het eigenlijk buiten het kader van het onderzoek naar de spreekuur- en visitecontacten van de huisarts valt, willen we beginnen met een opmerking over de praktijkgrootte van de Almeerse huisartsen. De keuze voor een eerstelijnszorg waarbij huisartsen en andere hulpverleners samenwerken vanuit gezondheidscentra impliceert dat men bij de huisartsen kiest voor praktijken van een niet al te grote omvang. De norm voor gezondheidscentra is nu nog één huisarts per 2125 inwoners en zal waarschijnlijk binnenkort komen te liggen op één huisarts per 2050 inwoners. Relateren we deze norm aan de praktijkgrootte van de Almeerse huisartsen, dan moet worden vastgesteld dat van de enigszins gestabiliseerde praktijken er op 1 augustus 1985 slechts één onder deze norm uitkomt. Zeven huisartsen hebben op dat moment een patiëntenaantal wat boven de 2500 ligt. Wil men werkelijk inhoud geven aan begrippen als samenwerking en een meer patiëntgerichte zorg dan moet de ruimte hiervoor wel aanwezig zijn. Te grote praktijken zullen hierbij belemmerend werken. Omdat verwacht mag worden dat het aantal inwoners dat bij de verschillende gestabiliseerde centra staat ingeschreven de komende periode van tien jaar niet zal dalen - eerder het tegendeel zal het geval zijn - kunnen te grote praktijken op middellange termijn een serieuze bedreiging voor de specifieke werkwijze van de huisartsen in de lijn van het PGA vormen.

Bij een middelgrote praktijk van ongeveer 2200 patiënten, ziet de Almeerse huisarts per dag zo'n 28 à 29 patiënten. Hiervan komen er 25 à 26 naar het spreekuur, terwijl dagelijks 3 à 4 patiënten de huisarts op visite krijgen. De aantallen contacten liggen wat hoger dan in een vergelijkbare gemeente als Lelystad, en zijn -omgerekend naar het aantal contacten met de huisarts per inwoner per jaar- ongeveer gelijk aan de landelijke cijfers. De spreekuur/visiteratio ligt in Almere boven de ratio die bij een meer landelijk onderzoek in Nederland is gevonden. Tegen landelijk één visite per 4 à 5 spreekuurcontacten, komen de Almeerse huisartsen uit op gemiddeld één visite per 6 à 7 spreekuurcontacten. Dit cijfer is gecorrigeerd voor leeftijdsverschillen in het patiëntenbestand. Alleen voor het gezondheidscentrum 'De Haak' ligt het aantal visites met 1 op 4.2 iets onder het landelijk cijfer; bij het centrum 'de Spil' lijkt de geneigdheid om visites af te leggen het geringst. De opmerking uit een van de vragenlijsten van de bevolkingsenquête over de gezondheidszorg in Almere dat de huisarts moeilijk uit zijn of haar gezellige centrum te krijgen is lijkt, met uitzondering van 'de Haak', terecht.

Vergelijken we de aantallen contacten voor de centra, waarbij wordt gecorrigeerd voor verschillen in de praktijksamenstelling, dan valt te constateren dat de centra 'Molenwiek', de Spil' en in mindere mate 'Waterwijk' de Schakel en 'de Haak' wat minder patiënten op het spreekuur en visite krijgen dan verwacht zou mogen worden. De centra 'Oost' en 'West' krijgen daarentegen belangrijk meer patiënten dan de praktijksamenstelling zou doen vermoeden. Het verband tussen patiëntkenmerken als geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm en de mate waarin met gebruik maakt van de diensten van de huisarts, zoals dit uit ander onderzoek naar voren komt, treffen we ook in Almere aan. Vrouwen hebben 60% vaker contact met de huisarts dan mannen. Bij de verzekeringsvorm van de patiënt is het verschil tussen ziekenfonds-verzekerden en partikulier-verzekerden nog groter; ziekenfondsverzekerden zien de dokter meer dan twee maal zo vaak als patiënten die partikulier zijn verzekerd. Delen we patiënten op naar leeftijdscategorieën dan neemt de contactfrequentie toe vanaf de categorie 10-15 jaar. Van ongeveer 60 contacten per 1000 patiënten voor de 10-15 jarigen stijgt het aantal naar meer dan 250 contacten voor de leeftijdsgroep ouder dan 80 jaar. Vanaf ongeveer 50 jaar wordt deze stijging met name veroorzaakt door een forse groei van het aantal visites aan huis. Gelet op het ontbreken van een tendens, dat naarmate een gezondheidscentrum langer draait het aantal contacten per 1000 patiënten afneemt, mag bij ongewijzigd beleid niet verwacht

worden dat dit aantal bezoekers in de toekomst zal dalen, of dat er veranderingen optreden in de samenstelling van patiëntenbestand dat dagelijks het spreekuur bezoekt. Het Almeerse uitgangspunt om per gezondheidscentrum tenminste één vrouwelijke huisarts aan te stellen lijkt nauwelijks consequenties te hebben voor de samenstelling van de verschillende praktijken. Wel zijn er aanwijzingen dat voor vrouwen een vrouwelijke huisarts drempelverlagend werkt; het aantal mannen dat dagelijks de huisarts bezoekt is onafhankelijk van het geslacht van de huisarts.

5.2. Achtergronden van de contacten

Als het gaat om soort en achtergronden van de klachten die tijdens een contact met de huisarts worden gepresenteerd, zijn vanuit het PGA nauwelijks voorspellingen af te leiden. Een uitzondering hierop vormt de EHBO-voorziening. Voor Eerste Hulp Bij Ongelukken is de Almeerse bevolking aangewezen op de gezondheidscentra en niet, zoals in Amsterdam te doen gebruikelijk, op de polikliniek. Een tweede punt zou nog kunnen zijn, dat de Almeerse huisarts een open oog en oor moet hebben voor psychosociale klachten. Moeilijkheid hierbij is dat niet vastgesteld kan worden of de huisarts meer klachten als psychosociaal herkent of dat er in Almere meer psychosociale klachten worden aangeboden.

Bij het aanbod van klachten tijdens de contacten met de huisarts is vastgesteld dat ongeveer 25% betrekking heeft op chronische ziekten en ongeveer 65% van alle klachten op de categorie 'anders'. Deze percentages wijken nauwelijks af van elders gevonden waarden. Anti-conceptie en EHBO vormen met respectievelijk 5% en 3% restcategorieën, maar in het geval van de EHBO wel een belangrijke restcategorie. Ruim drie procent spreekuur- en visitecontacten die betrekking hebben op EHBO, komt overeen met 170 patiënten in tien dagen. Hierbij moeten worden opgeteld 58 EHBO gevallen die tijdens de registratie-periode zelfstandig door de assistentes werden geholpen. Hoewel vergelijkende cijfers ontbreken wijst dit erop dat voor EHBO de Almeerse patiënt de weg naar het gezondheidscentrum gevonden heeft.

Verdelen we alle klachten van somatisch naar psychosociaal, dan wordt ongeveer 20% van de klachten door de arts als psychosociaal aangemerkt; een in vergelijking tot de rest van Nederland vrij hoog percentage. Vrouwen presenteren wat vaker psychosociale klachten dan mannen en hetzelfde geldt voor ouderen versus jongeren, althans naar het oordeel van de huisarts. Van een verband met het aantal jaren

dat men in Almere woonachtig is lijkt nauwelijks sprake. Tussen de 5% en 10% van het totale klachtenaanbod wordt door de huisartsgekop-peld aan de verhuizing naar Almere. Klachten die het gevolg zijn van de verhuizingen krijgen voor 80% het stempel psychosociaal.

5.3 De uitkomst van het contact met de huisarts

Een van de kernpunten van het PGA is dat de huisarts taken verricht op een wijze die aansluit bij de doelstellingen van het project. Bij een sterke eerstelijnszorg past het beeld van een huisarts die rela-tief veel zelf doet (EHBO, diagnostiek), weinig patiënten doorver-wijst naar de specialist, veel laboratorium- of röntgenonderzoek zelf verricht en selectief medicijnen voorschrijft. Het terugbestel-len van patiënten is hier wat minder goed in onder te brengen. Ener-zijds wijst het (on)voorwaardelijk terugbestellen erop dat de huis-arts greep wenst te behouden op de patiënt; anderzijds gaat het te-rugbestellen in tegen de tendens dat meer verantwoordelijkheden bij de patiënt zelf gelegd worden. Bij de spreekuur- en visiteregistra-tie zijn gegevens verzameld over de uitkomsten van de contacten met de huisarts. Op het aantal verwijzingen naar medisch specialisten en fysiotherapeuten zal in deel II zal meer in detail worden ingegaan.

Gelet op het ontbreken van een ziekenhuis, de relatief jonge bevol-king en de nadruk die in het PGA wordt gelegd op een sterke eerste-lijnszorg valt een aantal van tussen de 50 en 60 verwijzingen per 1000 contacten (of, omgerekend, 400-450 verwijskaarten per 1000 zie-kenfondsverzekerden per jaar) tegen. Dit is helemaal het geval als we vervolgens nog een correctie voor de afwijkende leeftijdsopbouw van de Almeerse bevolking toepassen, waarmee het verwijscijfer voor ziekenfondsverzekerden op basis van deze cijfers uit zou komen op ongeveer 475 per 1000 verzekerden. Het Almeerse verwijscijfer ligt daarmee boven zowel het landelijk verwijscijfer voor huisartsen wer-kend in gezondheidscentra als boven het verwijscijfer voor alle Ne-derlandse huisartsen. Wel blijft het verwijscijfer ruim onder het aantal verwijskaarten zoals dit uit de LISZ-jaarboeken bekend is voor Amsterdam. Naast de verwijzingen naar de specialist worden per 1000 contacten 38 patiënten verwezen naar fysiotherapie, 4 patiënten naar het RIAGG en 11 patiënten naar andere instanties. Eenmaal bij de huisarts worden mannen wat vaker verwezen dan vrouwen; bij de verzekeringsvorm geldt hetzelfde voor ziekenfondsverzekerden versus particuliere patiënten. Verzoeken om een verwijzing naar fysiothera-

pie worden voor bijna 90% door de huisarts gehonoreerd, van alle verwijzingen naar fysiotherapie geschiedt 32% (mede) op verzoek van de patiënt. Bij de verwijzingen naar de specialist wordt 54% voorafgegaan door een verzoek van de patiënt, terwijl 74% van de patiënten die om een verwijzing vragen ook daadwerkelijk worden verwezen. Het aantal personen dat vraagt om een verwijzing naar de specialist en wordt verwezen naar de fysiotherapeut is verwaarloosbaar klein. Typen we beide soorten verwijzingen, dan geldt bij fysiotherapie: geliefd bij de huisarts, relatief onbekend bij de patiënt. Bij verwijzingen naar de specialist geldt: bekend en daarmee gewenst bij de patiënt en wat minder geliefd bij de huisarts. Een laatste opvallend puntje bij de verwijzingen is dat relatief weinig EHBO-contacten worden doorverwezen naar de tweedelij. Hoewel gebaseerd op kleine aantallen, een indicatie dat de huisarts dit ook daadwerkelijk tot het eigen takenpakket rekent.

Bij het diagnostisch onderzoek en het aantal uitgeschreven recepten is meer reden voor een gematigd optimisme. Het percentage contacten waarbij alleen onderzoek wordt aangevraagd ligt met ruim 14% wat hoger dan bijvoorbeeld in Lelystad. Het percentage consulten waarbij een recept wordt uitgeschreven, ligt met ongeveer 43% onder de percentages gevonden in een ander onderzoek. Beide bevindingen ademen de geest van het PGA. Kijken we naar het terugbestellen van patiënten dan kunnen we concluderen dat de Almeerse huisarts zich hierbij wat actiever opstelt, dan bijvoorbeeld de collega's in Lelystad. Ruim 23% van de contacten eindigt in het onvoorwaardelijk terugbestellen, bij 28% van alle contacten is de terugbestellen voorwaardelijk. Huisartsen die veel patiënten voorwaardelijk terugbestellen zijn in het algemeen ook degenen die een hoog percentage onvoorwaardelijke terugbestellingen hebben.

Vatten we alle 'outputgegevens' samen dan bedraagt het gemiddeld aantal handelingen per consult 1,2, dit cijfer ligt ongeveer 15% lager dan in Lelystad. Tegenover een percentage consulten dat verliep zonder recept, verwijzing of terugbestelling van ruim 10% voor Lelystad staat een vergelijkbaar Almeers percentage van ongeveer 20%. Centra met weinig handelingen en een hoog percentage consulten zonder recept, verwijzing of terugbestelling zijn: 'de Haak', 'de Spil' en 'Molenwiek'. Gezondheidscentra met veel handelingen en weinig consulten zonder handeling zijn 'West' en 'de Schakel'.

Samenvattend kan nog worden opgemerkt dat zowel bij het verwijzen,

diagnostisch onderzoek, het voorschrijven van medicijnen als het terugbestellen van patiënten de verschillen tussen de gezondheidscentra, en daarmee tussen de individuele huisartsen aanzienlijk zijn. Indien de wil aanwezig is lijken verdere ontwikkelingen in de lijn van de doelstellingen van het PGA haalbaar. Tenslotte kan bij de analyse op het niveau van de individuele huisartsen worden vastgesteld dat er een direct verband bestaat tussen de praktijkgrootte en het aantal verwijskaarten dat wordt uitgeschreven naar de medisch specialist. Hoe groter de praktijk, hoe hoger het percentage contacten waarbij een verwijzing plaatsvindt. Tevens kan worden vastgesteld dat huisartsen die geneigd zijn veel verwijskaarten uit te schrijven, ook in hun voorschrijfbeleid van medicijnen tot degenen behoren met een hoog percentage recepten.

5.4. Een blik op de toekomst

Welke veranderingen mogen er nu verwacht worden bij een verdere uitbouw van de tweedelijnsvoorzieningen in Almere en in het bijzonder de opening van het ziekenhuis in 1990. Bij het aantal arts-patiënt contacten zijn er geen redenen om aan te nemen dat de opening van een ziekenhuis belangrijk van invloed zal zijn op het aantal contacten met de huisarts. Onderzoek in Lelystad naar de effecten van de opening van het Zuiderzeeziekenhuis laat zien dat voor afzonderlijke categorieën patiënten weliswaar kort na de opening een verandering in het percentage bezoekers optreedt, doch dat de oude situatie zich na enige tijd weer lijkt te herstellen.

Bij de achtergronden van de contacten met de huisarts mag op grond van de bevindingen in Lelystad verwacht worden dat het aantal consulten voor chronische klachten met de komst van het ziekenhuis zal stijgen. Hiermee samen hangt een te verwachten (tijdelijke?) stijging van het aantal verwijzingen in algemene zin en in het bijzonder op verzoek van de patiënt. Het zullen met name patiënten met chronische klachten zijn die de uitbreiding van de tweedelijns zullen aangrijpen om bij de specialist terecht te komen, en de weg naar de tweedelijns loopt via de huisarts. Overigens mag verwacht worden dat de effecten van zo'n sprongsgewijze uitbreiding van tweedelijnsvoorzieningen in Almere minder zullen zijn dan in Lelystad, door de reeds functionerende polikliniek. Bij de start van het onderzoek in Lelystad ontbrak een dergelijke voorziening. Stijgt het aantal patiënten met chronische klachten, dan zal dit ook meer laboratorium- en röntgenonderzoek met zich meebrengen en tevens meer terugbestel-

ling. Tenslotte is het denkbaar dat, gelet op de substitutiemogelijkheid van verwijzen en bestellen enerzijds en het voorschrijven van medicijnen anderzijds, het percentage consulten dat wordt afgesloten met het uitschrijven van een recept verder zal afnemen.

Toekomstig onderzoek zal uit moeten wijzen of de verwachte effecten inderdaad optreden of dat er wellicht sprake zal zijn van een aangepast antwoord van de gezamenlijk Almeerse eerstelijns.

Deel 2

VERWIJZING DOOR DE HUISARTS

6. DOEL EN ACHTERGRONDEN VAN DE REGISTRATIE

Wil een van de belangrijkste doelstellingen van het project Almere, te weten verschuiving van tweede naar eerstelijnszorg, in de toekomst bereikt kunnen worden, dan zal de eerstelijns een aantal taken op aangepaste wijze moeten uitoefenen. Veel zal daarbij afhangen van de relatie huisarts-medisch specialist waarbij het uitschrijven van een verwijzing door de huisarts een uiterst cruciaal moment is en zal blijven. Niet alleen kan de huisarts door het al dan niet verwijzen van patiënten de toestroom naar (duurdere) tweedelijnsvoorzieningen reguleren in kwantitatief opzicht; ook kunnen in de verwijsbrief kwalitatieve afspraken worden gemaakt over de aard en duur van de behandeling. Uit oogpunt van de doelstellingen van het PGA is het belangrijk dat het aantal verwijzingen naar medisch specialisten laag wordt gehouden.

Bij deze doelstelling, die overigens ook is terug te vinden in het beleid van de rijksoverheid, zijn een tweetal kanttekeningen te plaatsen. Verschuiving van taken van specialist naar huisarts zou ingaan tegen een tendens waarbij mensen meer en meer wensen te doen op specialistische hulp. De druk van patiënten op de huisarts om verwezen te worden naar een medische specialist zou steeds groter worden (Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, 1985). Ook voor de huisarts kan het voordelig zijn patiënten snel door te sturen naar de specialistische tweedelijnszorg. Voordelig in de meest letterlijke zin van het woord als onderdeel van het praktijkmanagement, maar ook bijvoorbeeld ter reductie van eigen onzekerheidsgevoelens bij de huisarts (Grol e.a., 1985). Uit bovenstaande moge duidelijk zijn: de verwijzing van huisarts naar specialist mag worden opgevat als een zeer belangrijke parameter bij de evaluatie van het project Almere.

Voor een aantal klachten van patiënten, bijvoorbeeld bij stoornissen aan het bewegingsstelsel, kan een verwijzing naar een fysiotherapeut wellicht een alternatief vormen voor de duurdere tweedelijnszorg. Een deel van de stroom patiënten naar tweedelijns medisch specialisten zou op deze manier kunnen worden omgebogen naar de eerstelijnszorg. Ook hierbij kan echter een kanttekening worden geplaatst en wel dat het niet denkbeeldig is dat een 'aanbod schept vraag' situatie ontstaat. Het relatief hoge percentage inwoners van Almere dat van de hulp door fysiotherapeuten gebruik maakt (Sixma, 1986) zou hiervoor een aanwijzing kunnen zijn.

Verwijzingen naar medisch specialisten en fysiotherapeuten staan centraal in dit tweede deel van het rapport over de medische consumptie in Almere. In twee afzonderlijke hoofdstukken zullen de resultaten worden gepresenteerd van de verwijzingsregistratie bij de Almeerse huisartsen naar respectievelijk medisch specialisten en fysiotherapeuten. Het afsluitende hoofdstuk vat de belangrijkste resultaten samen en gaat in op te verwachten toekomstige ontwikkelingen.

6.1. Doelstelling

Onderzoek naar de aantallen patiënten die door hun Almeerse huisarts worden verwezen naar specialist of fysiotherapeut, is om drie redenen belangrijk. In de eerste plaats is het mogelijk om op deze wijze een nauwgezette omschrijving te geven van aantallen en aard van de verwijzingen op dit moment. Weliswaar geldt dat voor ziekenfondsverzekerden de verwijzingscijfers naar medisch specialisten bekend zijn via het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen (LISZ), doch meer inhoudelijke en kwalitatieve gegevens ontbreken. Bovendien ontbreken voor partikulier verzekerden gegevens volledig. Niet alleen levert de verwijzingsregistratie informatie die op dit moment van belang is voor degenen die zich bezighouden met de opbouw van de gezondheidszorg in Almere; een registratie nu kan dienen als toetssteen voor toekomstige ontwikkelingen. Door de verwijzingsregistratie 1985 op te vatten als een eerste meting die herhaald kan worden in bijvoorbeeld 1988, 1990 en 1993, ontstaat een serie metingen waarvan het belang voor het gehele Project Gezondheidszorg Almere (PGA) gemakkelijk valt in te zien. Tenslotte biedt de toch wel bijzondere Almeerse situatie, waarbij huisartsen (bijna) zonder uitzondering in gezondheidscentra werken, waardevolle informatie voor de meer algemene discussie in het verband tussen praktijkvorm van de huisarts en het verwijzen naar specialisten (zie Wijk, 1986).

Beperken we ons tot een weergave op dit moment, met in het laatste hoofdstuk een uitstapje naar de verwachtingen voor de toekomst, dan doen we dit vanuit de vraagstelling:

- Welke kwantitatieve en kwalitatieve aspecten zijn er te onderscheiden aan de verwijzingen door Almeerse huisartsen, naar medisch specialisten en fysiotherapeuten?

Zijn er verschillen tussen categorieën bewoners of bezoekers van verschillende gezondheidscentra ?

Ook hier geldt dat deze vraagstelling beantwoord zal worden met de resultaten van het onderzoek bij alle Almeerse huisartsen. Er zal weer veelvuldig gebruik zal worden gemaakt van een presentatie door middel van tabellen.

6.2. Opzet en uitvoering

Bij het bespreken van de opzet en uitvoering van de verwijsregistratie kan voor een belangrijk deel worden aangesloten bij hetgeen in paragraaf 2.2 staat vermeld over de registratie van spreekuur- en visitecontacten. Beide deelonderzoeken werden op dezelfde wijze voorbereid, geïntroduceerd en begeleid vanuit het NIVEL, terwijl ook in de tijd de onderzoeken naar contacten en verwijzingen parallel liepen.

Ter aanvulling op paragraaf 2.2 nog de volgende opmerkingen. In tegenstelling tot de spreekuur- en visiteregistratie was het uitgangspunt bij de verwijsregistratie dat alle Almeerse huisartsen de volledige tien weken gegevens zouden noteren over elke verwijzing naar medisch specialist en fysiotherapeut. Hoewel de indruk is dat één en ander nauwgezet is gedaan, valt het gemakkelijk in te zien dat er verwijzingen zijn vergeten. Voor de omvang van de onderrapportage is het moeilijk een betrouwbare schatting te geven; wel kunnen de totaalcijfers voor heel Almere vergeleken met gegevens van het Ziekenfonds Gooi & Omstreken over 1984. De resultaten van deze vergelijking vindt u in paragraaf 7.1.

Hoewel verzameld op het niveau van de individuele huisartsen, worden de resultaten gepresenteerd op het niveau van de gezondheidscentra. Naast de bescherming van individuele huisartsen tegen al dan niet terechte conclusies, heeft deze analyse op centrumniveau ook een praktische reden. Het werken vanuit gezondheidscentra brengt met zich mee dat patiënten, hoewel ingeschreven bij een van de praktiserende huisartsen, bij afwezigheid of zelfs grote drukte van de eigen huisarts gemakkelijk een beroep kunnen doen op één van de collegae artsen. Dit vervagen van de grens tussen eigen huisarts en overige huisartsen binnen het eigen centrum, maakt het analyseren van verwijsgegevens voor afzonderlijke artsen tot een hachelijke zaak. Wel hebben alle huisartsen van ons, net als bij de contactregistratie, een terugrapportage ontvangen. De eigen verwijsregistratiegegevens konden worden vergeleken met cijfers op centrumniveau en voor geheel Almere. Ook deze terugrapportage vond plaats in augustus 1985. Net als bij de contactregistratie zijn de gegevens van de solistisch

werkende huisarts meegenomen in de totalen voor Almere-Haven. Een laatste opmerking betreft het ophogen van de verwijscijfers op basis van de 10-weekse registratieperiode naar jaarcijfers voor 1985. Is één van de huisartsen van een gezondheidscentrum afwezig, dan geldt dat spreekuren in principe worden overgenomen door een collega-huisarts of een vervanger. Alle centra zijn 52 weken per jaar open en patiënten kunnen alle weken, het gehele jaar door worden verwezen naar de specialist of fysiotherapeut. Ook tijdens de 10-weekse registratieperiode van alle verwijzingen zijn er huisartsen, soms enkele dagen en soms één of twee weken, afwezig geweest. Vakanties zijn wel genoteerd, het aantal losse dagen of dagdelen dat een huisarts geen spreekuur heeft gehouden ontrok zich aan onze waarnemingen. Een en ander afwegend is besloten om bij het ophogen van de cijfers voor 10 weken registratie naar jaartotalen een vermenigvuldigingsfactor van 5.2 te hanteren.

7. VERWIJZINGEN NAAR DE SPECIALIST

In het voorgaande hoofdstuk hebben we aannemelijk proberen te maken dat via de verwijzing de huisarts invloed kan uitoefenen op het aantal patiënten dat in de tweedelijns terecht komt. Bovendien kunnen afspraken worden gemaakt dat de patiënt niet langer dan strikt noodzakelijk is in de tweedelijns wordt behandeld. In dit hoofdstuk zullen we een beeld geven van aantallen en aard van de verwijzing naar medisch specialisten. Uitgangspunt vormen de gegevens verzameld bij alle Almeerse huisartsen gedurende de verwijsregistratie van 10 weken. Deze cijfers worden bij een aantal tabellen opgehoogd naar jaarcijfers, en vergeleken met gegevens van onder andere het ziekenfonds Het Gooi & Omstreken.

De eerste subparagraaf bevat gegevens over de aantallen verwijzingen die werden uitgeschreven. Gekeken wordt naar verschillen per gezondheidscentrum, terwijl ook achtergrondvariabelen zoals leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm van de patiënten in de beschouwing worden betrokken. In paragraaf twee wordt gekeken naar de verwijzingspatronen; op welk specialisme heeft de verwijzing betrekking en waar houdt de specialist waarnaar is verwezen spreekuur. De invloed van huisarts op de verwijzing naar een medisch specialist varieert al naar gelang het type van de verwijzing; bij verlengingsverwijzingen of verwijskaarten waarbij de huisarts achteraf de gang van de patiënt naar specialist sanctioneert, is de invloed van de huisarts relatief gering. Paragraaf drie gaat in op de verschillende typen verwijzingen. Twee van deze typen verwijzingen, te weten de verlengingsverwijzingen en de zgn. actieve verwijzingen staan centraal in paragraaf vier en vijf. Paragraaf zes gaat in op de kwalitatieve aspecten van de actieve verwijzingen.

7.1. Aantal verwijzingen

Gedurende de periode van 10 weken waarin gegevens zijn verzameld over alle verwijskaarten die door de Almeerse huisartsen zijn uitgeschreven, zijn volgens deze registratie in totaal 2197 patiënten naar een specialist in de tweedelijns verwezen. Tabel 7.1 geeft de verdeling van de verwijzingen over de verschillende gezondheidscentra en stadsdelen in absolute aantallen, zowel als in aantallen per

Tabel 7.1.: aantallen verwijzingen (absoluut en per 1000 patiënten) op basis van 10 registratieweken per arts, naar stadsdeel en gezondheidscentrum

	aantal verwijzingen		
	absoluut	per 1000 patiënten	per 1000 patiënten per jaar
Almere-Haven	1147	51.0	265
gc de Haak	393	58.6	305
gc Oost	301	43.0	224
gc West	347	56.0	291
Almere-Stad/Buiten	1051	50.9	265
gc de Spil	410	64.3	334
gc de Schakel	277	43.1	224
gc Waterwijk	301	53.1	276
gc Molenwiek	62	28.6	149
Almere-totaal	2198	51.0	265

1000 patiënten.

De grote vraag bij de in tabel 7.1 gepresenteerde cijfers betreft de mate waarin alle verwijzingen ook daadwerkelijk zijn geregistreerd. Een zekere onderrapportage in het aantal geregistreerde verwijzingen is moeilijk te vermijden. Vooral in de beginfase van het onderzoek zullen verwijzingen zijn vergeten; men was nog niet gewend een en ander bij te houden. Voor de ziekenfondsverzekerden zullen we op deze onderrapportage terugkomen in het vervolg van deze paragraaf. Het totaalcijfer van 265 verwijzingen per 1000 patiënten op jaarbasis kan worden vergeleken met de resultaten uit contactregistratie bij de huisartsen. Omgerekend naar het jaartotaal per 1000 patiënten komt dit cijfer uit op een aantal actieve verwijzingen dat ligt tussen de 170 en 240 verwijskaarten. Het getal van 170 wordt gevonden indien we uitgaan van de niet realistische voorspelling dat op zaterdag en zondag (beide weekdagen zijn niet geregistreerd) geen enkele verwijzing heeft plaatsgevonden. Het aantal van 240 vormt het andere, even onrealistische uiterste, dat op zaterdag en zondag eventueel wordt verwezen als op werkdagen. De waarheid zal tussen beide uiterste waarden inliggen, maar waarschijnlijk dichterbij de 170 dan bij de 240. Bij dit aantal moet nog worden opgeteld een percentage verwijskaarten dat door de assistentes wordt afgehandeld.

Zoals we in het vervolg van deze paragraaf zullen zien bedraagt dit percentage ongeveer 40% van het totale aantal verwijzingen. Stellen we het aantal 'actieve' verwijzingen op 180 en het percentage 'niet actieve' verwijzingen op 40% dan komen we uit op een jaartotaal van circa 300 verwijskaarten. Met al het voorbehoud dat gemaakt moet worden luidt onze voorlopige conclusie dat er sprake is van een onderrapportage van 10-15%. Bekijken we de cijfers voor de afzonderlijke gezondheidscentra, dan blijken de centra 'West', 'de Schakel' en vooral 'Oost' een belangrijk hogere onderrapportage te hebben; de overige centra blijven allen beneden de 10%, Het zou te ver voeren om op basis van deze berekeningen alle verwijscijfers uit de registratie te corrigeren voor de verschillen in onderrapportage per centrum. Bij het lezen van de tabellen in dit hoofdstuk, dient echter goed rekening te worden gehouden met de waarschijnlijk te lage cijfers voor de centra 'West', 'de Schakel' en 'Oost'².

Net als bij de contactregistratie bij de huisartsen is het ook mogelijk de aantallen verwijzingen naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm van de betrokken patiënten op te delen. Tabel 7.2 geeft allereerst de verdeling naar leeftijdsklassen.

Tabel 7.2.: aantal verwijzingen per 1000 patiënten bij 10 registratieweken per arts, naar leeftijdscategorie en gezondheidscentrum

	aantal verwijzingen per 1000 patiënten				
	0 - 9 jaar	10-19 jaar	20-49 jaar	50-69 jaar	70 jaar en ouder
Almere-Haven	38.2	30.0	48.2	90.0	101.0
gc de Haak	39.7	26.7	59.1	94.0	113.1
gc Oost	27.1	22.8	42.6	84.9	85.2
gc West	48.4	47.4	49.0	94.1	99.5
Almere-Stad/Buiten	48.9	25.3	46.1	96.7	109.0
gc de Spil	62.3	31.6	54.9	121.2	143.7
gc de Schakel	43.1	27.0	42.6	63.1	95.7
gc Waterwijk	45.9	20.1	48.4	118.2	99.2
gc Molenwiek	37.0	8.1	25.0	50.5	-
Almere-totaal	43.5	27.8	47.2	93.1	103.5

De algemene trend voor het aantal verwijzingen per 1000 patiënten naar leeftijdscategorie is duidelijk. Vanaf de categorie 10-19 jaren neemt het aantal verwijzingen toe naarmate de leeftijd toeneemt. Deze conclusie geldt voor alle centra.

Behalve naar de leeftijd van de verwezen patiënt, een variabele waarop we later in het verhaal nog zullen terugkomen maar dan in combinatie met het geslacht van de respondent, is ook onderzocht of de aantallen verwijzingen verschillen naar het geslacht. Tabel 7.3 geeft de verdeling voor mannen en vrouwen.

Tabel 7.3.: aantal verwijzingen per 1000 patiënten (mannen en vrouwen) bij 10 registratieweken per arts, naar stadsdeel en gezondheidscentrum

	aantal verwijzingen per 1000 patiënten	
	mannen	vrouwen
Almere-Haven	45.0	56.9
gc de Haak	55.8	61.4
gc Oost	35.4	50.8
gc West	48.3	63.6
Almere-Stad/Buiten	41.3	60.6
gc de Spil	50.1	78.8
gc de Schakel	38.4	47.8
gc Waterwijk	39.9	66.5
gc Molenwiek	27.8	29.5
Almere-totaal	43.2	58.7

Vrouwen worden vaker naar de specialist verwezen dan mannen. Om precies te zijn: voor geheel Almere geldt dat vrouwen tussen de 35 en 40% vaker een verwijskaart krijgen dan mannen, ofwel van alle 100 uitgeschreven verwijzingen naar een medisch specialist zijn er 42 voor mannen en 58 voor vrouwen. Op het niveau van de gezondheidscentra worden de grootste verschillen gevonden bij de centra 'de Spil' (57% meer vrouwen) en 'Waterwijk' (67% meer vrouwen). De centra 'de Haak' (10% meer vrouwen) en 'Molenwiek' (6% meer vrouwen) laten in hun aantal verwijzingen nauwelijks een onderscheid zien in het aantal mannen en vrouwen dat wordt verwezen. Bij de verdeling van het aantal verwijskaarten naar geslacht past nog een aanvullende opmer-

king. In de contactregistratie hebben we gezien dat vrouwen bijna 60% vaker de huisarts bezoeken dan mannen. Brengen we dit percentage in verband met de verwijzpercentages voor mannen en vrouwen, dan moet de conclusie luiden dat, indien mannen en vrouwen in gelijke aantallen de huisarts zouden bezoeken en er geen wijzigingen optreden in het aantal verwijzingen per contact voor beide categorieën, er meer mannen dan vrouwen naar de specialist zouden worden verwezen. Deze oververtegenwoordiging van mannen zou in dat geval ongeveer 15% bedragen.

Een derde variabele waarvan is vastgesteld dat er een sterk verband is met in elk geval het bezoeken van de huisarts is de verzekeringsvorm van de patiënt. Ziekenfondspatiënten bezoeken bijna twee maal zo vaak de huisarts als particuliere patiënten. Of ziekenfondspatiënten in vergelijking tot particulier verzekerden wellicht ook twee maal zo vaak worden verwezen naar een medisch specialist laat tabel 7.4 zien.

Tabel 7.4.: aantal verwijzingen per 1000 patiënten (ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden) bij 10 registratie-
weken per arts, naar stadsdeel en gezondheidscentrum

	aantal verwijzingen per 1000 patiënten	
	ziekenfonds	particulier
Almere-Haven	72.9	18.1
gc de Haak	82.4	20.5
gc Oost	65.2	15.2
gc West	78.5	19.1
Almere-Stad/Buiten	67.9	14.5
gc de Spil	86.3	22.7
gc de Schakel	59.4	8.4
gc Waterwijk	72.0	12.3
gc Molenwiek	34.0	11.6
Almere-totaal	70.3	16.6

Ziekenfondsverzekerden worden ruim vier keer zo vaak naar een medisch specialist verwezen dan particulier verzekerden.

Ook als we er rekening mee houden dat ziekenfondspatiënten vaker contact hebben met de huisarts dan particulier verzekerden dan

blijft deze conclusie overeind. Onderling verschillen de centra betrekkelijk weinig; relatief weinig particuliere patiënten worden verwezen in de centra 'Waterwijk' (1 particuliere patiënt op bijna 6 ziekenfondspatiënten) en 'de Schakel' (1 particuliere patiënt op 7 ziekenfondspatiënten). Een verklaring voor deze verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden is niet zonder meer te geven; wellicht worden particuliere patiënten meer op advies van de huisarts verwezen en zitten bij de verwezen ziekenfondspatiënten veel verwijzingen op eigen verzoek. Dit zal verder worden uitgezocht in paragraaf 6.6.

In tegenstelling tot het aantal verwijskaarten dat wordt uitgeschreven voor particuliere patiënten, vormen de verwijzingen van ziekenfondspatiënten een dankbaar onderwerp voor onderzoek. De oorzaken hiervoor liggen voor de hand. In de eerste plaats wordt op landelijk zowel als regionaal niveau door de verschillende ziekenfondsen informatie verzameld en gepubliceerd over aantallen verwijskaarten. In de tweede plaats vormen de verwijskaarten van ziekenfondspatiënten in aantal verreweg de belangrijkste groep. De aanwezigheid van een Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen (LISZ) maakt het mogelijk gegevens voor Almere te vergelijken met landelijke cijfers en cijfers voor bijvoorbeeld Noord-Holland en Amsterdam. Daarnaast zal de gelegenheid worden aangegrepen om Almere te vergelijken met Lelystad².

Informatie over het aantal verwijskaarten dat jaarlijks wordt uitgeschreven voor ziekenfondsverzekerden is bij het schrijven van dit rapport beschikbaar voor de jaren tot en met 1984. Via het LISZ jaarboek 1984 kan worden vastgesteld dat landelijk het gemiddeld aantal verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden voor huisartsen werkend in gezondheidscentra in 1984 ligt op 418. Het totale verwijscijfer voor alle huisartsen in Nederland is 450; het verwijscijfer in Noord-Holland ligt op 535, terwijl Amsterdam uitkomt op een aantal van 650 verwijskaarten per 1000 verzekerden. In de cijfers voor Amsterdam en Noord-Holland zitten echter wel zo'n 10% verwijskaarten uitgeschreven door tandartsen, specialisten, e.d. (Vereniging van Nederlandse ziekenfondsen, 1985). Een LISZ-cijfer voor Almere ontbreekt, daar Almere eerst op 1 januari 1985 een zelfstandige gemeente is geworden. Wat wel wordt gegeven is een aantal verwijskaarten voor de Zuidelijke IJsselmeerpolders. Dit aantal bedraagt 430 verwijskaarten in 1984, waarbij wederom verwijskaarten uitgeschreven door niet-huisartsen zijn inbegrepen. Houden we voor

deze laatste categorie verwijskaarten een landelijk gemiddelde van 9% aan, dan betekent dit dat volgens het LISZ-jaarboek 1984 de Almeerse huisartsen uitkomen op een gemiddeld aantal van 391 verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden. Hierbij zit er echter nog wel een adder onder het gras. Het LISZ presenteert cijfers met betrekking tot alle jaarlijks uitgeschreven verwijskaarten gerelateerd aan de bevolkingsaantallen op 31 december 1984. Deze berekeningswijze brengt met zich mee dat voor groeigemeenten als Almere afwijkingen ontstaan. Herberekening leert dat het werkelijke LISZ cijfer voor het jaar 1984 in de Zuidelijke IJsselmeerpolder (= Almere) gemiddeld uit zou moeten komen op 411 door de huisarts uitgeschreven verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden.

Gegeven het feit dat verwijscijfers in de tijd vrij stabiel zijn (Pesch-Weenink en Collaris, 1982), mag ook voor de eerste helft van 1985 ten tijde van de verwijsregistratie een verwijscijfer van om en nabij de 410 worden verwacht. Vergelijken we het gecorrigeerde LISZ-cijfer van ongeveer 410 met het via extrapolatie uit tabel 7.4 af te leiden aantal van 365 verwijskaarten op jaarbasis, dan blijkt opnieuw een onderrapportage van ongeveer 10 %. Wat dit betreft zijn de resultaten van zowel de vergelijking tussen contact- en verwijsregistratie voor alle verwijzingen en de vergelijking LISZ-cijfers-ziektenfondsverzekerden in de verwijsregistratie consistent.

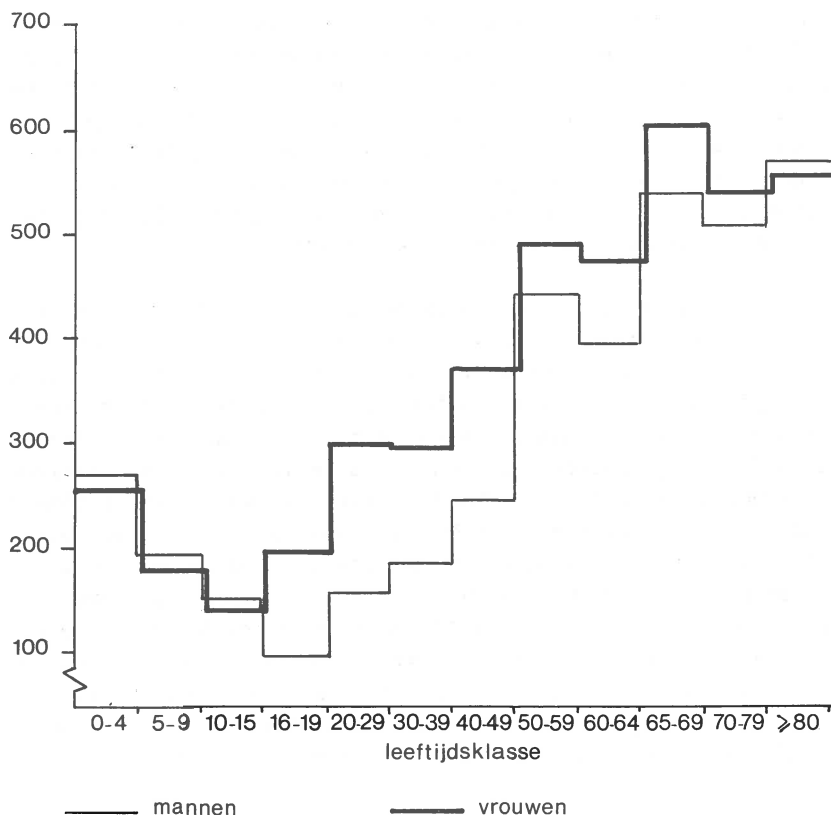
De belangrijkste vraag is natuurlijk hoe de Almeerse huisartsen zich bij de aantallen uitgeschreven verwijskaarten verhouden tot hun collega's in de rest van Nederland. Gaan we uit van het realistische verwijscijfer van 410 verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden, dan moet worden vastgesteld dat dit aantal nauwelijks afwijkt van de 416 verwijskaarten voor alle Nederlandse huisartsen werkend in gezondheidscentra. Hierbij dient echter nog een correctie plaats te vinden voor de afwijkende leeftijdsopbouw van de Almeerse bevolking ten opzichte van de rest van Nederlands. Indien de leeftijds- en geslachtsopbouw van de Almeerse populatie niet af zou wijken van de landelijke situatie, komt het Almeerse verwijscijfer op basis van de verwijsregistratie te liggen op 393 in plaats van 365. Calculeren we weer een onderrapportage van ongeveer 10% in, dan zou het Almeerse verwijscijfer op basis van deze registratie uitkomen op ongeveer 440 verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden. Er moet worden geconstateerd dat de Almeerse huisartsen wat meer verwijzen dan hun collega's werkend in gezondheidscentra in de rest van Nederland³.

Een aantal van 440 verwijskaarten is nagenoeg gelijk aan het gemiddeld aantal verwijskaarten voor alle Nederlandse huisartsen in 1984. Vergelijken we Almere met bijvoorbeeld de provincie Noord-Holland of Amsterdam, dan wordt in Almere wat minder verwezen.

Bij de bespreking van het verband tussen leeftijd en het aantal verwijzingen is toegezegd dat, naast de verdeling in 5 leeftijdscatego-

Figuur 7.1.: aantallen verwijskaarten naar medisch specialisten, naar geslacht en leeftijdsklasse per 1000 patiënten, op jaarbasis

aantal verwijskaarten per
1000 patiënten per jaar



rieën, nog zou worden teruggekomen op het verband met sexe. Dit gebeurt via figuur 7.1 waarin het aantal verwijskaarten op jaarbasis wordt afgezet tegen de variabele leeftijd, zowel voor mannen als voor vrouwen. Een tabel waarin de aantallen verwijskaarten in Almere per leeftijd-geslachtscategorie worden vergeleken met Lelystad en ander regionaal ziekenfonds is in de bijlagen opgenomen.

De algemene conclusie op basis van figuur 7.1 luidt dat vanaf de leeftijdsklasse rond 20 jaar er een regelmatige stijging plaatsvindt in het aantal verwijzingen naarmate de leeftijd toeneemt; een trend die voor vrouwen wat eerder inzet dan voor mannen. Een voor de hand liggende verklaring voor de verschillen tussen mannen en vrouwen in de leeftijdsgroepen tussen de 16 en 49 jaar, zou zijn dat het hier vooral vrouwen in de vruchtbare leeftijd betreft die worden verwezen naar de gynecoloog/verloskundig specialist. Of dit zo is zal in paragraaf 7.2 worden onderzocht.

Ter afsluiting van deze paragraaf willen we nagaan of, gegeven het verwijscijfer voor geheel Almere, sommige centra meer en andere juist minder verwijzen naar medisch specialisten. Uitgaande van het totaal aan uitgeschreven verwijskaarten in Almere tijdens de verwijsregistratie, zijn op basis van de leeftijds-, geslachts- en verzekeringsverdeling van het patiëntenbestand van elk centrum, de verwachte aantallen verwijzingen per centrum berekend. Dit verwachte aantal kan worden vergeleken met het werkelijke aantal, zodat kan worden vastgesteld of een centrum gegeven het patiëntenbestand relatief veel of weinig verwijst. Hierbij is, om de vergelijking zo eerlijk mogelijk te maken, gecorrigeerd voor verschillen in de mate van onderrapportage. De onderrapportage is voor alle centra gestandaardiseerd op 12%⁴. De resultaten van deze vergelijking staan in tabel 7.6 (zie volgende pagina).

Gezondheidscentra waar relatief veel wordt verwezen zijn 'Oost' en de 'de Spil'. Weinig verwezen wordt er in 'West' maar vooral in het centrum 'Molenwiek'. Terwijl de verwachte aantallen verwijskaarten voor ziekenfondspatiënten op basis van verschillen in praktijksamenstelling uiteenlopen van 381 (de Haak) tot 346 (de Schakel) liggen de werkelijke gecorrigeerde aantallen tussen de 454 (Oost) en 149 (Molenwiek). Nadrukkelijk moet hierbij nog worden aangetekend dat de 365 verwijskaarten voor geheel Almere het uitgangspunt vormen. Het werkelijke aantal zal hierboven liggen, terwijl eveneens niet is gecorrigeerd voor de afwijkende leeftijdsopbouw van Almere ten opzichte van de rest van Nederland.

Tabel 7.6.: verwachte en geconstateerde aantallen verwijskaarten per 1000 patiënten (totaal + ziekenfondsverzekerden) per jaar op basis van de 10-weekse verwijsregistratie bij 22 Almeerse huisartsen

	verwachte aantal verwijzingen		waargenomen aantal verwijzingen*	
	per 1000 zf.pat./jr	per 1000 pat./jr	per 1000 zf.pat./jr	per 1000 pat./jr
Almere-Haven	373	264	395	280
gc de Haak	381	284	377	267
gc Oost	365	242	454	300
gc West	372	264	348	287
Almere-Stad/Buiten	354	268	336	250
gc de Spil	358	264	411	304
gc de Schakel	346	262	327	235
gc Waterwijk	355	269	345	252
gc Molenwiek	364	298	149	124
Almere-totaal	365	265	365	265

* gecorrigeerd voor verschillen in onderrapportage.

7.2. Verwijspatronen

Waar het bij de aantallen verwijzingen vooral zal gaan om de vraag of de eerstelijnsvoorzieningen hun versterkte karakter waar kunnen maken door relatief weinig te verwijzen naar de tweedelijns, gaat het bij de verwijspatronen om de vraag of het volledige stelsel van Almeerse voorzieningen de patiëntenstromen binnen de eigen gemeente kan houden. Zoals in het vorige hoofdstuk al is aangegeven beschikt Almere (nog) niet over een eigen ziekenhuis. Wel functioneert in Almere een buitenpolikliniek van het Burgerziekenhuis (Medisch Centrum Almere= MCA) dat nu nog in Amsterdam is gevestigd maar in 1989 naar Almere zal verhuizen. Naast het in Almere-Stad gesitueerde MCA, houden een aantal specialisten van de in het Gooi gevestigde ziekenhuizen spreekuur in Almere-Haven, en wel in het gezondheidscentrum 'de Haak'. Op deze wijze zijn alle belangrijke specialismen in Almere vertegenwoordigd, zij het alleen voor spreekuurbezoek en (op kleine schaal) poliklinische dagbehandelingen. In theorie zou dus een zeer groot deel van alle verwijzingen naar medisch specialisten betrek-

king kunnen hebben op 'Almeerse' specialisten.

Voordat we aangeven hoe de patiëntenstromen tussen eerste en tweede-
lijn in Almere lopen en op welke specialisten één en ander betrek-
king heeft, aandacht voor de manier waarop de verwijzing tot stand
komt. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen ziekenfonds en par-
ticuliere patiënten.

Tabel 7.7.: wijze van tot stand komen van de verwijzing voor zieken-
fonds en particulier verzekerden, absoluut en in persen-
tages

	<u>ziekenfonds</u>		<u>particulier</u>	
	abs	%	abs	%
op spreekuur bij huisarts	929	48	215	83
bij visite van huisarts	57	3	15	6
via telefonisch contact h.a.	51	3	12	5
door assistente	795	41	7	3
anders	90	5	9	3
totaal	1930	100	258	100

Het merendeel van de verwijzingen vindt plaats tijdens een bezoek
aan het spreekuur van de huisarts. Ook aan de balie worden door de
assistente veel patienten verwezen zonder dat de huisarts de patiënt
onder ogen krijgt. Zoals we in paragraaf 7.3 zullen zien betreft het
hier in hoofdzaak verlengingsverwijzingen en verwijzingen naar de
oogarts. De verdeling voor ziekenfondspatiënten verschilt belangrijk
van die voor particuliere patiënten waar het de verwijzingen door de
assistente betreft. Deze categorie vormt 40% van het totaal bij zie-
kenfondsverzekerden en is nagenoeg afwezig bij particuliere patiën-
ten. Voor de variabelen geslacht en leeftijdscategorie van de pa-
tiënten zijn de verschillen gering.

Belangrijker dan te weten hoe de verwijzing tot stand kwam - in pa-
ragraaf 7.3 zal tabel 7.7 verder worden opgesplitst, waarbij ook de
mate waarin patiënten initiatieven nemen in het geheel zal worden
betrokken - is de vraag naar welke specialismen zoal wordt verwezen
en vooral waar deze specialisten spreekuur houden. Tabel 7.8 (zie
volgende pagina) geeft allereerst de belangrijkste specialismen
waarnaar de Almeerse patiënten worden verwezen.

Tabel 7.8.: specialismen waarnaar de Almeerse patiënten worden verwezen door de huisarts op basis van een 10 weekse registratie, absoluut en in percentages

specialisme	<u>aantal verwijzingen</u>		verwijzingen per 1000 pat./jr
	abs	%	
oogheelkunde	461	21.0	56
keel-neus en oorarts	258	11.7	30
chirurgie + pl.chirurgie	276	12.6	33
orthopedie	139	6.3	17
urologie	51	2.3	6
verloskunde + gynaecologie	239	10.9	29
zenuw- en zielsziekten	99	4.5	12
dermatologie	107	4.9	13
interne geneeskunde	185	8.4	22
kindergeneeskunde	133	6.1	16
cardiologie	104	4.7	13
longziekten + tbc	26	1.2	3
rheumatologie	12	.5	1
allergologie	54	2.5	7
psychiatrie	21	1.0	3
overige specialismen	11	.5	1
onbekend	22	1.0	3
totaal	2198	100.0	265

In aantal zijn de specialismen: Oogheelkunde, KNO, Chirurgie en Verloskunde/Gynaecologie de belangrijkste specialismen waarnaar vanuit Almere wordt verwezen. Waar het de ziekenfondspatiënten betreft, welke groep met 88% van alle verwijzingen vanuit het belangrijkste is, kunnen deze cijfers per specialisme worden vergeleken met de verdeling in geheel Nederland en Lelystad. De cijfers voor Almere worden zowel ongecorrigeerd als gecorrigeerd voor verschillen in leeftijdsopbouw met Nederland en voor onderrapportage weergegeven. De ongecorrigeerde cijfers kunnen worden vergeleken met Lelystad; voor de vergelijking met Nederland kunnen het beste de gecorrigeerde cijfers worden gebruikt. Om het beeld compleet te maken worden voor Nederland zowel de cijfers gegeven voor alle huisartsen als voor huisartsen werkend in gezondheidscentra.

Tabel 7.9.: aantal verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden in Almere, Lelystad en Nederland op jaarbasis, naar specialisme

specialisme	aantal verwijzingen per 1000 ziekenfondsverzekerden				
	per jaar		Lelystad**	Nederland 1984	
	Almere, 1985	verwijsreg. gecorr.*			
			1983	totaal g.c.	
oogheelkunde	83	104	112	96	88
kno-arts	37	41	38	36	34
(pl)chirurgie	45	53	55	78	55
orthopedie	22	26	21	29	23
urologie	8	12	5	14	13
verloskunde/ gynaecologie	42	44	32	36	35
zenuw+zielsziekten	17	21	20	11	10
dermatologie	17	19	18	27	22
int. geneeskunde	31	46	32	57	55
kindergeneeskunde	23	19	16	17	19
cardiologie	18	29	18	18	16
longziekent+tbc	4	6	7	12	10
rheumatologie	2	3	1	4	3
psychiatrie	4	4	3	1	2
overig/onbekend	12	13	6	29	33
totaal	365	440	384	451	418

* De Almeerse cijfers zijn gecorrigeerd voor leeftijdsverschillen met de rest van Nederland en voor 10% onderrapportage.

** Door afronding komt het totaal voor Lelystad op twee verwijzingen minder uit dan in de oorspronkelijke publikatie (Nijhout, 1985); de cijfers voor Lelystad zijn niet gecorrigeerd voor leeftijd en de omrekening naar jaarcijfers verschilt.

In vergelijking tot Nederland wordt in Almere relatief weinig verwezen naar de specialismen: (plastische) chirurgie, dermatologie, interne geneeskunde en longziekten (tbc). Voor cardiologie geldt dat in Almere relatief veel verwijskaarten worden uitgeschreven evenals voor de specialismen zenuw- en zielsziekten en verloskunde/gynaecologie. Over het geheel genomen is, na correctie voor leeftijdsverschillen en onderrapportage, het verwijscijfer van ziekenfondsverze-

In de inleiding van dit hoofdstuk is al aangegeven dat de belangrijkste specialismen in Almere vertegenwoordigd zijn via poliklinieken in Almere-Stad en Almere-Haven. Traditioneel zijn er echter ook sterke banden met Amsterdam en de streek Naarden/ Bussum, Hilversum. Met het oog op de opening van het Burgerziekenhuis in Almere in 1989/1990 is het interessant na te gaan, waar de Almeerse bevolking op dit moment een specialist bezoekt. Tabel 7.10 laat zien hoe deze stromen lopen. In de tabel wordt onderscheid gemaakt tussen de mensen die worden verwezen via één van de centra in Almere-Stad/Buiten en zij die via een huisarts in Almere-Haven hun weg naar de specialist vinden. De in totaal ruim 60 verschillende ziekenhuizen of specialisten zijn samengenomen in tien klassen.

Tabel 7.10.: aantallen verwijzingen vanuit Almere (Almere-Stad/Buiten en Almere-Haven) naar vestigingsplaats specialist, absoluut en in percentages

vestigingsplaats specialist	aantallen verwijzingen vanuit					
	Almere-Stad/Buiten		Almere-Haven		totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
Almere	425	40.4	390	34.0	815	37.1
Naarden-Bussum	156	14.8	356	31.0	512	23.3
Hilversum	18	1.7	25	2.2	43	2.0
Amsterdam, AMC	156	14.8	129	11.2	285	13.0
Amsterdam, Burgerzkh.	19	1.8	18	1.6	37	1.7
Amsterdam, overig	164	15.6	143	12.5	307	14.0
Amsterdam, onbekend	27	2.6	15	1.3	42	1.9
Utrecht/Nrd. Holland	13	1.2	9	.8	22	1.0
Rest v. Nederland	11	1.0	10	.9	21	1.0
Onbekend	62	5.9	52	4.5	114	5.2

kerden in Almere ongeveer gelijk aan het cijfer voor geheel Nederland, en ligt het wat boven de verwijscijfers voor huisartsen in gezondheidscentra.

Van de 2084 verwijzingen naar specialisten waarvan de vestigingsplaats bekend is, blijven er 815 (=39,1%) binnen Almere. De specialisten die spreekuur houden in een van de ziekenhuizen in Naarden/Bussum of Hilversum krijgen samen bijna 27% van alle Almeerse verwijzingen. In totaal 671 patiënten uit Almere (=32,2%) consulteren

een specialist in Amsterdam. Van alle Amsterdamse ziekenhuizen krijgt het AMC verreweg de meeste patiënten uit Almere op een spreekuur (ca 45%). Andere Amsterdamse ziekenhuizen die in trek zijn bij de Almeerse bevolking/huisartsen zijn het OLV Gasthuis (ca 14%) en het VU-ziekenhuis (ca 10%). Het Burgerziekenhuis neemt, evenals het Andreasziekenhuis, ongeveer 6% van de patiënten die naar Amsterdam komen voor zijn rekening. Uitsplitsing van de patiënten die in Almere een specialist bezoeken, laat zien dat ruim 83% betrekking heeft op de in het MCA opererende specialisten; bijna 17% wordt verwezen naar een van de specialisten die in 'de Haak' spreekuur houden.

Opmerkelijke verschillen zijn er tussen de stadsdelen Almere-Stad/Buiten en Almere-Haven. Allereerst blijkt dat de huisartsen in Almere-Haven minder verwijzen naar in Almere spreekuur houdende specialisten dan hun collega's uit Almere-Stad/Buiten. Daarentegen wordt in vergelijking tot Almere-Stad/Buiten meer dan twee maal zo vaak verwezen naar Naarden/Bussum. Beide aspecten lijken voort te vloeien uit zowel de geografische als de historische bindingen van de huisartsen in Almere-Haven met de Gooi-Noord ziekenhuizen in Naarden/Bussum en met de specialisten die vanuit deze ziekenhuizen nog altijd spreekuur houden in het gezondheidscentrum 'de Haak'. Deze verklaring wordt bevestigd indien we de aantallen verwijzingen op centrumniveau bekijken. De huisartsen die het langst in Almere-Haven zijn gevestigd, verwijzen het meest naar Naarden/Bussum. De huisartsen in Almere-Stad/Buiten zijn meer dan hun collega's in Almere-Haven gericht op Amsterdam. Ook hier lijkt het geografische aspect voor de hand te liggen, terwijl bovendien geldt dat de bevolking in Almere-Stad en Almere-Buiten (ook) op het medische vlak nog sterke banden met Amsterdam zal hebben. Deze laatste verklaring zal verder worden onderzocht als in paragraaf 7.3 en 7.4 de verschillende typen verwijzingen aan de orde komen.

Tenslotte is in tabel 7.11 (zie volgende pagina) per specialisme aangegeven, welke percentages in respectievelijk Almere, Amsterdam en Naarden/Bussum op het spreekuur terecht komen. Hierbij is het goed om vooraf op te merken dat de volgende specialismen ten tijde van het onderzoek in het MCA spreekuur hielden: interne geneeskunde, kindergeneeskunde, chirurgie, gynaecologie, kno, neurologie, dermatologie en oogheelkunde. Met uitzondering van de twee laatstgenoemde specialismen zijn dezelfde specialismen vertegenwoordigd in het gezondheidscentrum 'de Haak'. Voor meer informatie over het functioneren van het MCA kan worden verwezen naar een evaluatie-onderzoek

uitgevoerd door het NZI (Dekker, 1986).

Bij oogheelkunde en de kno-arts blijft het merendeel van de patiënten in Almere; bij kindergeneeskunde, maar ook bij chirurgie en gynaecologie wordt relatief weinig naar de Almeerse specialisten verwezen. Specialismen waar een hoog percentage patiënten naar Amsterdam gaat zijn urologie, cardiologie en allergologie, terwijl ook bij longaandoeningen en kindergeneeskunde de Amsterdamse ziekenhuizen relatief veel patiënten uit Almere krijgen. De Gooi-Noord ziekenhuizen in Naarden/Bussum zijn voor Almere in het bijzonder belangrijk als het gaat om de specialismen orthopedie en verloskunde.

Tabel 7.11.: percentages verwijzingen door de Almeerse huisartsen gedurende 10 registratieweken, naar Almere, Amsterdam en Naarden/Bussum per specialisme

specialismen	aantal verwij- zingen	% naar Almere	% naar A'dam	% naar Naarden/ Bussum
oogheelkunde	461	69	16	6
kno	258	54	23	17
chirurgie	276	34	28	30
orthopedie	139	2	40	47
urologie	51	2	61	33
verloskunde/gynaecologie	239	22	30	42
zenuw + zieksziekten	99	43	29	20
dermatologie	107	50	29	10
interne geneeskunde	185	40	30	24
kindergeneeskunde	133	20	37	34
cardiologie	104	1	56	34
longziekten + tbc	26	4	46	27
rheumatologie	12	-	33	8
allergologie	54	2	80	7
psychiatrie	21	-	33	29
overige specialismen	11	20	36	-

7.3. Typen verwijzingen

Niet op elke verwijzing wordt door de huisarts evenveel invloed uitgeoefend. Bij sommige verwijzingen ligt het initiatief volledig bij de huisarts; bij andere verwijzingen is de patiënt reeds onder behandeling van een specialist maar dient alsnog een verwijkskaart te worden uitgeschreven om de kosten vergoed te kunnen krijgen. Om inzicht te krijgen in het aandeel dat de huisartsen daadwerkelijk hebben op hun verwijscijfer is het derhalve zinvol verschillende typen verwijzingen te onderscheiden.

Weinig invloed hebben de huisartsen op de zogenaamde administratieve verwijzingen. Daartoe kunnen worden gerekend de verlengingsverwijzingen (de specialist of patiënt wil na een jaar de behandeling voortzetten), de refractieverwijzing (een oogheeskundige verwijzing ter controle van de ogen), de achterafverwijzing (de patiënt is reeds onder behandeling van de specialist maar heeft alsnog een verwijkskaart nodig om de kosten vergoed te krijgen), de verwijzingen van/naar een specialist (specialist A verwijst naar specialist B, via de huisarts), de overstapverwijzing (patiënt wisselt, bijvoorbeeld ten gevolge van de verhuizing, van specialist) en de verwijzingen op verzoek van andere hulpverleners. Strikt genomen zou de huisarts bij al deze typen verwijzingen de patiënt (opnieuw) kunnen onderzoeken teneinde de noodzaak van de betreffende verwijzing vast te stellen. In de praktijk worden bovenvermelde verwijzingen meestal zonder onderzoek of controle uitgeschreven door de assistente.

Tegenover deze 'administratieve verwijzingen' staan de actieve verwijzingen; verwijzingen waartoe tijdens een contact tussen huisarts en patiënt wordt besloten. Ook hierbij kan weer een onderscheid worden gemaakt tussen verwijzingen op initiatief van de huisarts en verwijzingen op initiatief van de patiënt. In tabel 7.12 (zie volgende pagina) zijn de aandelen van deze verschillende soorten verwijzingen, uitgesplitst naar ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden naast elkaar gezet. Bij de achterafverwijzingen is, speciaal voor de Almeerse situatie nog een onderscheid gemaakt tussen achterafverwijzingen voor EHBO en andere achterafverwijzingen.

Bij de particuliere patiënten vormt de categorie 'administratieve verwijzingen' een restgroep waarin slechts 14% van alle particuliere patiënten vallen. Het overgrote deel van de verwijzingen bij particulier verzekerder betreft actieve verwijzingen. Van deze actieve

Tabel 7.12.: verschillende soorten verwijzingen bij 22 Almeerse huisartsen, absoluut en in percentages

type verwijzing	ziekenfonds		particulier		totaal	
	abs*	%	abs*	%	abs*	%
refractie-verwijzing	282	14.6	15	5.8	297	13.5
verlengingsverwijzing	656	33.8	7	2.7	663	30.2
achterafverwijzing, EHBO	94	4.8	2	.8	96	4.4
achterafverwijzing, anders	55	2.8	-	-	55	2.5
overstapverwijzing	35	1.8	3	1.2	38	1.7
verwijzing specialist A B	68	3.5	2	.8	70	3.2
initiatief andere hulpverlener	56	2.9	6	2.3	62	2.8
actief, initiatief huisarts	476	24.5	147	57.0	623	28.3
actief, initiatief patiënt	302	15.6	76	29.5	378	17.2

* Een aantal verwijzingen scoort in meerdere categorieën (een refractieverwijzing kan bijvoorbeeld ook een verlengingsverwijzing zijn). Hierdoor overschrijdt het cumulatief percentage de 100% en komt het totaal bij de absolute aantallen boven de aantallen patiënten in die categorie.

verwijzingen gebeurt bijna 2/3 op initiatief van de huisarts; bij 1/3 van deze verwijzing ligt het initiatief grotendeels bij de patiënt. Bij de verwijzingen van ziekenfondsverzekerden ligt de zaak anders. Hier vormen de actieve verwijzingen met 40% van het totaal een minderheid. Naast de actieve verwijzingen, waarvan ruim 60% op initiatief van de huisarts plaatsvindt, vormen de verlengingsverwijzingen en refractieverwijzingen in aantal belangrijke categorieën. In totaal bedraagt het percentage administratieve verwijzingen onder ziekenfondspatiënten bijna 60% van het totale aantal verwijskaarten. Bij bovenvermelde bevindingen passen twee kanttekeningen. In de eerste plaats gaan we er van uit dat de 10 weken registratie een goed beeld oplevert van de verschillende typen verwijzingen. Met name waar het gaat om kleine aantallen zullen de resultaten meer toevalsgebonden zijn. In het vervolg hiervan past een kanttekening bij de verwijzing van particuliere patiënten. In de regel moeten particuliere patiënten een verwijsbrief van de huisarts overleggen om de kosten van poliklinische specialistische hulp vergoed te krijgen. Het is hierbij zeer de vraag of alle maatschappijen ze in feite ook echt inzien; is dit niet het geval dan zal dit met name van invloed

kunnen zijn op de geconstateerde aantallen 'administratieve' verwijzingen bij deze groep patiënten. Vergelijken we de in Almere gevonden percentages actieve en administratieve verwijzingen met de gegevens voor Lelystad in 1984, dan blijken er nauwelijks verschillen. Tegen een percentage actieve verwijzingen van 40,1 voor Almere zet Lelystad een percentage van 42,7; het percentage administratieve verwijzingen in Almere bedraagt 59,9 tegen 57,3% voor Lelystad. De refractieverwijzingen ligt in Almere enige procenten beneden dat van Lelystad; het percentage verlengingsverwijzingen daarentegen ligt in Almere 2,5% hoger dan in Lelystad.

Huisartsen en gezondheidscentra kunnen verschillen in de mate waarin men specialisten en patiënten de ruimte geeft bij het verwijzen naar de tweedelij. Tegenover de ene huisarts die elk verzoek van een patiënt of specialist om een (herhalings)verwijzing honoreert, kan een ander staan die elk (nieuw) verzoek om een verwijsbrief uiterst kritisch bekijkt. Met name het gemakkelijk uitschrijven van verlengingsverwijzingen zou, gelet op de forse aantallen waarom het gaat, belangrijke invloed kunnen hebben op de hoogte van het verwijscijfer. In tabel 7.13 (zie volgende pagina) staan de administratieve en actieve verwijscijfer voor de verschillende gezondheidscentra. De aantallen betreffen enkel ziekenfondsverzekerden, waarbij door het aantal verwijzingen per 1000 patiënten te nemen, wordt gecontroleerd voor verschillen in praktijkgrootte. Ook is gecorrigeerd voor verschillen in praktijksamenstelling waar het leeftijd en geslacht betreft van de patiënten, met de aanname dat deze verschillen naar ratio verdeeld zijn over de verschillende categorieën verwijzingen. De aantallen zijn omgerekend naar jaartotalen; de categorieën zijn uitsluitend gemaakt door verlengingen van refractieverwijzingen te rekenen als verlengingsverwijzingen.

Tabel 7.13 laat zien dat de grote verschillen in verwijscijfers per 1000 ziekenfondspatiënten vooral worden veroorzaakt door de verschillen in administratieve verwijzingen per centrum. Met name in de centra 'de Spil' en 'West' vinden veel administratieve verwijzingen plaats. Kijken we naar de actieve verwijzingen, dan blijkt vooral het centrum 'de Haak' eruit te springen met een hoog actief verwijs-cijfer, met op de tweede plaats het centrum 'Oost'. Lage actieve verwijscijfers realiseren de centra 'de Spil' en met name 'Molenwiek'. Dit laatste centrum is het enige centrum wat zowel bij de administratieve verwijzingen als bij de actieve verwijzingen ver onder het Almeers gemiddelde scoort voor wat betreft het aantal ver-

Tabel 7.13.: aantal verwijzingen (actief en administratief) naar medisch specialisten per 1000 ziekenfondspatiënten per jaar, gecorrigeerd voor praktijkverschillen in leeftijden geslacht van de verschillende gezondheidscentra.

	administratief				actief		
	refrac- tie	verlen- ging	anders	totaal*	initia- tief arts	initia- tief patiënt	to- taal*
Almere-Haven	31.1	127.9	43.1	206.1	100.6	64.9	165.5
gc de Haak	28.9	141.3	33.9	204.1	136.7	67.6	204.3
gc Oost	35.7	95.9	44.0	175.6	93.3	69.5	162.8
gc West	29.0	176.1	59.5	264.6	68.7	66.2	134.9
Almere-Stad/ Buiten	36.4	121.9	73.8	232.1	79.1	49.2	128.3
gc de Spil	78.7	146.8	102.5	328.0	69.7	53.3	123.0
gc de Schakel	17.5	119.7	48.7	185.9	95.7	41.0	136.7
gc Waterwijk	26.1	127.9	93.3	247.3	80.0	56.5	136.5
gc Molenwiek	3.1	50.5	18.7	72.3	59.7	44.1	103.8
Almere-totaal	35.8	124.2	58.2	218.2	89.9	57.2	147.1

* Door afronding verschilt het totale verwijscijfer in zeer geringe mate van de aantallen gevonden in tabel 6.6.

wijzingen per 1000 ziekenfondspatiënten. Overigens is bij tabel 7.13 weer de moeilijkheid dat er geen rekening is gehouden voor verschillen tussen de centra in de mate van onderrapportage. Wellicht is het daarom beter om per centrum niet naar de absolute aantallen verwijzingen te kijken, maar naar de relatieve aandelen die de verschillende soorten verwijzingen hebben in het totaal. Dit is gedaan in tabel 7.14. Per centrum is het aantal verwijzingen op 100 gesteld. Blijft, dat ook hier verschillen in de onderrapportage per categorie verwijzingen tot een vertekening kunnen leiden.

Tabel 7.14.: verdeling van het aantal administratieve en actieve verwijzingen per 1000 ziekenfondspatiënten per centrum, met het totaal aantal verwijzingen per jaar gesteld op 100

	administratief			actief	N
	% refractie	% verlenging	% anders		
Almere-Haven	9	34	12	45	371.6
gc de Haak	7	35	8	50	408.4
gc Oost	11	28	13	48	338.4
gc West	7	44	15	34	399.5
Almere-Stad/ Buiten	10	34	20	36	360.4
gc de Spil	17	33	23	27	451.0
gc de Schake	5	37	15	43	322.6
gc Waterwijk	7	33	24	36	383.8
gc Molenwiek	2	29	10	59	176.1
Almere-totaal	10	34	16	40	365.3

7.4. Verlengingsverwijzingen

In de vorige subparagraaf is vastgesteld dat het aanzienlijk deel van alle verwijzingen betrekking heeft op verlengingsverwijzingen. De vraag die hierop aansluit is of bepaalde categorieën patiënten meer verlengingsverwijzingen krijgen dan andere. Hierbij kan gedacht worden aan zowel categorieën op basis van patiëntkenmerken als leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm als aan een verdeling naar specialisme. Tevens is het interessant na te gaan of de plaats waar patiënten onder specialistische behandeling zijn van invloed is op het percentage verlengingsverwijzingen. Tabel 7.15 geeft de verdeling naar leeftijd.

Er kan worden vastgesteld dat in vergelijking met Lelystad het percentage verlengingsverwijzingen naar leeftijd in Almere eenzelfde patroon volgt. Bij verwijzingen van patiënten jonger dan 50 jaar is het percentage verlengingsverwijzingen in Almere ruim 27%, tegen 26,1% in Lelystad. Zijn de patiënten 50 jaar of ouder dan komt het percentage verlengingsverwijzingen in Almere uit op 39,1%, terwijl het cijfer in

Tabel 7.15.: aantal verlengingsverwijzingen naar medisch specialisten als percentage van het totaal aantal verwijzingen, naar leeftijdsklasse van de patiënt

leeftijdsklasse	% verlengingsverwijzingen
0 - 4 jaar	21,7
5 - 9 jaar	32,9
10 - 15 jaar	37,5
16 - 19 jaar	28,3
20 - 29 jaar	28,9
30 - 39 jaar	24,1
40 - 49 jaar	29,4
50 - 59 jaar	34,7
60 - 64 jaar	35,8
65 - 69 jaar	42,0
70 - 79 jaar	47,2
80 jaar	46,4

Lelystad voor deze categorie uitkomt op 42,4%. Deze vergelijking betreft de situatie in Lelystad na de opening van het Zuiderzeeziekenhuis, met daarbij de aantekening dat in vergelijking tot de situatie voor de opening van dit ziekenhuis voor beide categorieën patiënten de percentages verlengingsverwijzingen in Lelystad zijn gestegen.

Kon in een van de vorige paragrafen reeds worden vastgesteld dat het aandeel van de verwijzingen van particuliere patiënten relatief gering is, dit gaat in het bijzonder op voor de verlengingsverwijzingen. Tegen een percentage van 34 voor de ziekenfondsverzekerden, staan slechts 8 particulier verzekerde patiënten (=3%) die een verlengingsverwijzing kregen uitgeschreven. Dit geringe aantal verlengingsverwijzingen voor particulier patiënten is een rechtstreeks gevolg van het feit dat dergelijke verwijzingen administratief niet noodzakelijk worden geacht en dus niet worden uitgeschreven.

Tussen mannen en vrouwen zijn er gegeven het totaal aantal verwijzingen voor beide groepen, nauwelijks verschillen in de percentages verlengingsverwijzingen. Het percentage voor mannen bedraagt 31,5%, tegen een percentage van 29,8 voor vrouwelijke patiënten.

Ter vergelijking met tabel 7.8 kan ook voor alle verlengingsverwij-

Tabel 7.16.: aantallen verlengingsverwijzingen naar medische specialisten van Almeerse patiënten op basis van 10 weken registratie, absoluut en in percentages

specialisme	aantal verlengingsverwijzingen		
	absoluut	%	per 1.000 patiënten per jaar
oogheelkunde	172	37.3	20.7
keel-neus-oorarts	60	23.3	7.2
(neuro-pl) chirurgie	48	17.4	5.8
orthopedie	25	18.0	3.0
urologie	20	39.0	2.4
verloskunde + gynaecologie	77	32.2	9.3
zenuw + zielsziekten	32	32.3	3.9
dermatologie	18	16.8	2.2
interne geneeskunde	71	38.4	8.6
kindergeneeskunde	40	30.1	4.8
cardiologie	52	50.0	6.3
longziekten + tbc	13	50.0	1.6
rheumatologie	2	16.7	.2
allergologie	22	40.7	2.7
psychiatrie	7	33.3	.8
overige specialismen	2	18.2	.2

zingen een uitsplitsing worden gegeven naar het specialisme waarop de verwijzing betrekking heeft. Dit wordt gedaan in tabel 7.16 .

De meeste verlengingsverwijzingen worden, in relatief opzicht, uitgeschreven naar de specialismen cardiologie, longziekten + tbc, allergologie, urologie en interne geneeskunde. Relatief weinig verlengingsverwijzingen vinden plaats naar dermatologie, chirurgie en orthopedie.

Bij het bekijken van de aantallen verwijzingen naar de vestigingsplaats van de specialist was een van de opvallende punten dat vanuit Almere Haven en Almere Stad/Buiten veel verwijzingen plaatsvinden naar respectievelijk Naarden/Bussum en Amsterdam. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat deze tendens nog sterker naar voren komt bij de verlengingsverwijzingen. Immers een eenmaal in gang gezette behandeling in bijvoorbeeld een vorige woonplaats (Amsterdam) of in één van de Gooise ziekenhuizen op het tijdstip dat er in Almere nog

geen MCA functioneerde, zal bij verlenging veelal in dezelfde plaats worden gecontinueerd. Tabel 7.17 laat zien dat dit inderdaad het geval is.

Tabel 7.17.: aantallen verlengingsverwijzing vanuit Almere (Almere-Stad/Buiten en Almere-Haven) naar vestigingsplaats specialist, absoluut en in percentages

vestigingsplaats specialist	verlengingsverwijzingen vanuit				totaal	
	Almere-Stad/Buiten		Almere-Haven			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Almere	72	16.9	79	20.3	151	18.5
Naarden/Bussum/H'sum	49	28.2	105	27.6	154	27.7
Amsterdam, AMC	58	37.2	45	34.9	103	36.1
Amsterdam, overig						
+ onbekend	113	53.8	84	47.7	197	51.0
overig + onbekend	37	43.0	29	40.8	66	42.0

Brengen we in herinnering het percentage van 30,5% verlengingsverwijzing op alle verwijzingen, dan springen een aantal zaken naar voren. In de eerste plaats is het percentage verlengingsverwijzingen naar in Almere spreekuur houdende specialisten relatief laag. Gedeeltelijk zal dit het gevolg zijn van de aard van de specialismen die in Almere vertegenwoordigt alsmede van het feit dat met name het MCA relatief kort in Almere is gevestigd⁵. Daarnaast bestaat de indruk dat de in Almere gevestigde specialisten ook los van bovenomschreven verklaringen, weinig verlengingsverwijzingen vragen. Meer duidelijkheid over de mate waarin het verwijsgedrag van de Almeerse specialisten als verklaring kan dienen voor het lage aantal verlengingsverwijzingen, zal toekomstig onderzoek moeten geven. Een tweede opvallende punt betreft het eveneens lage percentage verlengingsverwijzingen naar de ziekenhuizen in Naarden, Bussum en Hilversum; een aantal waarvoor ook de aard van de specialismen waarvoor vooral naar deze ziekenhuizen wordt verwezen nauwelijks verantwoordelijk kan worden gesteld. Overeenkomstig de verwachting liggen de percentages verlengingsverwijzingen naar de Amsterdamse ziekenhuizen boven het gemiddelde percentage van 30,5%. Ook geldt dat mensen uit Almere-Stad en Buiten relatief meer verlengingsverwijzingen ontvangen naar een ziekenhuis in Amsterdam dan de inwoners van Almere-Haven. De

tijd dat men in Almere woonachtig is zal hier ongetwijfeld een rol spelen, zij het dat op het niveau van de afzonderlijke centra een verband tussen tijdstip van opening en de hoogte van het percentage verlengingsverwijzingen naar in Amsterdam gevestigde specialisten niet kan worden aangetoond.

In de verklaringen voor verschillen in de percentages verlengingsverwijzingen is een aantal malen de aard van het specialisme opgevoerd. In tabel 7.16 hebben we gezien dat het percentage verlengingsverwijzingen sterk varieert per specialisme. Het is niet denkbeeldig dat juist specialismen met een hoog percentage verlengingsverwijzingen geconcentreerd zijn in Amsterdam, terwijl de overige specialismen vooral in Almere en het Gooi opereren. Om dit te onderzoeken is voor de verlengingsverwijzingen een opsplitsing gemaakt naar aard van het specialisme en plaats van vestiging. Om niet terecht te komen bij al te kleine aantallen zijn alleen de specialismen met een behoorlijk aantal verlengingsverwijzingen genomen en beperken we ons wat de plaats van vestiging betreft tot een driedeling. De in tabel 7.18 vermelde percentages zijn afgeleid uit de totale aantallen verwijzingen naar deze categorieën.

Tabel 7.18.: percentages verlengingsverwijzingen naar specialisme en plaats van vestiging van de specialist

specialisme	% verlengingsverwijzingen bij spreekuur in		
	Almere	't Gooi	A'dam
oogheelkunde	33.9	7.1 (N=2)	56.8
kno	8.6	41.3	39.0
chirurgie	6.3 (N=6)	18.9	28.6
orthopedie	-	12.3 (N=9)	28.6
verlosk.+gynaecologie	7.7 (N=4)	32.7	47.2
zenuw + zielsziekten	11.6 (N=5)	42.9 (N=9)	51.7
interne geneeskunde	8.1 (N=6)	51.1	62.5
kindergeneeskunde	11.1 (N=3)	25.5	44.9
cardiologie	-	33.3	62.1

Uit tabel 7.18 blijkt een uitermate constant beeld. Onafhankelijk van het specialisme kan worden vastgesteld dat het percentage verlengingsverwijzingen bij de Almeerse specialisten laag is, de spe-

cialisten in het Gooi een middenpositie innemen en de in Amsterdam gevestigde specialisten in verhouding de meeste verlengingsverwijzingen aanvragen. Dit beeld schept verwachtingen voor de toekomst, als de Almeerse bevolking meer dan nu het geval is terecht zal kunnen bij in Almere gevestigde specialisten.

Rest ons tenslotte met betrekking tot de categorie verlengingsverwijzingen de vraag in hoeverre de arts zich actief bemoeit met deze verwijzingen of het uitschrijven van de verlengingsverwijzing overlaat aan de assistente(n). Tabel 7.19 geeft het antwoord, waarbij een opsplitsing is gemaakt naar de verschillende gezondheidscentra.

Tabel 7.19.: aantal verlengingsverwijzingen naar wijze van tot stand komen van de verwijzing voor de gezondheidscentra

	wijze van tot stand komen in %					N
	consult huisarts	visite huisarts	tel.con- tact ha	assis- tente	anders	
Almere-Haven	13	1	1	82	3	342
gc de Haak	7	2	-	91	1	119
gc Oost	21	-	-	72	7	72
gc West	9	-	1	89	1	133
Almere-Stad/						
Buiten	11	-	3	84	2	329
gc de Spil	7	-	1	92	-	120
gc de Schakel	5	-	7	85	2	96
gc Waterwijk	16	-	2	77	4	97
gc Molenwiek	50	-	-	50	-	16
Almere-totaal	12	1	2	83	2	671

Over het geheel genomen blijkt 10-15% van alle verlengingsverwijzing tot stand te komen na overleg tussen huisarts en patiënt op een spreekuur of visite. In meer dan 80% van de gevallen wordt de verlengingsverwijzing afgehandeld door de assistente. Naarmate meer verlengingsverwijzingen lopen via een mondeling contact met de huisarts, neemt het aandeel van de verlengingsverwijzing op het totale aantal verwijzingen af ($r=-.60$). Door zich intensief met de verlengingsverwijzingen te bemoeien, lijkt de huisarts het aandeel van dit type verwijzingen en daarmee zijn totale verwijscijfer belangrijk omlaag te kunnen brengen.

7.5. Actieve verwijzingen

Tegenover de passieve verlengingsverwijzingen waar de enige activiteit zich veelal beperkt tot het zetten van een handtekening door de huisarts, staan de actieve verwijzingen. Het betreft hier alle eerste verwijzingen naar een medisch specialist (uitgezonderd refractieverwijzingen) die in meer of mindere mate van overleg tussen huisarts en patiënt tot stand komen. Analooq aan de vorige paragraaf zal allereerst worden bekeken welke patiënten via een actieve verwijzing toegang tot de specialist krijgen. Vervolgens zullen ook de actieve verwijzingen worden opgedeeld naar specialisme en plaats waar de specialist spreekuur houdt. Gelet op het karakter van dit type verwijzing is de verwachting dat met name bij de plaats van de specialist een soort spiegelbeeld bestaat van de verlengingsverwijzingen.

Tabel 7.20 geeft allereerst de leeftijdverdeling van die patiënten met een actieve verwijzing.

Tabel 7.20.: aantal actieve verwijzingen naar medische specialisten als percentage van het totaal aantal verwijzingen, naar leeftijdsklasse van de patiënt

leeftijdsklasse	% actieve verwijzingen
0- 4 jaar	47.6
5- 9 jaar	46.9
10-15 jaar	37.5
16-19 jaar	43.4
20-29 jaar	41.6
30-39 jaar	54.3
40-49 jaar	49.8
50-59 jaar	43.2
60-64 jaar	45.3
65-69 jaar	34.5
70-79 jaar	43.5
80 jaar	36.7

Het aandeel van de actieve verwijzingen op het totaal aan verwijzingen vanuit Almere schommelt rond de 46%. Voor sommige leeftijdscategorieën (de groep 0-10 en 30-49 jarigen) ligt het percentage wat

hoger; bij andere groepen (10-30 jarigen en de groep 50 jaar en ouder) ligt het percentage wat lager, ten gunste van de administratieve verwijzingen.

Kijken we vervolgens naar de variabelen, geslacht en verzekeringsvorm. Het totale aantal van 1011 actieve verwijzingen blijkt voor 44.2% te bestaan uit mannen tegen 55.8% vrouwen. Het totaal aantal mannen dat wordt verwezen naar de medisch specialist, bestaat voor 48.1% uit actieve verwijzingen; bij vrouwen ligt het aandeel van de actieve verwijzingen met 44.5% wat lager. Ook de verzekeringsvorm van de patiënt heeft invloed op het aandeel van de actieve verwijzingen ten opzichte van het totaal aantal verwijzingen. Van alle verwijzingen voor ziekenfondsverzekerden, bestaat 40.5% uit actieve verwijzingen; bij de particulier verzekerden groeit het percentage actieve verwijzingen naar 86.8% van het totale aantal verwijzingskaarten voor deze groep.

Alle actieve verwijzingen kunnen weer worden opgedeeld naar het specialisme waarop de verwijzing betrekking heeft. Tabel 7.21 (zie volgende pagina) vormt hiervan de weergave.

Zoals al werd verwacht vormt tabel 7.21 als het ware het spiegelbeeld van tabel 7.16. Voor de meeste specialismen gaat dit complementair zijn van beide tabellen op. Toch zijn er ook enkele uitzonderingen. Verklaarbaar is het lage percentage actieve verwijzingen naar oogheelkunde. Immers, hier zullen het vooral refractieverwijzingen betreffen die een aparte categorie bij de administratieve verwijzingen vormen. Blijven over de specialismen kindergeneeskunde, reumatologie en allergologie waar de actieve en verlengingsverwijzingen samen tussen de 55 en 70% van het totaal uitmaken. Bij kindergeneeskunde zijn het, naast verlengingsverwijzingen en actieve verwijzingen met ieder 30% van het totaal, achterafverwijzingen 'EHBO (13.5%) en anders (12%)' en initiatieven van andere specialisten/hulpverleners (14.3%) die 100% volmaken. Bij allergologie gaat het naast actieve- en verlengingsverwijzingen om een verwijzing van de ene naar de andere specialist (13%) en achterafverwijzingen na EHBO (11%). Bij reumatologie tenslotte zijn de aantallen dermate gering dat er nauwelijks aanleiding lijkt enige bijzonderheid te vermoeden. Van de 12 verwijzingen naar reumatologie zijn er 5 die door de huisarts worden uitgeschreven om de verwijzing van de ene naar de andere specialist te bekrachtigen.

Tabel 7.21.: aantallen actieve verwijzingen naar medisch specialisten op basis van 10 weken registratie bij de Almeerse huisartsen, absoluut en in percentages

specialisme	aantal actieve verwijzingen		
	absoluut	%	per 1000 patiënten per jaar
oogheelkunde	65	14.1	7.8
kno-arts	174	67.4	21.0
(neuro/pl) chirurgie	177	64.1	21.4
orthopedie	97	69.8	11.7
urologie	29	56.9	3.5
verloskunde + gynaecologie	102	42.7	12.3
zenuw + zielsziekten	49	49.5	5.9
dermatologie	85	79.4	10.3
interne geneeskunde	98	53.0	11.8
kindergeneeskunde	40	30.1	4.8
cardiologie	43	41.3	5.2
longziekten + tbc	12	46.2	1.4
rheumatologie	5	41.7	0.6
allergologie	13	24.1	1.6
psychiatrie	10	47.6	1.2
overige specialismen	4	36.4	0.5

Als bij de verlengingsverwijzingen de verwijzingen naar Amsterdam wat zijn oververtegenwoordigd, ligt het in de lijn der verwachtingen dat bij de nieuwe, actieve verwijzingen meer dan gemiddeld wordt verwezen naar specialisten in Almere en wellicht ook in Naarden/Bussum. Tabel 7.22 (zie volgende pagina) laat zien dat dit voor het grootste deel het geval is.

Van alle 815 verwijzingen naar Almeerse specialisten bestaan er 462 (= 56.7%) uit actieve verwijzingen. Wat dit percentage betreft verschillen de beide stadsdelen nauwelijks. Anders ligt dit voor de verwijzingen naar de specialisten in Naarden/Bussum/Hilversum en Amsterdam. Op het totale aantal verwijzingen door de huisartsen in Almere-Stad en Buiten naar het Gooi en Amsterdam, nemen de actieve verwijzingen respectievelijk 27%, 42.3% (AMC) en 2.8% (A'dam, overig) voor hun rekening. Bij de verwijzingen vanuit Almere-Haven liggen de percentages actieve verwijzingen naar specialisten buiten Almere in alle gevallen hoger.

Tabel 7.22.: aantallen actieve verwijzingen vanuit Almere (Almere-Stad/Buiten en Almere-Haven) naar vestigingsplaats specialist, absoluut en in percentages

vestigingsplaats specialist	aantallen actieve verwijzingen uit					
	Almere-Stad/Buiten		Almere-Haven		totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
Almere	239	56.2	223	57.2	462	56.7
Naarden/Bussum/H'sum	47	27.0	196	51.4	243	43.8
Amsterdam, AMC	66	42.3	70	54.3	136	47.7
Amsterdam, overig + onbekend	52	24.8	69	39.2	121	31.3
overig + onbekend	21	24.4	28	39.4	49	31.2

Tabel 7.22 kan ook nog op een andere manier worden bekeken, door per stadsdeel te percenteren over het totaal aan actieve verwijzingen. Van alle actieve verwijzingen uit Almere-Stad/Buiten (=425) -geschiedt 56% naar specialisten in Almere, 11% naar specialisten in Naarden/Bussum/Hilversum en 28% naar specialisten met spreekuur in een van de Amsterdamse ziekenhuizen. Bij de actieve verwijzingen uit Almere-Haven ligt de verdeling wat anders. Van alle 586 actieve verwijzingen wordt 38% van de patiënten verwezen naar Almeerse specialisten, 32% naar Naarden/Bussum/Hilversum en 24% naar Amsterdam. In vergelijking met de percentages voor alle verwijzingen (zie tabel 7.10) kan worden geconstateerd dat de Almeerse huisartsen bij hun actieve verwijzingen meer op Almere zijn gericht dan uit hun totale verwijzingscijfer zou kunnen worden opgemaakt. Een geleidelijke groei van de stroom verwijzingen naar Almeerse specialisten ten koste van het aandeel van het Gooi en Amsterdam ligt dan ook in de lijn der verwachtingen. Overigens valt op dat huisartsen uit Almere Stad/Buiten niet alleen meer naar Almeerse specialisten verwijzen dan hun collega's uit Almere-Haven, maar dat ook de groei in het aantal verwijzingen naar specialisten met een spreekuur in Almere vanuit dit stadsdeel zich sneller lijkt te voltrekken. Voor de huisartsen uit Almere Haven blijven de specialisten uit Naarden/Bussum en Hilversum trekken. Over het totale aantal verwijzingen betreft hun aandeel 33%, bij de actieve verwijzingen komt dit percentage uit op 32%. Verklarende factoren moeten gezocht worden in een gevoelsmatige binding met Naarden/Bussum en het ontbreken van een volledig geutil-

leerde polikliniek zoals Almere-Stad die heeft in de vorm van het MCA. Blijft natuurlijk dat voor patiënten uit Almere-Haven, Almere Stad nog altijd dichterbij is dan de ziekenhuizen en poliklinieken in 't Gooi.

Net als bij de verlengingsverwijzingen is het weer mogelijk een op-splitsing te geven van de actieve verwijzingen naar plaats van de specialist en specialisme. Ook hier beperken we ons tot de specialismen met een behoorlijk aantal (actieve) verwijzingen. De resultaten zijn weergegeven in tabel 7.23.

Tabel 7.23.: percentages actieve verwijzingen naar specialisme en plaats van vestiging van de specialist

specialisme	% actieve verwijzingen bij spreekuur in		
	Almere	't Gooi	Amsterdam
oogheelkunde	16.1	14.3	10.8
kno-arts	85.7	45.7	48.2
chirurgie	82.1	53.3	58.4
orthopedie	100.0 (N=3)	75.3	57.1
verloskunde/gynaecologie	86.5	22.1	41.7
zenuw+zielsziekten	74.4	42.9	24.1
interne geneeskunde	81.1	40.0	30.4
kindergeneeskunde	66.7	6.4 (N=3)	32.7
cardiologie	100.0 (N=1)	58.3	29.3

Vastgesteld kan worden dat het overgrote deel van alle verwijzingen naar Almeerse specialisten betrekking heeft op actieve verwijzingen. Los van de verwijzingen naar oogheelkunde, varieert dit percentage tussen de 66.7% voor kindergeneeskunde tot 86.5 voor verloskunde/gynaecologie. Het getal van 66.7% bij kindergeneeskunde betekent dat van alle verwijzingen naar specialisten die zich in Almere bezighouden met kindergeneeskunde twee/derde betrekking heeft op actieve verwijzingen. Bij de specialisten in de Gooise ziekenhuizen ligt het aandeel van de actieve verwijzingen op het totale aanbod van patiënten uit Almere wat lager. Specialismen waarbij in verhouding de actieve verwijzingen sterk zijn vertegenwoordigd zijn orthopedie (75%) en cardiologie (58%). Het aandeel van de actieve verwijzingen naar Amsterdamse specialisten is nog wat lager. Specialismen waarvoor

uit actieve verwijzingen zijn chirurgie (58%) en orthopedie (57%).

Nemen we als uitgangspunt alle actieve verwijzingen naar de afzonderlijke specialismen, dan laat tabel 7.24 zien hoe deze verwijzingen zijn verdeeld over de verschillende plaatsen.

Tabel 7.24.: actieve verwijzingen voor de afzonderlijke specialismen, naar plaats van vestiging, in percentages

	<u>aantal actieve verwijzingen in %</u>				N
	Almere	't Gooi	A'dam	overig/onbekend	
oogheelkunde	78.5	6.2	12.3	3.0	65
kno-arts	69.0	12.1	15.5	3.4	174
chirurgie	44.1	27.1	25.4	3.4	177
orthopedie	3.1	56.7	33.0	7.2	97
verloskunde/gynaecologie	44.1	22.5	29.4	3.9	102
zenuw + zielsziekten	65.3	18.4	14.3	2.0	49
interne geneeskunde	61.2	18.4	17.3	3.1	98
kindergeneeskunde	45.0	7.5	40.0	7.5	40
cardiologie	2.3	48.8	39.5	9.3	43

Beperken we ons tot de in aantal belangrijkste specialismen, dan geldt dat uitgezonderd orthopedie en cardiologie -beide specialismen die nog niet in Almere zijn vertegenwoordigd- de Almeerse specialisten bij alle specialismen het grootste deel van de actieve verwijzingen ontvangen. De percentages variëren van 44% bij chirurgie en verloskunde/gynaecologie tot 78% bij oogheelkunde. Van de actieve verwijzingen orthopedie en cardiologie gaat het grootste deel naar de Gooise specialisten. Naar Amsterdam vinden veel actieve verwijzingen plaats als het gaat om de specialismen kindergeneeskunde en cardiologie.

Tabel 7.25.: aantal actieve verwijzingen naar wijze van tot stand komen van de verwijzing, per gezondheidscentrum

	wijze van tot stand komen in %				
	consult huisarts	visite huisarts	tel.contact huisarts	assis-tente	anders
Almere-Haven	86.0	7.5	2.2	1.0	3.2
gc de Haak	78.1	12.8	2.7	1.4	5.0
gc Oost	92.7	2.4	2.4	-	2.4
gc West	88.1	5.6	2.1	2.1	2.1
Almere-Stad/Buiten	84.4	5.7	4.2	1.9	3.8
gc de Spil	76.2	8.4	9.8	0.7	4.9
gc de Schakel	86.5	6.3	1.6	0.8	4.8
gc Waterwijk	89.0	2.5	1.7	5.1	1.7
gc Molenwiek	94.6	2.7	-	-	2.7
Almere-totaal	85.3	6.7	3.1	1.4	3.5

Ook de paragraaf over de aantallen actieve verwijzingen willen we afsluiten met een antwoord op de vraag hoe deze verwijzing in de regel tot stand komt. Tabel 7.25 geeft dit antwoord.

Veruit de meeste actieve verwijzingen vinden plaats na een consult of visite van de huisarts. Voor het in vergelijking tot de andere centra hoge percentage telefonische verwijzingen bij het centrum 'de Spil' is geen onmiddellijke verklaring voorhanden.

7.6 Kwalitatieve aspecten bij actieve verwijzingen

Naast de in paragraaf 7.5 besproken kwantitatieve aspecten met betrekking tot de actieve verwijzingen, is aan de Almeerse huisartsen gevraagd deze verwijzingen ook te beoordelen op een aantal kwalitatieve punten. Eén van deze punten is al kort naar voren gekomen in paragraaf 7.3 en betreft de mate waarin het initiatief voor de verwijzing ligt bij de patiënt of bij de huisarts. Andere kwalitatieve aspecten zijn de gepercipieerde noodzaak van de verwijzing, het diagnostisch niveau, de mate waarin bij de verwijzing overleg is gepleegd met andere hulpverleners en of er in de verwijsbrief voor de specialist op wordt aangedrongen dat de patiënt terugkomt bij de huisarts. Van deze vijf punten mag worden gesteld dat zij belangrij-

ke graadmeters zijn voor een nieuwe opzet van een eerstelijnsgezondheidszorg (diagnostisch niveau, overleg) dan wel dat zij van belang zijn met het oog op toekomstige ontwikkelingen zoals bijvoorbeeld de opening van een ziekenhuis (noodzaak, initiatieven, terugbestellen). Alle vijf genoemde aspecten zullen aan een nadere analyse worden onderworpen, te beginnen met het initiatief bij de verwijzing. Volledigheidshalve moet nog worden vermeld dat waar in deze paragraaf wordt gesproken over verwijzingen, bedoeld wordt op enkel de actieve verwijzingen naar medisch specialisten.

7.6.1. Initiatief tot verwijzing

Tabel 7.26 laat zien dat bij verwijzingen door Almeerse huisartsen het initiatief in ruim 62% van de gevallen bij de huisarts ligt. Althans naar het oordeel van de huisarts.

Tabel 7.26.: initiatief bij de verwijzingen van 22 Almeerse huisartsen, absoluut en in percentages

initiatief ligt (naar het oordeel van de arts)	absoluut	%
(bijna) uitsluitend bij huisarts	353	35.2
meer bij arts dan bij patiënt	271	27.0
meer bij patiënt dan bij arts	207	20.7
(bijna) uitsluitend bij patiënt	171	17.1

Bij een onderscheid naar gezondheidscentrum, waarbij gemakshalve de categorieën '(bijna) uitsluitend bij de huisarts' en 'meer bij de arts dan bij de patiënt' bij elkaar worden genomen dan zijn de verschillen gering. De meest initiatiefrijke patiënten lijken voor te komen bij het centrum 'de Spil' (51% verwijzingen op initiatief arts), terwijl bij 'de Schakel' de minste initiatieven door patiënten worden genomen (69% verwijzingen op initiatief arts). De overige centra liggen hier tussen in.

In de bevolkingsenquête is een soortgelijke vraag gesteld aan de patiënten die in 1984 vanuit Almere zijn verwezen naar een medisch specialist. Hoewel er nuanceverschillen zijn in de toedeling naar een van de vier categorieën, kan worden geconstateerd dat het oordeel van beide groepen een grote mate van overeenstemming vertoont. Gevraagd hoe de laatste verwijzing concreet tot stand is gekomen,

antwoordt eveneens 62% van de respondenten op wie de vraag van toepassing is dat het initiatief voor het grootste deel bij de huisarts ligt.

Keren we terug naar de verwijsregistratie dan geldt dat particulier verzekerde patiënten in verhouding wat minder om een verwijzing vragen dan ziekenfondspatiënten (34% tegen 39%), terwijl hetzelfde geldt voor mannen versus vrouwen (35% tegen 40%). Beide verschillen zijn niet significant. Wel een significant verband wordt gevonden met de leeftijd van de patiënt. Naarmate de leeftijd van de patiënt ouder is, wordt meer initiatief bij de huisarts gelegd ($r = -.10$, $p < .001$). Tabel 7.27 laat dit duidelijk zien.

Tabel 7.27.: percentage verwijzingen waarbij initiatief bij patiënt ligt, naar leeftijdsklasse*

leeftijdsklasse	% initiatief patiënt
0- 4 jaar	35.6
5- 9 jaar	37.3
10-15 jaar	38.9
16-19 jaar	34.7
20-29 jaar	45.6
30-39 jaar	47.6
40-49 jaar	36.3
50-59 jaar	28.4
60-64 jaar	18.8
65-69 jaar	24.3
70-79 jaar	19.5
80 jaar	9.0

* Bij de eerste drie leeftijdsklassen zullen de initiatieven vooral bij de begeleidende ouder(e) liggen.

De neiging om zelf om verwijzing te vragen is het grootst bij de leeftijdsgroep tussen 20 en 40 jaar. Vanaf 40 jaar neemt het eigen initiatief geleidelijk af en komt voor de 65+ers in meer dan 75% van de gevallen bij de huisarts te liggen. Operationaliseren we het aantal jaren dat men in Almere woonachtig is via het gezondheidscentrum waarbij men staat ingeschreven, dan is er geen verband tussen de mate waarin het initiatief bij de patiënt ligt en de lengte van het

verblijf in Almere.

De mate waarin door patiënten om een verwijzing wordt gevraagd is niet voor alle specialismen even groot. Tabel 7.28 laat zien dat bij specialismen als chirurgie, verloskunde/gynaecologie, dermatologie en kindergeneeskunde relatief vaak om een verwijzing wordt gevraagd. In tabel 7.28 zijn alleen de specialismen met een behoorlijk aantal verwijzingen opgenomen.

Tabel 7.28.: percentage verwijzingen geheel of vooral op initiatief van de patiënt per specialisme (alleen grotere specialismen)

specialisme	% op initiatief patiënt
oogheelkunde	25.4
kno-arts	36.1
chirurgie	41.8
orthopedie	35.1
verloskunde/gynaecologie	41.6
zenuw- en zielsziekten	34.7
dermatologie	60.0
interne geneeskunde	25.8
kindergeneeskunde	47.5
cardiologie	20.9

Kijken we naar de plaats waar de specialist waarnaar is verwezen spreekuur houdt, dan is opvallend dat weinig initiatieven worden genomen bij verwijzing naar specialisten in Naarden/Bussum (26% op initiatief patiënt). Almeerse specialisten nemen een tussenpositie in (37% op initiatief patiënt), terwijl circa 45% van de verwijzingen naar Amsterdamse specialisten geschiedt op initiatief van de patiënt.

7.6.2. Noodzaak van de verwijzing

Een logische veronderstelling is dat er een verband bestaat tussen de mate waarin het initiatief voor een verwijzing bij de patiënt ligt en de noodzaak van de verwijzing. Als verwijzing naar het oordeel van de huisarts medisch gezien noodzakelijk is, zal het initiatief vooral bij de huisarts liggen. Niet noodzakelijk geachte ver-

wijzingen zullen vooral tot stand komen op initiatief van de patiënt. Overigens zijn oorzaak en gevolg hier moeilijk aan te geven. Wordt een verwijzing juist als minder noodzakelijk beoordeeld omdat de patiënt om verwijzing vraagt, of vraagt de patiënt meer om verwijzing zodat er in de ogen van de huisarts minder van noodzaak sprake is? Feit is dat de relatie tussen noodzaak van de verwijzing en de mate waarin initiatieven bij de patiënt liggen ook in Almere aanwezig is. Eenzelfde relatie is gevonden in Lelystad. Van de uitsluitend aan de patiënten toegeschreven verwijzingen is tussen de 80 en 90% volgens de Lelystadse huisartsen minder of helemaal niet noodzakelijk; gebeurt de verwijzing vooral op initiatief van de patiënt dan ligt dit percentage rond de 50%. Naarmate het initiatief voor een verwijzing meer bij de patiënt wordt gelegd, wordt de verwijzing als minder noodzakelijk gezien Tabel 7.27 zet beide variabelen tegen elkaar af voor de situatie in Almere.

Tabel 7.29.: Urgentie van de verwijzing en de mate waarin initiatieven voor de verwijzing bij de arts dan wel de patiënt liggen, in absolute aantallen.

medische noodzaak	initiatief ligt bij	
	huisarts	patiënt
aanwezig	513	63
twijfelachtig	102	195
niet aanwezig	8	120

Kendall's tau C = .66 ($p < .001$).

Van alle verwijzingen volledig op verzoek van de patiënt of waarbij het initiatief meer bij de patiënt dan bij de arts ligt, wordt 32% niet noodzakelijk geacht, is de noodzaak in 51% van de gevallen twijfelachtig en is 17% in de ogen van de huisarts noodzakelijk. Ligt het initiatief meer bij de arts dan bij de patiënt, dan is het aantal niet noodzakelijke verwijzingen te verwaarlozen en is er twijfel in 16% van de gevallen.

Bij de noodzaak van de verwijzingen zijn er geen verschillen te constateren tussen ziekenfondsverzekerden en patiënten die particulier zijn verzekerd. Toch opvallend, omdat we hebben gezien dat particu-

lier verzekerde patiënten veel minder contact hebben met de huisarts dan verzekerden via het ziekenfonds, zodat verwacht zou mogen worden er bij een bezoek aan de huisarts ook altijd wat aan de hand is. Dit valt echter niet op te maken uit de strikt medische noodzaak om te worden verwezen. Ook tussen mannen en vrouwen zijn de verschillen gering; er is een lichte tendens dat vrouwen wat vaker naar de specialist worden verwezen voor medisch minder noodzakelijke redenen dan mannen. Eveneens zwak is het verband tussen leeftijd en de noodzaak van verwijzing. Tabel 7.30 vormt hiervan de weerspiegeling.

Tabel 7.30.: percentages verwijzingen naar noodzaak en leeftijds-klasse van de patiënt, in percentages

leeftijdsklasse	medische noodzaak voor verwijzing			N
	aanwezig	twijfel	niet aanwezig	
0 - 4 jaar	58%	33%	9%	101
5 - 9 jaar	60	34	6	67
10 - 15 jaar	58	31	11	36
16 - 19 jaar	65	22	13	23
20 - 29 jaar	52	31	17	168
30 - 39 jaar	49	32	19	263
40 - 49 jaar	60	28	12	104
50 - 59 jaar	55	34	12	95
60 - 64 jaar	79	17	4	48
65 - 69 jaar	76	22	2	41
70 - 79 jaar	77	19	4	47
80 jaar	82	18	-	11

Net als bij het vragen om een verwijzing naar de specialist is het verband tussen leeftijd van de patiënt en de gepercipieerde noodzaak van de verwijzing curvelineair. De meeste medisch niet-noodzakelijke verwijzingen komen voor bij de leeftijdsgroepen tussen de 20 en 40 jaar. Onder de 20 en boven de 40 dalen de percentages niet-noodzakelijke verwijzingen. Het is mogelijk dat een deel van deze oververtegenwoordiging onder de 20-40 jarigen kan worden verklaard door het gebruik van de term 'medische noodzaak'. Verwijzingen voor bijvoorbeeld sterilisatie, schoonheidsbehandelingen, etc. zullen medisch gezien veelal niet noodzakelijk worden geacht. Deze uitsplitsing naar specialisten is gemaakt in tabel 7.31 (zie volgende pagina).

Tabel 7.31.: percentages verwijzingen naar noodzaak en aard van het specialisme (alleen grotere specialismen)

specialisme	noodzakelijk	twijfel	niet noodzakelijk	N
oogheelkunde	64%	34%	2%	64
kno-arts	52%	39%	9%	172
chirurgie	53%	32%	15%	177
orthopedie	63%	27%	10%	97
verloskunde/ gynaecologie	65%	20%	15%	100
zenuw- en ziels- ziekten	55%	25%	20%	49
dermatologie	35%	44%	21%	85
interne geneeskunde	65%	19%	16%	98
kindergeneeskunde	53%	27%	20%	40
cardiologie	72%	23%	5%	43

Verloskunde/gynaecologie en chirurgie blijken nauwelijks uit de band te springen als het gaat om de percentages niet- of minder noodzakelijke verwijzingen. Het enige specialisme waar meer niet-noodzakelijke of twijfelachtige verwijzingen naar toe gaan is dermatologie.

Indien er een relatie bestaat tussen de noodzaak van de verwijzing en de kosten die de patiënt in de vorm van reistijd en reiskosten moet maken, dan kan verwacht worden dat het percentage niet-noodzakelijke verwijzingen het hoogst is bij de Almeerse specialisten. Deze verwachting blijkt maar in zeer beperkte mate op te gaan. Over alle verwijzingen naar in Almere spreekuur houdende specialisten bedraagt het percentage niet-noodzakelijke verwijzingen 12.4%, terwijl er bij 23.8% van de verwijzingen twijfel is over de noodzaak. Voor de verwijzingen naar Naarden/Bussum en Hilversum geldt een percentage niet-noodzakelijk van 9.5% en twijfel bij 24.9% van de gevallen. Voor verwijzingen naar Amsterdamse specialisten gelden percentages van respectievelijk 17.6% niet-noodzakelijk en 26.2% twijfel aan de noodzaak. De aantallen verwijzingen laten niet toe om verdere opsplitsingen te maken naar aard van het specialisme en andere achtergrondkenmerken, zodat voorlopig geconcludeerd moet worden dat er geen eenduidige relatie is tussen kosten (voor de patiënt) en noodzaak.

In verband met de noodzaak van de verwijzing is het tenslotte aardig te vermelden dat het gezondheidscentrum met het hoogste percentage beslist niet-noodzakelijke verwijzingen het centrum is waar ook het percentage beslist noodzakelijke verwijzingen het hoogst is. Wellicht zegt deze indicator meer over de stelligheid waarmee huisartsen conclusies trekken dan over de werkelijke verschillen in medische noodzaak om patiënten door te sturen naar de tweedelij, met name als het gaat om 'twijfel'categorieën.

7.6.3. Diagnostisch niveau van de verwijzing

In Almere hebben de huisartsen relatief veel mogelijkheden om diagnoses te stellen bij klachten van patiënten. De gezondheidscentra beschikken over een uitgebreid instrumentarium (in voorkomende gevallen wordt zelfs de röntgenapparatuur van de tandartsen gebruikt), terwijl bovendien in het MCA mogelijkheden zijn geschapen voor diagnostisch onderzoek speciaal ten behoeve van de huisartsen. Deze voorziening zal in de toekomst verder worden uitgebouwd. Welke invloed hebben deze voorzieningen op het diagnostisch niveau van de verwijzing? Zoals eigenlijk bij alle hier besproken en nog te bespreken kwalitatieve aspecten van de verwijzing ontbreken representatieve landelijke cijfers. We moeten dan ook volstaan met de cijfers voor Almere, zoals vermeld in tabel 7.32. In de toelichting bij deze tabel zal een vergelijking worden gemaakt met Lelystad voor en na de opening van het Zuiderzeeziekenhuis.

Tabel 7.32.: diagnostisch niveau van de verwijzing naar het oordeel van de huisarts, absoluut en in percentages

	aantal	percentages
diagnose gesteld	478	47.7
beperkt aantal mogelijkheden	409	40.9
groot aantal mogelijkheden	89	8.9
diagnose volstrekt onzeker	25	2.5

In Lelystad werden voor de opening van het ziekenhuis voor de vier categorieën percentages gevonden van respectievelijk 53.7, 37.4, 6.0 en 2.9%. Twee jaar later, als het Zuiderzeeziekenhuis meer dan een jaar draait, zijn deze percentages niet noemenswaardig veranderd, zodat de voorlopige conclusie moet luiden dat het diagnostisch ni-

veau van de verwijzingen in Almere vooralsnog iets achterblijft bij het niveau in Lelystad. Op het niveau van de afzonderlijke centra geldt dat alleen het centrum 'de Spil' wat achterblijft bij de overige centra.

Eveneens klein zijn de verschillen naar geslacht, verzekeringsvorm van de verwezen patiënt en de leeftijdsklasse waartoe de patiënt behoort. Alleen bij de laatste variabele wordt de significantiegrens bereikt. Tabel 7.33 geeft de verdeling naar leeftijdsklassen, waarbij ter voorkoming van al te kleine aantallen is gekozen voor een opdeling in vijf leeftijdscategorieën. Hoewel zwak, is er een verband tussen beide variabelen; naarmate de leeftijd van de verwezen patiënt hoger is, neemt de zekerheid waarmee een diagnose is gesteld af.

Tabel 7.33.: percentages verwijzingen naar diagnostisch niveau en leeftijdsklasse van de patiënt

leeftijds- klasse	diagnose gesteld	beperkt aantal mo- gelijkheden	veel moge- lijkheden	volstrekt onzeke	N
0- 9 jaar	58	35	5	2	168
10-19 jaar	56	41	3	-	59
20-49 jaar	48	41	9	3	530
50-69 jaar	36	49	13	2	184
70 jaar	45	36	12	7	58

Kendall's tau C = .10 ($p < .001$)

Interessanter dan deze achtergrondvariabelen is de vraag of het diagnostisch niveau verschilt afhankelijk van het specialisme waarnaar is verwezen. Op deze wijze zou kunnen worden nagegaan op welke terreinen vooral mogelijkheden liggen ter uitbreiding van de diagnostische activiteiten van de Almeerse huisartsen. Tabel 7.34 (zie volgende pagina) geeft de cijfers voor de tien grootste specialismen.

Specialismen met een hoog percentage onzekere diagnoses zijn interne geneeskunde, zenuw- en zielsziekten, kindergeneeskunde en cardiologie. Bij de qua aantal grootste specialismen (kno en chirurgie) liggen de percentages verwijzingen met de diagnose gesteld, zo'n 10-15% lager dan bij dezelfde specialismen in Lelystad.

Tabel 7.34.: percentages verwijzingen waarbij de arts de diagnose heeft gesteld, bij tien grote specialismen, in percentages

specialisme	% diagnose gesteld	N
oogheelkunde	51	63
kno-arts	55	172
chirurgie	63	176
orthopedie	46	97
verloskunde/gynaecologie	49	98
zenuw- en zielsziekten	27	48
dermatologie	51	85
interne geneeskunde	26	98
kindergeneeskunde	30	40
cardiologie	37	43

Naar plaats van vestiging van de specialist zijn nauwelijks verschillen als het gaat om het diagnostisch niveau van de verwijzing, terwijl ook tussen de centra onderling de verschillen klein zijn.

Nauw samenhangend met het diagnostisch niveau is de vraag naar het doel van de verwijzing. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen de categorieën 'louter diagnose', 'behandeling' en 'diagnose en behandeling'. De resultaten zijn weergegeven in tabel 7.35.

Tabel 7.35.: doel van de verwijzing, absoluut en in percentages

	aantal	%
louter diagnose door specialist	109	10.9
diagnose en (zonodig) behandeling	487	48.6
behandeling door specialist	406	40.5

Het aantal patiënten dat naar de specialist wordt verwezen enkel met het doel een diagnose te stellen is betrekkelijk gering. Onder de bijna 50% van alle patiënten die voor diagnose en zonodig behandeling naar de specialist worden verwezen bevinden zich rond de 15%

patiënten bij wie de diagnose door de huisarts al is gesteld maar door de specialist verder moet worden aangescherpt, eventueel gevolgd door een behandeling. Zo'n 6% van de patiënten bij wie de huisarts een diagnose heeft gesteld wordt doorverwezen met de opdracht 'alleen diagnose'; de huisarts zal hier vooral naar bevestiging van zijn eigen bevindingen zoeken. Ruim 80% van alle patiënten die zijn gediagnostiseerd worden doorverwezen voor behandeling. Bij onzekerheid ten aanzien van de diagnose, wordt bijna 16% van de patiënten alleen doorgestuurd voor diagnose en bijna 81% voor diagnose en zonodig behandeling.

Onder de patiënten die voor enkel diagnose worden verwezen naar de tweedelijns bevinden zich verhoudingsgewijs veel patiënten voor de specialismen: zenuw- en zielsziekten (23%), inwendige geneeskunde (23%) en cardiologie (21%). Het specialisme 'chirurgie' ontvangt relatief veel patiënten (59%) voor enkel behandeling door de specialist. Wordt er verwezen naar een van de in Almere praktiserende specialisten, dan gebeurt dit in 13% van al deze verwijzingen voor enkel diagnose; voor verwijzingen naar 't Gooi en Amsterdam ligt dit percentage op 9 respectievelijk 10%. Naar Almere wordt 38% verwezen voor enkel behandeling; bij de verwijzingen naar Naarden/Bussum/Hilversum is dit voor 39% van de patiënten het geval, en voor alle verwijzingen naar Amsterdam geldt een vergelijkbaar percentage van 45%. Gaan we ervan uit dat, in de lijn van de doelstellingen van het PGA, huisartsen meer zelf moeten doen (in eerste instantie zoveel mogelijk verwijzen voor alleen diagnose, indien nodig voor diagnose + behandeling en zo weinig mogelijk voor enkel behandeling) dan kan de toekomst gematigd optimistisch tegemoet worden gezien. Verwijzing naar de Almeerse specialisten betekent wat meer verwijzingen voor enkel diagnose en minder voor behandeling. Breidt het aantal verwijzingen binnen Almere in relatief opzicht uit, dan zal hiervan op de langere termijn een positieve invloed te zien zijn op in de tweede lijn te maken kosten.

7.6.4. Overleg bij verwijzing

Overleg met andere hulpverleners kan een belangrijke rol spelen bij de beslissing al dan niet te verwijzen. Dit overleg kan plaats vinden binnen de eerstelijns met bijvoorbeeld collega(e) huisartsen, maar ook met de specialist waarnaar wordt verwezen. De mogelijkheid tot overleg met collega's en andere eerstelijnswerkers vormt één van de sterke punten van het werken in gezondheidscentra, en zou kunnen leiden tot scherpere diagnoses waarmee onnodige verwijzingen kunnen worden voorkomen. Overleg met specialisten in de tweedelijns maakt

een meer gerichte verwijzing mogelijk, is goed voor de onderlinge verstandhouding en zou, indien beide hulpverleners hiertoe genegen zijn, kunnen resulteren in een beslissing niet of naar een andere specialist te verwijzen. Jammer genoeg biedt de verwijsregistratie niet de mogelijkheid na te gaan of, door te overleggen met anderen, de huisarts sommige patiënten niet heeft verwezen die zonder overleg wel een verwijskaart zouden hebben ontvangen. Immers, er zijn alleen gegevens bekend over de verwezen patiënten. Wel kunnen we nagaan in hoeveel gevallen bij een verwijzing overleg plaatsvindt en met wie. Tevens kunnen we kijken of er, zo er al verschillen tussen artsen of centra zijn in de mate waarin men bij een verwijzing overleg pleegt, wellicht een verband is met de hoogte van het verwijscijfer. Tenslotte is het belangrijk na te gaan of er verbanden zijn tussen de mate van overleg en de aard van het specialisme en de plaats van waaruit de specialist opereert.

Alvorens al deze mogelijke verbanden te onderzoeken is het zinvol te kijken of er bij de ruim 1000 actieve verwijzingen, voldoende gevallen zijn waarin overleg heeft plaatsgevonden. Tabel 7.36 geeft de, ondanks het ontbreken van vergelijkingsmateriaal in de vorm van de cijfers voor bijvoorbeeld een groep solistisch werkende huisartsen, toch wel wat teleurstellende cijfers.

Tabel 7.36.: mate van overleg bij een verwijzing, absoluut en in percentages

	aantal	%
geen overleg	837	83.7
overleg met collega(e) huisarts(en)	36	3.6
overleg met betreffende specialist	111	11.1
overleg met andere hulpverlener	16	1.6

Bij minder dan 5% van alle verwijzingen wordt overleg gepleegd met een collega huisarts, bij rond de 10% vindt overleg plaats met de betreffende specialist en het overleg met andere hulpverleners schommelt rond de 1 à 2%. Andere hulpverleners waarmee overleg wordt gepleegd zijn een fysiotherapeut (8 verwijzingen), een logopedist (6 verwijzingen) en eenmaal met een tandarts en een röntgenoloog. Hoewel het nauwelijks zinvol is om te praten over veel en weinig, wordt relatief het meest overlegd in de centra 'de Haak', 'Waterwijk' en

'Molenwiek'.

Er kan op grond van deze aantallen geen enkel verband worden vastgesteld tussen de mate waarin men overleg pleegt met collega's of specialisten en de hoogte van het verwijscijfer. Ook kan geen verband worden vastgesteld tussen overleg en de mate van zekerheid van de diagnose of de aard van de behandeling. Van de patiëntkenmerken lijkt er enkel een tendens te zijn dat wat meer overleg plaatsvindt voor de leeftijdscategorieën boven de 60 jaar.

Van de grote specialismen wordt er bij relatief veel verwijzingen naar inwendige geneeskunde (27%) en cardiologie (31%) overleg gepleegd met de betreffende specialist. In verhouding vindt weinig overleg plaats met vertegenwoordigers van de specialismen: kno (4%) en dermatologie (4%). Bij het verband tussen de plaats waar de specialist spreekuur houdt en de mate waarin overleg plaatsvindt over de verwijzing met de specialist, doet zich een merkwaardigheid voor. Niet bij de verwijzingen naar de Almeerse specialisten vindt het meeste overleg plaats, maar bij de verwijzingen naar de Gooise specialisten. In 21% van alle verwijzingen naar Naarden/Bussum of Hilversum wordt de specialist waarnaar wordt verwezen geconsulteerd; voor de Amsterdamse specialisten ligt dit percentage op 14% en de Almeerse specialisten worden in slechts 4% van alle verwijzingen geraadpleegd.

7.6.5. Het terugbestellen bij een verwijzing

Naast het verwijzen naar de specialist voor enkel diagnose is het onvoorwaardelijk terugbestellen bij een verwijzing voor de huisarts een manier om greep te houden op de patiënt ook al bevindt hij of zij zich tijdelijk onder behandeling bij de specialist. Tabel 7.37 laat zien hoe vaak dit terugbestellen gebeurt.

Tabel 7.37.: terugbestellen bij een verwijzing, absoluut en in percentages

	aantal	%
patiënt wordt niet terugbesteld	780	77.8
voorwaardelijke terugbestelling	110	11.0
onvoorwaardelijke terugbestelling	85	8.5
niet van toepassing	28	2.8

Bij één op elke vijf patiënten die naar een specialist wordt verwezen komt het onderwerp terugbestelling in de verwijsbrief ter sprake. Centra die meer dan gemiddeld op terugbestelling aandringen zijn Waterwijk (voorwaardelijk en onvoorwaardelijk) en Molenwiek (voorwaardelijk). Leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm van de betrokken patiënt hebben geen noemenswaardige invloed op de mate waarin personen worden terugbesteld.

Een specialisme waarbij in verhouding veel op terugbestelling wordt aangedrongen is inwendige geneeskunde (34%), voor de rest ontlopende specialismen elkaar weinig. Ook tussen de plaats waar de specialisten spreekuur houden en de mate waarin patiënten worden terugbesteld kan geen verband worden vastgesteld.

Met het terugbestellen bij een verwijzing zijn we aan het eind gekomen van het bekijken van een aantal kwalitatieve aspecten die bij een verwijzing een rol kunnen spelen. De belangrijkste resultaten met betrekking tot de verwijzingen naar medisch specialisten zullen in hoofdstuk negen worden samengevat. Daarvoor zal in hoofdstuk acht worden ingegaan op het verwijzen door Almeerse huisartsen naar fysiotherapeuten.

8 VERWIJZINGEN NAAR DE FYSIOTHERAPEUT

Net als medisch specialisten vormen fysiotherapeuten een beroepsgroep die voor patiënten in het algemeen eerst via verwijzing toegankelijk is. Deze verwijzing kan plaatsvinden door de huisarts of een specialist. Wij beperken ons in dit hoofdstuk tot de verwijzingen door de huisarts; immers, de verwijsregistratie bij alle Almeerse huisartsen vormt ook hier de bron waaruit wij putten. Overigens zal hiermee wel het grootste deel van de patiënten die de fysiotherapeut raadplegen worden bereikt. Bij onderzoek naar de werkzaamheden van fysiotherapeuten in een aantal Amsterdamse gezondheidscentra blijkt, ook bij een vrij toegankelijk spreekuur, de toegang tot het spreekuur in 70% van de gevallen via één van de in het gezondheidscentrum gevestigde huisartsen te lopen (Bertels e.a., 1985). In Almere zal dit percentage door het ontbreken van een vrije toegankelijkheid ongetwijfeld nog hoger liggen. Tevens is bekend dat naar schatting 20% van de patiënten van fysiotherapeuten door een specialist worden verwezen (Kerkhoff en Groenewegen, 1985). Een tweede gevolg van het gebruiken van de huisarts als informatiebron voor de toestroom van patiënten naar fysiotherapie is dat wel wordt gemeten hoeveel patiënten een verzoek om een machtiging voor bezoek aan de fysiotherapeut ontvangen, maar niet hoeveel personen ook daadwerkelijk deze hulpverlener bezoeken. Een op eigen initiatief door één van de Almeerse huisartsen bijgehouden staatje laat zien dat van alle, door hem gedurende de 10-weekse registratieperiode verwezen, patiënten er zich na afloop van de registratieperiode zo'n 15% nog niet heeft gemeld bij de betreffende fysiotherapeut. Overigens kan zich bij verwijzingen naar medisch specialisten natuurlijk hetzelfde verschijnsel voordoen.

Bij de presentatie van gegevens over verwijzingen van de Almeerse huisartsen naar fysiotherapeuten zal eenzelfde indeling worden gevolgd als bij het hoofdstuk over verwijzingen naar medisch specialisten. Paragraaf één bevat gegevens over de aantallen verwijzingen op zich alsmede in relatie tot patiëntkenmerken, terwijl in paragraaf twee kort zal worden ingegaan op de verwijzingspatronen. Omdat het aantal "niet-actieve" verwijzingen naar fysiotherapeuten erg gering blijkt te zijn, zal in paragraaf drie de nadruk liggen op zogenaamde "actieve" verwijzingen. In paragraaf vier worden de kwalitatieve aspecten van deze actieve verwijzingen geanalyseerd.

8.1 Aantallen verwijzingen

In de periode van 10 weken dat gegevens zijn verzameld over alle machtigingen die door de Almeerse huisartsen zijn aangevraagd, zijn in totaal 687 patiënten verwezen naar een fysiotherapeut. Tabel 8.1 geeft de verdeling van deze verwijzingen over de verschillende gezondheidscentra.

Tabel 8.1. Aantallen verwijzingen (absoluut en per 1000 patiënten) naar fysiotherapie, op basis van 10 registratiewerken per arts.

	aantal verwijzingen naar fysiotherapie		
	absoluut	per 1000 patiënten	per 1000 patiënten per jaar
Almere-Haven	402	17.9	93
gc de Haak	109	16.3	85
gc Oost	142	20.3	106
gc West	104	16.8	87
Almere-Stad/Buiten	285	13.8	72
gc de Spil	96	15.1	79
gc de Schakel	81	12.6	66
gc Waterwijk	78	13.8	72
gc Molenwiek	30	13.9	72
Almere-totaal	687	15.9	83

Met de wetenschap dat ten tijde van het onderzoek in alle gezondheidscentra fysiotherapeuten waren gevestigd, valt op dat de huisartsen in Almere-Haven patiënten wat vaker naar de fysiotherapeut sturen dan de in Almere-Stad/Buiten gevestigde huisartsen. De meeste verwijzingen per 1000 patiënten laat centrum "Oost" zien; in het gezondheidscentrum "de Schakel" worden relatief de minste patiënten naar fysiotherapeuten verwezen.

Kijken we bij het aantal verwijzingen voor fysiotherapie naar de individuele huisartsen, dan liggen de verwijscijfers tussen minimaal 42 en maximaal 133 verwijzingen per 1000 patiënten op jaarbasis.

Ook bij de verwijzingen naar fysiotherapie kunnen we natuurlijk de vraag stellen in hoeverre alle verwijzingen ook daadwerkelijk zijn geregistreerd. Anders dan bij de verwijzingen naar medisch specialisten zijn er geen landelijke cijfers beschikbaar in de vorm van LISZ-cijfers, zodat we de bij de verwijsregistratie gevonden aantallen slechts kunnen vergelijken met de resultaten uit de spreekuur- en visiteregistratie in Almere en met gegevens uit andere studies van beperkte omvang. Op basis van de spreekuur- en visiteregistratie kan worden berekend dat het aantal verwijzingen per 1000 patiënten in tien weken registratie uit zou moeten komen op minimaal 21. Dit aantal gaat er wel vanuit dat alle bij de contactregistratie geregistreerde verwijzingen fysiotherapie ook echte verwijzingen zijn en niet een vrijblijvend advies aan de patient om eens bij de fysiotherapeut langs te lopen. Blijven we bij 21 verwijzingen per 1000 patiënten, dan betekent dit dat bij de verwijsregistratie ongeveer 1/4 van de verwijzingen naar fysiotherapie is "vergeten". Een twee controlemogelijkheid biedt de bevolkingsenquête gehouden in het kader van het project evaluatie gezondheidszorg Almere in 1984. Tussen de 20 en 25% van de bevolking van 16 jaar en ouder had in 1984 contact gehad met de fysiotherapeut; omgerekend naar aantal contacten per 1000 inwoners bij tien weken registratie bij de huisarts komt dit neer op een aantal van 20 tot 25 verwijzingen. Met andere woorden, ook de gegevens uit de bevolkingsenquête duiden erop dat zo'n 20 tot 25% van de verwijzing is vergeten bij de verwijsregistratie. In afwachting van meer gedetailleerde cijfers zoals die bijvoorbeeld zouden kunnen komen uit gegevens van het ziekenfonds "Het Gooi en Omstreken" of uit aanvullend onderzoek, zullen we moeten leven met de wetenschap dat het aantal van 687 verwijzingen naar fysiotherapie bij tien weken registratie in Almere naar alle waarschijnlijkheid te laag is. Bovendien blijkt uit de vergelijking van resultaten uit de verwijsregistratie en de contactregistratie, dat de mate waarin verwijzingen naar de fysiotherapeut zijn vergeten, van centrum tot centrum verschilt.

Tabel 8.2 bevat deze vergelijking.

Tabel 8.2. Schatting voor de onderrapportage bij de verwijsregistratie naar fysiotherapie op basis van de contactregistratie, naar gezondheidscentrum.

gezondheids- centrum	aantal verwijzingen volgens verwijs- registratie	aantal verwijzingen volgens contact- registratie*	verschil in %
g.c. de Haak	109	125	-11%
g.c. Oost	142	195	-26%
g.c. West	104	170	-38%
g.c. de Spil	96	115	-17%
g.c. de Schakel	81	95	-15%
g.c. Waterwijk	78	145	-46%
g.c. Molenwijk	30	40	-25%
Almere-totaal	687	885	-22%

* De aantallen bij de contactregistratie zijn opgehoogd naar cijfers voor tien weken.

In gezondheidscentrum "Waterwijk" en "West" lijkt de hoogste onderrapportage te zijn opgetreden. Voor de centra "de Haak", "de Schakel" en "de Spil" stemmen de resultaten uit beide registraties het beste overeen. Overigens laat het voorzichtige taalgebruik al zien, dat zekerheid over de mate van onderrapportage ontbreekt; het betreffen slechts indicaties. Er zal dan ook verder worden gewerkt met de cijfers uit de verwijsregistratie en niet met gecorrigeerde cijfers. Wel dienen bij conclusies over aantallen verwijzingen de bevindingen uit tabel 8.2 in het achterhoofd te worden gehouden.

De laatste opmerking uit de vorige alinea is direct al van belang als we de in Almere gevonden aantallen verwijzingen naar fysiotherapeuten vergelijken met landelijke cijfers uit bijvoorbeeld de CBS-gezondheidsenquêtes. Op basis van de gezondheidsenquête 1983 wordt geconcludeerd dat zo'n 10% van alle personen van 20 jaar en ouder jaarlijks de fysiotherapeut bezoekt, met daarbij de aantekening dat het bezoek aan fysiotherapeuten in Noord-Holland boven het landelijk gemiddelde ligt en ook dat in samenwerkingsverbanden wat meer gebruik wordt gemaakt van fysiotherapie (Van den Brekel, 1985). Om het aldus verkregen percentage te kunnen vergelijken met het aantal verwijzingen naar fysiotherapie door de Almeerse huisartsen, dient dit

te worden verminderd met dat deel van de bewoners die niet via de huisarts bij de fysiotherapeut terecht komen. Het voor Almere te verwachten percentage op basis van deze landelijke gegevens zou ongeveer uit moeten komen op zo'n 12%. Rekenen we het in Almere gevonden aantal van 83 verwijzingen per 1000 patienten per jaar om naar alleen de categorie personen van 20 jaar en ouder, dan vinden we voor Almere ruim 100 verwijzingen per 1000 personen ofwel ruim 10%. Betrekken we een mogelijke onderrapportage van zo'n 20 tot 25% in de berekening, dan komen we dicht in de buurt van de verwachte 12% uit. De eerdere bevinding uit de bevolkingsenquête dat in Almere veel mensen de fysiotherapeut bezoeken, moet op basis van de gegevens uit de verwijsregistratie wat worden teruggenomen.

Een volgende stap is te kijken naar de invloed die leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm van de patient hebben op de mate waarin wordt verwezen naar een fysiotherapeut. Op basis van de CBS-gezondheidsenquetes concludeert Van den Brekel (1985) dat van de vrouwen een iets groter deel contact met de fysiotherapeut heeft dan van de mannen. Bij de variabele leeftijd loopt het percentage gebruikers op van 1.6% in de groep 0 tot 9-jarigen tot meer dan 10% bij de leeftijdscategorieën vanaf 40 jaar. Tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden worden geen verschillen gevonden. Ten aanzien van het geslacht van de patient en de variabele leeftijd zijn deze bevindingen in overeenstemming met de conclusies van Kerkhoff en Groenewegen (1985) en Crebolder (1983). Bij de verzekeringsvorm komen onderzoekers echter tot verschillende bevindingen. Bartels en Scheepmaker (1983) en ook Crebolder (1983) melden bij het bezoek aan de fysiotherapeut een oververtegenwoordiging van ziekenfondspatienten, zij het dat deze conclusies zijn gebaseerd op kleinere aantallen en specifieke onderzoekssituaties.

Gelet op de betrekkelijk kleine aantallen verwijzingen naar fysiotherapie en de onnauwkeurigheden in de verwijzingen op centrumniveau worden de gegevens voor Almere alleen opgedeeld naar stadsdeel. Tabel 8.3 (zie volgende pagina) geeft allereerst de verdeling naar leeftijd.

Ook in Almere blijkt het beroep dat via de huisarts wordt gedaan op fysiotherapeutische hulp toe te nemen naarmate de leeftijd stijgt. Het hoogste aantal verwijzingen vinden we in de leeftijdscategorie 50 tot 69 jarigen; daarna neemt het gebruik weer wat af. Overigens zijn de aantallen verwijzingen voor fysiotherapie in de jongste en

Tabel 8.3. Aantal verwijzingen naar fysiotherapie (leeftijdsgroepen) bij 10 registratieweken per arts, naar stadsdeel.

	aantal verwijzingen per 1000 patiënten				
	0-9 jaar	10-19 jaar	20-49 jaar	50-69 jaar	70 jaar
Almere-Haven	1.7(n=7)	7.7(n=22)	23.1	28.5	25.2(n=23)
Almere-Stad/ Buiten	1.7(n=7)	2.4(n=6)	18.1	27.2	9.5(n=4)
Almere totaal	1.7	5.2	20.6	27.9	20.3

oudste leeftijdscategoriën zo gering, dat verdere conclusies nauwelijks zinvol zijn waar het deze categoriën betreft.

Tabel 8.4. geeft vervolgens de verdeling naar het geslacht van de patiënt.

Tabel 8.4.: Aantal verwijzingen naar fysiotherapie (mannen en vrouwen) bij 10 registratieweken per arts, naar stadsdeel

	aantal verwijzingen per 1000 patiënten	
	mannen	vrouwen
Almere-Haven	16.2	19.3
Almere-Stad/Buiten	12.1	15.5
Almere-totaal	14.2	17.5

Vrouwen blijken in Almere iets vaker naar de fysiotherapeut te worden verwezen dan mannen. De verschillen zijn echter gering. De invloed van de verzekeringsvorm op de mate waarin naar de fysiotherapeut wordt verwezen vinden we terug in tabel 8.5. (zie volgende pagina).

Tabel 8.5.: Aantal verwijzingen naar fysiotherapie (ziekenfondsverzekerden en partikulier verzekerden) in Almere, naar stadsdeel.

	aantal verwijzingen per 1000 patiënten	
	ziekenfonds	partikulier
Almere-Haven	22.6	10.9
Almere-Stad/Buiten	16.5	7.9
Almere-totaal	19.5	9.7

Volgens de registratie bij de huisartsen worden ziekenfondsverzekerden ongeveer twee maal zo vaak naar de fysiotherapeut verwezen als patiënten die particulier verzekerd zijn. Hierbij past de aantekening dat voor ziekenfondspatiënten in elk geval een machtiging aangevraagd moet worden. Bij particulier verzekerden zal het van de voorwaarden van de verzekeringsmaatschappij in kwestie afhangen of er een geschreven verwijzing vereist is, alvorens de verzekering tot restitutie van de kosten overgaat. In welke mate dit een storende factor is, blijft onbekend. Voorlopig lijkt het erop dat het dichterbij naar de mensen brengen van de fysiotherapeut via gezondheidscentra, resulteert in een hoger gebruik door die patiënten voor wie deze voorziening in elk geval geen extra kosten met zich meebrengt. Bij de particuliere patiënten is het zo dat bijna alle verzekeringsmaatschappijen de kosten voor fysiotherapie dekken. Het hangt vooral af van de eigen risico's of particulieren zelf bij moeten betalen in de behandeling.

Tenslotte is nagegaan welke invloed de afwijkende bevolkingssamenstelling van Almere heeft op het aantal machtigingen dat wordt uitgeschreven voor behandeling door de fysiotherapeut. Gelet op het feit dat de verdelingen op basis van verzekeringsvorm en geslacht nauwelijks verschillen laten zien met de landelijke cijfers, beperken we ons tot een correctie voor leeftijdsverschillen. Indien Almere een bevolkingssamenstelling zou hebben overeenkomstig de rest van Nederland, dan zou het verwijscijfer per 1000 patiënten uitkomen op ongeveer 87 op jaarbasis (nu 83). Beperken we ons tot ziekenfondsverzekerden dan komt het gecorrigeerde verwijscijfer naar de fysiotherapeut uit op 103 per 1000 patiënten op jaarbasis, tegen 101

verwijzingen indien niet wordt gecorrigeerd. Anders dan bij de verwijzingen naar medisch specialisten is het effect van een dergelijke correctie dus betrekkelijk gering.

8.2 Verwijspatroon

Elk gezondheidscentrum in Almere heeft de beschikking over één of meerdere fysiotherapeuten. Daarnaast bevindt zich, zoals bij de inleiding al aangegeven, in Almere-Haven een praktijk van vrijgevestigde oefentherapeuten. Gelet op bovenstaande mag verwacht worden dat een groot deel van de verwijzingen voor fysiotherapie gaat naar fysiotherapeuten die in hetzelfde centrum zijn gevestigd als de verwijzende huisarts. Alvorens dit te onderzoeken met behulp van de verzamelde gegevens, nog even aandacht voor de manier waarop de verwijzing tot stand komt. Tabel 8.6 geeft aan hoe dit gebeurde.

Tabel 8.6 Wijze van tot stand komen van de verwijzingen naar fysiotherapie, absoluut en in percentages

	aantal verwijzingen	
	absoluut	%
op spreekuur bij huisarts	621	90
bij visite huisarts	21	3
via telefonisch contact huisarts	23	3
door assistente	11	2
anders	11	2
totaal	687	100

In totaal vindt 90% van alle verwijzingen naar fysiotherapie plaats op het spreekuur van de huisarts; alle overige categorieën scoren minder dan 5% van het totale aantal verwijzingen. Gelet op deze geringe aantallen verwijzingen buiten het spreekuur is het weinig zinvol te kijken naar verschillen tussen centra of de invloed van patientkenmerken. Twee opvallende puntjes zijn een relatief hoog percentage verwijzingen na telefonisch contact met de huisarts bij het centrum "de Spil" (bijna 11%, tegen maximaal 3% bij de overige centra) en een oververtegenwoordiging van ziekenfondspatienten bij de verwijzingen na telefonisch contact. Dit laatste hangt samen met

het machtigingensysteem waarbij de behandelduur is beperkt. Dient de behandeling na het aflopen van de machtiging te worden voortgezet, dan zullen met name ziekenfondsverzekerden een nieuwe verwijzing van de huisarts nodig hebben die telefonisch kan worden aangevraagd. Bij de oververtegenwoordiging van het aantal verwijzingen na een telefonisch contact gaat het overigens bij 'de Spil' om kleine aantallen.

Stappen we over op de verwijspatronen. Tabel 8.7 laat zien dat onze veronderstelling dat vooral verwezen wordt naar de eigen huisfysiotherapeut juist is.

Tabel 8.7.: Plaats waarnaar patiënten voor fysiotherapie zijn verwezen, naar gezondheidscentrum, in percentages.

	Almere, eigen centrum	Almere, anders	buiten Almere + onbekend	N
Almere-Haven	84	12	4	402
gc de Haak	96	2	2	109
gc Oost	94	3	3	142
gc West	95	3	2	104
Almere-Stad/Buiten	94	5	1	285
gc de Spil	97	3	-	96
gc de Schakel	96	3	1	81
gc Waterwijk	85	11	3	78
gc Molenwiek	100	-	-	30
Almere totaal	88	9	3	687

Het percentage van bijna 90% dat naar een fysiotherapeut in het eigen centrum wordt verwezen, is vertekend doordat de verwijzingen naar fysiotherapie van de solo-arts automatisch buiten zijn eigen praktijk terechtkomen. Laten we deze ene arts uit de analyse dan vindt over heel Almere genomen 95% van alle verwijzingen fysiotherapie plaats naar een therapeut in het eigen centrum. Het enige centrum wat onder de 90% uitkomt is "Waterwijk" met 85%. Mogelijk dat de opbouwfase waarin dit centrum verkeert hier de oorzaak van is. Ongeveer 80% van alle verwijzingen voor fysiotherapie door de solistisch werkende huisarts, betreffen verwijzingen naar eveneens vrijgevestigde fysio- of oefentherapeuten.

8.3 Typen verwijzingen

Net als bij de verwijzingen naar medisch specialisten geldt dat niet op elke verwijzing naar een fysiotherapeut door de huisarts evenveel invloed worden uitgeoefend. Ook fysiotherapie kent het verschijnsel van administratieve verwijzingen. Tabel 8.8 geeft de percentages voor de verschillende categorieën gedefinieerd in paragraaf 7.3.

Het meest opvallende punt uit tabel 8.8 is het zeer geringe percentage verlengingsmachtigingen voor fysiotherapie. Hoewel kan worden aangevoerd dat verlengingsmachtigingen vooral zullen worden uitgeschreven voor mensen die al wat langer in een plaats woonachtig zijn en het vooral de oudere patiënten zullen zijn die meerdere series behandelingen fysiotherapie nodig hebben (een categorie patiënten die in Almere relatief schaars is), is een percentage van nog geen 4% verlengingsverwijzingen onwaarschijnlijk laag. Een mogelijke verklaring kan gelegen zijn in het feit dat voor verlengen van de behandeling van ziekenfondspatiënten een nieuwe verwijskaart moet worden uitgeschreven door de huisarts. Het is derhalve denkbaar dat deze verwijzingen zijn opgevat als nieuwe verwijzingen.

Tabel 8.8. Verschillende soorten verwijzingen voor fysiotherapie, absoluut en in percentages.

	aantal verwijzingen	
	absoluut	%
verlengingsverwijzing	26	3.8
achterafverwijzing	3	.4
overstapverwijzing	8	1.2
verwijzing initiatief specialist	16	2.3
initiatief andere hulpverlener	9	1.3
actief, initiatief huisarts	442	64.3
actief, initiatief patiënt	182	26.5

Een andere mogelijkheid is dat niet alle centra de verlengingsverwijzingen voor fysiotherapie even nauwkeurig hebben genoteerd. Delen we de aantallen verlengingsverwijzingen op naar gezondheidscentra, dan noteerden drie centra geen enkele verlengingsverwijzingen en eveneens drie centra registreerden 1 tot 3 verlengingsverwijzingen. Het centrum "Waterwijk" komt uit op 11 verlengingsverwijzingen op

een totaal van 78 (=14%), terwijl de solo-arts in Almere uitkomt op 9 verlengingsverwijzingen op een totaal van 47 (=19%). Houden we in gedachte dat de praktijk van laatstgenoemde arts relatief veel oudere patiënten telt, dan lijkt een percentage verlengingsverwijzingen van rond 15% voor Almere reëel. Het ten onrechte ontbreken van een groot deel van de verlengingsverwijzingen kan tevens een oorzaak zijn van de onderrapportage bij verwijzingen voor fysiotherapie in meer algemene zin. Zekerheid hierover ontbreekt echter.

Hoewel het verhaal eentonig wordt moet ook hier worden vastgesteld dat nog geen 10% administratieve verwijzing naar de fysiotherapeut op een totaal van 687 verwijzing geen basis vormt voor verdere opdelingen naar patientkenmerken of andere achtergrondvariabelen. Om dezelfde reden zal ook geen aparte analyse gegeven worden van de categorie verlengingsverwijzingen, en beperken we de rest van ons verhaal tot de kwalitatieve aspecten van alle actieve verwijzingen naar fysiotherapie.

8.4 Kwalitatieve aspecten van actieve verwijzingen

Evenals bij de verwijzingen naar medisch specialisten zijn kwalitatieve aspecten genoteerd van alle niet-administratieve verwijzingen naar de fysiotherapeut. Het betreft vragen over het initiatief tot de verwijzing, de noodzaak van verwijzing, diagnostisch niveau, mate van overleg en het terugbestellen van de patient.

8.4.1 Initiatief tot verwijzing

Bij de verwijzingen naar medisch specialisten hebben we gezien dat in 62% van alle gevallen het initiatief tot een verwijzing geheel of gedeeltelijk bij de huisarts wordt gelegd, in 38% van deze verwijzingen ligt het initiatief in hoofdzaak bij de patient. Tabel 8.9 laat zien hoe deze verdeling ligt bij de actieve verwijzingen naar de fysiotherapeut.

In vergelijking tot verwijzingen naar medisch specialisten ligt bij fysiotherapie het initiatief wat meer bij de huisarts. Net als bij de verwijzing naar de specialist worden door de huisartsen van gezondheidscentrum de Schakel de minste initiatieven bij de patient gelegd (20%); huisartsen in de centra Molenwiek (65% op initiatief patient) en de Haak (35% op initiatief patient) zien in hun eigen ogen de meest initiatiefrijke patienten. Ook bij de verwijzingen naar fysiotherapie geldt dat ziekenfondspatienten wat vaker om een verwijzing vragen dan particulier verzekerden (69% tegenover 75%),

Tabel 8.9.: initiatief bij verwijzingen naar fysiotherapeut, absoluut en in percentages

initiatief ligt (naar oordeel huisarts)	aantal verwijzingen	
	absoluut	%
(bijna) uitsluitend bij huisarts	203	32.5
meer bij arts dan bij patiënt	239	38.3
meer bij patiënt dan bij arts	137	22.0
(bijna) uitsluitend bij patiënt	45	7.2

zij het dat dit verschil niet significant is. Mannen verschillen niet van vrouwen, en ook bij de variabele leeftijd wordt geen significant verschil gevonden tussen de verschillende categorieën. Van de leeftijdscategorieën met een redelijk aantal patienten, worden de meeste initiatieven genomen door de groep 40 tot 49-jarigen (36% verwijzingen op initiatief patient). Het vragen om een verwijzing naar fysiotherapie neemt niet toe naarmate men langer in Almere woont; zo er al van een verband sprake is, dan lijkt eerder het tegendeel het geval te zijn.

8.4.2 Noodzaak van de verwijzing

Bij de verwijzingen naar de fysiotherapeut is het weer mogelijk een onderscheid te maken naar (medisch) noodzakelijke verwijzingen en verwijzingen waarbij dit strict medisch gesproken niet het geval is. Tabel 8.10 geeft allereerst de aantallen naar het oordeel van de verwijzende huisarts.

Tabel 8.10.: Medische noodzaak van de verwijzing absoluut en in percentages.

medische noodzaak	aantal verwijzingen	
	absoluut	%
noodzakelijk	256	41.0
twijfelachtig	326	52.2
niet noodzakelijk	42	6.7

In vergelijking tot tabel 7.29, waarbij het ging om de noodzaak van verwijzing naar medisch specialisten, toch wel een opvallende bevinding dat niet alleen het percentage niet-noodzakelijk verwijzingen lager ligt maar dat dit ook geldt voor het percentage noodzakelijke verwijzingen. Bij verwijzingen naar fysiotherapie vormt de categorie "twijfelachtig" de grootste groep; ofwel, bij meer dan de helft van alle actieve verwijzingen naar een fysiotherapeut is er medisch gezien twijfel aan de noodzaak van de verwijzing. Wellicht is hier het probleem dat huisartsen, bij een gegeven diagnose, moeilijk kunnen inschatten wat het therapeutisch effect van fysiotherapie zal zijn. Er is wat dit aspect betreft geen verschil tussen ziekenfonds en particulier verzekerde patienten, en ook de leeftijd van de patient heeft geen effect. Wel een significant verschil wordt gevonden bij de invloed van het geslacht van de patient. Bij vrouwen is er meer twijfel aan de medische noodzaak van een bezoek aan de fysiotherapeut dan bij mannen ($r=.12$, $p<.01$).

Ook bij verwijzingen naar de fysiotherapeut geldt dat naarmate het initiatief tot de verwijzing meer bij de patient komt te liggen de medische noodzaak van de verwijzing minder wordt. Tabel 8.11 laat dit mooi zien.

Tabel 8.11: Verband tussen het initiatief en de (medische) noodzaak van een verwijzing voor fysiotherapie, absolute aantallen

initiatief ligt bij	medische noodzaak		
	niet aanwezig	twijfel	aanwezig
(bijna)uitsluitend bij huisarts	3	64	136
meer bij arts dan bij patiënt	1	140	98
meer bij patiënt dan bij arts	22	95	20
(bijna)uitsluitend bij huisarts	16	27	2

Kendall's Tau C = $-.46$ ($p<.001$).

Van de 442 verwijzingen waarbij het initiatief aan de zijde van de huisarts ligt, wordt 53% als noodzakelijk beoordeeld, is er twijfel bij 46% van de verwijzingen en 1% wordt niet-noodzakelijk geacht. Van de 182 verwijzingen waarbij het initiatief grotendeels bij de patient ligt, is in de ogen van de huisarts 12% noodzakelijk, is 67% qua noodzaak twijfelachtig en wordt 21% als niet noodzakelijk beoordeeld. Gaan we uit van de noodzaak van de verwijzing, dan geldt dat van alle noodzakelijke geachte verwijzingen er meer dan 90% geschiedt op initiatief van de huisarts. Is de noodzaak twijfelachtig dan ligt bij 63% van de verwijzingen het initiatief bij de huisarts, terwijl bij niet-noodzakelijke verwijzingen het initiatief in minder dan 10% van de gevallen aan de kant van de huisarts wordt gelegd.

8.4.3. Diagnostisch niveau van de verwijzing

Met een grote groep verwijzingen waarbij de (medische) noodzaak als twijfelachtig wordt beoordeeld, zou verwacht mogen worden dat ook bij het stellen van de diagnose wat meer slagen om de arm worden gehouden. Aan de andere kant dient elke verwijzing van huisarts naar fysiotherapie voorzien te zijn van een diagnose. Deze diagnose kan natuurlijk wel door de fysiotherapeut worden aangescherpt.

Tabel 8.12 geeft het diagnostisch niveau van de verwijzingen.

Tabel 8.12. diagnostisch niveau van de verwijzing naar fysiotherapie, absoluut en in percentages

	aantal verwijzingen	
	absoluut	%
diagnose gesteld	415	66.6
beperkt aantal mogelijkheden	185	29.7
groot aantal mogelijkheden	18	2.9
diagnose volstrekt onzeker	5	.8

Vergelijken we tabel 8.12 met tabel 7.32 waarin het gaat om de diagnose bij de verwijzingen naar specialisten, dan kan worden vastgesteld dat op het terrein van de fysiotherapie artsen wat zekerder van hun zaak zijn dan bij de verwijzingen naar de tweedelij. Bij de afzonderlijke centra springt alleen het centrum "West" er uit. Met bijna 46% in de categorie "diagnose gesteld" blijft dit centrum

wat achter bij de overige centra en ziet men meer "een beperkt aantal mogelijkheden". Splitsen we alle verwijzingen op naar noodzaak van de verwijzing, dan blijft de categorie "twijfelachtige noodzaak" met diagnose gesteld achter bij zowel de niet-noodzakelijke als de noodzakelijke verwijzingen. Verzekeringsvorm, geslacht van de patiënt en leeftijd hebben geen effect op het diagnostisch niveau van de verwijzing.

Diagnostisch niveau en doel van de behandeling hangen nauw met elkaar samen. Tabel 8.13 geeft allereerst aan met welke opdracht de patiënt wordt doorgestuurd naar de fysiotherapeut.

Tabel 8.13. Doel van de verwijzing naar de fysiotherapeut; absoluut en in percentages

doel	aantal verwijzingen	
	absoluut	%
louter diagnose door fysiotherapeut	10	1.6
diagnose en (zonodig) behandeling	140	22.4
behandeling door fysiotherapeut	474	76.0

Meer dan 3/4 van alle verwijzingen naar fysiotherapie geschieden enkel voor behandeling; in nog geen 2% van alle verwijzingen wordt de patiënt voor enkel wat meer informatie doorgestuurd naar de fysiotherapeut. Zoals gezegd, mogen fysiotherapeuten strikt genomen ook geen medische diagnose stellen. Fysiotherapie is een onderdeel van het therapeutisch arsenaal van de huisarts, dat door een andere meer gespecialiseerde hulpverlener (= fysiotherapeut) wordt uitgevoerd. Onder de patiënten die voor diagnose en (zonodig) behandeling worden verwezen bevinden zich zo'n 6% patiënten waarbij ook de huisarts al een diagnose heeft gesteld; de fysiotherapeut kan deze diagnose verder aanscherpen. Van alle verwezen patiënten wordt echter het grootste deel doorgestuurd met een diagnose gesteld en alleen voor behandeling. Tabel 8.14 geeft de volledige kruistabel van diagnostisch niveau en doel van de behandeling.

Tabel 8.14 Verband tussen diagnostisch niveau en doel van de behandeling van verwijzingen naar fysiotherapie, absoluut

diagnostisch niveau	doel van de behandeling		
	diagnose	diagnose en behandeling	behandeling
diagnose gesteld	-	9	406
beperkt aantal mogelijkheden	5	117	63
groot aantal mogelijkheden	3	13	2
volstrekt onzeker	2	-	3

Kendall's Tau C = -.44 ($p < .001$)

De onder tabel 8.14 vermelde associatiemaat geeft aan dat er een significant verband is tussen het diagnostisch niveau van de verwijzing en het doel van de behandeling door de fysiotherapeut. Naarmate de diagnose meer onzekerheden te zien geeft, wordt de patiënt vaker doorgestuurd voor 'diagnose en zonodig behandeling' en minder vaak voor enkel behandeling.

Het gezondheidscentrum "West" stuurt relatief veel patienten door met de opdracht "diagnose en (zonodig) behandeling". Dit is een logisch gevolg van de conclusie bij tabel 8.12 dat in dit centrum relatief veel verwijzingen voorkomen met het stempel "diagnose onzeker, beperkt aantal mogelijkheden". Bij het doel van de verwijzing zijn er geen verschillen naar patientkenmerken zoals verzekeringsvorm, geslacht en leeftijd.

8.4.4 Overleg bij een verwijzing

Bij de verwijzingen naar medische specialisten is vastgesteld dat in ongeveer 10% van alle verwijzingen overleg plaatsvindt met de betrokken specialist. Gelet op het feit dat de afstand huisarts-fysiotherapeut korter is dan de afstand huisarts-specialist daar huisartsen en fysiotherapeuten zich bij het merendeel van de verwijzingen in één gebouw bevinden, mag verwacht worden dat bij verwijzingen voor fysiotherapie wat vaker overleg plaatsvindt met de betreffende fysiotherapeut. Tabel 8.15 (zie volgende pagina) toont aan dat dit inderdaad het geval is.

Tabel 8.15 Mate van overleg bij verwijzingen fysiotherapie, absoluut en in percentages.

	aantal verwijzingen	
	absoluut	%
geen overleg	499	80.1
overleg met collega(e) huisarts(en)	6	1.0
overleg met betreffende fysiotherapeut	117	18.8
overleg met andere hulpverleners	1	.2

Overleg vindt plaats bij één op de vijf verwijzingen naar fysiotherapie, meestal met de therapeut waarnaar wordt verwezen, soms met een collega huisarts. De "andere hulpverlener" waarop in tabel 8.15 wordt bedoeld is een verloskundige. Per centrum zijn de verschillen waarmee men overlegt met de fysiotherapeut aanzienlijk. Relatief vaak overlegd wordt er in de centra "Molenwiek" (66% van alle verwijzingen) en "Waterwijk" (45% van alle verwijzingen), weinig overleg vindt plaats in de centra "de Haak" (9%) en "West" (10%).

Bij overleg rondom de verwijzing spelen patientenkenmerken geen rol van betekenis. Ook kwalitatieve aspecten zoals noodzaak van de verwijzing en doel van de behandeling hebben geen invloed op de mate waarin overleg wordt gevoerd met de fysiotherapeut waarnaar wordt verwezen. Op het niveau van de afzonderlijke huisartsen, variëren de percentages verwijzingen waarbij overleg wordt gevoerd tussen de 0% en 85%.

8.4.5 Terugbestellen bij een verwijzing

Als laatste is weer gekeken naar de mate waarin afspraken worden vastgelegd over het terugkomen van de patient na diagnose of behandeling door de fysiotherapeut. Tabel 8.16 (zie volgende pagina) geeft hierbij aan hoe vaak het terugbestellen ter sprake komt in de verwijzing voor de fysiotherapeut.

Bij het terugbestellen geldt dat patienten die naar de fysiotherapeut worden verwezen wat vaker worden terugbesteld dan de patienten die een verwijzing krijgen naar de medisch specialist. Dit geldt zowel bij de voorwaardelijke als bij de onvoorwaardelijke terugbestellingen. Op centrumniveau worden relatief veel patienten onvoorwaar-

Tabel 8.16 terugbestellen bij een verwijzing naar fysiotherapie, absoluut en in percentages.

	aantal verwijzingen	
	absoluut	%
patiënt wordt niet terugbesteld	431	69.2
voorwaardelijke terugbestelling	109	17.5
onvoorwaardelijke terugbestelling	73	11.7
niet van toepassing	10	1.6

delijk terugbesteld in de centra "Molenwiek" (66%) en "Waterwijk" (34%); bij de voorwaardelijke terugbestellingen ontlopen de centra elkaar niet zoveel. Weinig terugbestellingen, zowel onvoorwaardelijk als voorwaardelijk vinden plaats vanuit "de Spil" en "de Schakel". Bij het terugbestellen wordt geen verband gevonden tussen de mate waarin dit gebeurt en patientenkenmerken. Evenmin invloed hebben noodzaak en doel van de verwijzing. Kijken we ook hier naar de individuele huisartsen, dan liggen de percentages onvoorwaardelijke terugbestellingen tussen de 0% en de 76%.

Tot zover de resultaten over de verwijzingen naar fysiotherapeuten op basis van de verwijsregistratie bij alle Almeerse huisartsen.

9. SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VERWIJZREGISTRATIE

Een sterke eerstelijnszorg betekent dat in het bijzonder huisartsen hun taken op een aangepaste wijze vervullen. Enerzijds zal dit inhouden dat de huisarts meer dingen zal doen (EHBO, diagnostisch onderzoek); anderzijds zal ernaar gestreeft worden minder medicijnen voor te schrijven en zo weinig mogelijk te verwijzen naar specialisten. Op de grens tussen eerstelijns en (duurdere)tweedelijns speelt de verwijzing een belangrijke rol. Via de aantallen uitgeschreven verwijskaarten kan direct invloed worden uitgeoefend op de stroom patiënten naar de tweedelijnszorg. De inhoud van de verwijskaart kan mede bepalend zijn voor de lengte van de behandeling die de patient in de tweede lijn ondergaat. Aantallen en aard van de verwijzingen naar medisch specialist en fysiotherapeut vormden het onderwerp van een registratieproject waaraan alle Almeerse huisartsen hebben deelgenomen. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen nog eens naar voren gehaald en gerelateerd aan de doelstellingen van het Projectplan gezondheidszorg Almere.

9.1 Aantal verwijzingen naar de specialist

Bij het bekijken van de aantallen verwijskaarten dat jaarlijks door de Almeerse huisartsen wordt uitgeschreven, passen enkele opmerkingen vooraf. In de eerste plaats dienen we er rekening mee te houden dat het in Almere gaat om huisartsen die, met uitzondering van één solistisch werkende arts, hun praktijk uitoefenen vanuit gezondheidscentra. In de tweede plaats verschilt de Almeerse bevolking qua leeftijdsverdeling belangrijk van de rest van Nederland. In de derde plaats moet ingecalculeerd worden dat bij het registreren van alle verwijskaarten er een aantal verwijzingen zullen zijn vergeten. Over het geheel genomen schatten we deze onderrapportage op ongeveer 10%. Deze drie opmerkingen in gedachte houdend, blijkt dat het aantal door huisartsen uitgeschreven verwijskaarten naar medisch specialisten weinig verschilt van de doorsnee Nederlandse huisarts die in een gezondheidscentrum werkt en hier zelfs iets boven ligt. Tegen een landelijke aantal van 418 verwijzingen per 1000 ziekenfondsverzekerden op jaarbasis voor alle Nederlandse huisartsen in gezondheidscentra, zal het gecorrigeerde aantal voor de Almeerse huisartsen uitkomen op ongeveer 440 verwijzingen. Bovenstaande conclusie heeft in feite alleen betrekking op ziekenfondspatiënten. Er zijn

echter geen redenen om aan te nemen dat bij het verwijzen van particuliere patienten de Almeerse huisarts wel belangrijk zal verschillen van collega-huisartsen werkend in gezondheidscentra.

Vergelijken we de aantallen verwijzingskaarten met landelijke cijfers voor alle huisartsen (verwijscijfer per 1000 ziekenfondsverzekerden in 1984: 450) of met de in Amsterdam praktiserende huisartsen (verwijscijfer per 1000 ziekenfondsverzekerden in 1984: $\pm$ 600) dan resteert voor Almere wel een positief saldo, met name wat betreft de vergelijking met Amsterdam. De doelstelling van het PGA om met behulp van een sterke eerstelijnszorg een aantal verwijzingskaarten te bereiken wat ligt onder het gemiddelde voor alle huisartsen werkend in gezondheidscentra is (nog) niet gerealiseerd.

Daarbij komt het op dit moment nog ontbreken van een ziekenhuis in Almere. Nader onderzoek naar de effecten van de opening van het Almeerse ziekenhuis zal uit moeten wijzen welke invloed deze gebeurtenis zal hebben op de hoogte van het verwijscijfer. Onderzoek in Lelystad (Dopheide e.a., 1986) heeft aangetoond, dat er dienaangaand zeker geen daling hoeft te worden verwacht.

Bekijken we de aantallen verwijzingen in samenhang met de mate waarin categorieën patienten het spreekuur van de huisarts bezoeken, dan worden mannen wat vaker verwezen dan vrouwen terwijl hetzelfde geldt voor ziekenfondspatienten versus particuliere patienten. Vanaf de categorie 10-19 jarigen neemt het aantal verwijzingen toe naarmate de leeftijd toeneemt. Gezondheidscentra waar relatief veel patienten worden verwezen zijn "Oost" en "de Spil. Vanuit "West" en "Molenwiek" worden relatief weinig patienten verwezen. Hierbij is gecorrigeerd voor verschillen in de praktijkopbouw van de centra.

Niet op elke verwijzing wordt door de huisarts evenveel invloed uitgeoefend. Tegenover de actieve verwijzingen, die in overleg tussen huisarts en patient tot stand komen, staan de administratieve verwijzingen waarbij de assistente een belangrijke rol vervuld en de rol van de huisarts meestal beperkt blijft tot het zetten van de handtekening. Van alle uitgeschreven verwijzingskaarten blijkt 55% te bestaan uit administratieve verwijzingen; voor particuliere patienten worden door de huisarts nauwelijks administratieve verwijzingskaarten uitgeschreven. Delen we de administratieve verwijzing weer op naar verschillende categorieën, dan blijkt meer dan de helft te bestaan uit verlengingsverwijzingen. De actieve verwijzingen en de verlengingsverwijzing zijn vervolgens meer gedetailleerd bekeken.

Ten aanzien van de verlengingsverwijzingen moet een eerste conclusie luiden dat de aantallen uitgeschreven verwijzingskaarten per 1000 ziekenfondspatienten, waarbij is gecorrigeerd voor leeftijd en ge-

slachtsverschillen in de praktijkopbouw, per centrum belangrijk verschilt. Laten we het gezondheidscentrum Molenwiek met buitengewoon laag aantal verlengingsverwijzingen van 51 per 1000 ziekenfondspatiënten buiten beschouwing, dan laat gezondheidscentrum Oost een aantal van 96 verwijskaarten per 1000 ziekenfondspatiënten zien tegenover 176 verwijskaarten bij het gezondheidscentrum West. Een tweede belangrijke conclusie lijkt dat naarmate meer verlengingsverwijzingen lopen via een mondeling contact met de huisarts, het aandeel van de verlengingsverwijzingen op het totale aantal verwijzingen daalt. Door zich intensief met verlengingsverwijzingen te bemoeien, zou de huisarts het aandeel van dit type verwijzingen en daarmee het totale verwijscijfer belangrijk omlaag kunnen brengen. Onafhankelijk van het specialisme blijken de percentages verlengingsverwijzing naar Amsterdam hoger te liggen dan naar de specialisten in "Het Gooi" of in Almere zelf.

Bij de actieve verwijzingen is er een opvallend verschil tussen de beide stadsdelen Almere-Haven en Almere-Stad. Van alle actieve verwijzingen uit Almere-Haven geschiedt 38% naar de Almeerse specialisten, 32% naar de "Gooi-Noord" ziekenhuizen en 24% naar Amsterdam. Het percentage van 38% ligt slechts enkele procenten boven het aandeel van de Almeerse specialisten in het totale verwijscijfer vanuit Almere-Haven. Van de actieve verwijzingen afkomstig uit Almere-Stad blijft 56% in Almere, gaat 11% naar specialisten van Gooi-Noord en 28% naar specialisten met een spreekuur in Amsterdam. Ten opzichte van de percentages voor alle verwijzingen uit Almere-Stad betekent dit een groter aandeel voor de Almeerse specialisten, terwijl de percentages verwijzingen naar Gooi-Noord en Amsterdam lager liggen. Aangezien het uitgangspunt van het PGA ongetwijfeld zal zijn dat verwijzingen zoveel mogelijk binnen Almere plaats dienen te vinden, is het feit dat de Almeerse huisartsen bij hun actieve meer op Almere gericht zijn dan dat uit hun totale verwijscijfer zou kunnen worden opgemaakt een positieve ontwikkeling. Wel blijven de huisartsen in Almere-Haven hierin wat achter bij hun collega's in de beide andere stadsdelen. Een geleidelijke groei van de stroom verwijzingen naar Almeerse specialisten ligt in de lijn der verwachtingen, waarbij enige stimulering met name in Almere-Haven geen kwaad zou kunnen. Natuurlijk moet er wel ruimte zijn in het MCA om deze grotere stroom verwijzingen te verwerken.

9.2 Kwalitatieve aspecten bij verwijzingen naar de specialist

Van alle actieve verwijzingen ligt het initiatief in ruim 62% van

alle gevallen aan de kant van de huisarts. Kijken we naar de afzonderlijke centra dan lopen de percentages uiteen van 51% tot 69%. De meest initiatiefrijke patienten worden gevonden in de leeftijdsgroep 20-40 jarigen. Naarmate het initiatief voor een verwijzing meer bij de patient wordt gelegd ziet de huisarts de verwijzing vaker als medisch minder noodzakelijk. Van alle actieve verwijzing is in de ogen van de huisarts bijna 13% niet-noodzakelijk, is de noodzaak twijfelachtig bij bijna 30% van de verwijzingen en is tussen de 55 en 60% zonder meer noodzakelijk. Verwacht mag worden dat met de opening van het ziekenhuis in Almere of bij de verdere uitbouw van het aantal spreekuren van specialisten, patienten meer initiatieven zullen gaan nemen om te worden verwezen. Immers de kosten in de vorm van reistijd zullen voor hen lager worden naarmate het aanbod aan specialisten in de onmiddellijke omgeving groeit. Hoe de huisartsen hierop zullen reageren zal de toekomst uitwijzen. Beperking van het aantal actieve verwijzingen kan worden gevonden in een verdere terugdringing van de niet-noodzakelijke of twijfelachtige verwijzingen. In Almere hebben de huisartsen relatief veel mogelijkheden om een scherpe diagnose te stellen voordat tot verwijzing wordt overgegaan. Los van de vraag of de specialist waarnaar wordt verwezen de diagnose van de huisarts in meer of mindere mate in de behandeling betreft, bieden nauwkeuriger diagnoses de mogelijkheid om een patient meer gericht door te verwijzen. Van alle patienten die worden verwezen is bij 48% de diagnose gesteld en zijn er bij 41% een beperkt aantal mogelijkheden. Deze percentages liggen wat lager dan in Lelystad. Met name op het gebied van de zenuw- en zielsziekten, de interne geneeskunde en de kindergeneeskunde is het percentage onzekere diagnoses hoog. Van de mogelijkheid om patienten voor enkel diagnose door te sturen naar de specialist wordt weinig gebruik gemaakt. Stellen we ons op het standpunt dat, overeenkomstig de doelstellingen van het PGA, huisartsen veel zelf moeten doen en sterke greep dienen te hebben op hun patienten ook als deze zich in de tweedelijns bevinden, dan kan de toekomst gematigd optimistisch tegemoet worden gezien hoewel er ook op het terrein van diagnostisch onderzoek nog belangrijke winst haalbaar lijkt. Verwijzing naar Almeerse specialisten betekent wat meer verwijzingen voor enkel diagnose + (zonodig) behandeling; breidt het aantal verwijzingen binnen Almere ook in relatief opzicht uit, dan zal dit een positief effect hebben op de in de tweedelijns te maken kosten.

Als laatste is bij de actieve verwijzingen gekeken naar de mate van overleg die bij elke verwijzing heeft plaatsgevonden en het al dan niet aandringen op terugbestelling van de verwezen patiënt. Als er

al overleg plaatsvindt, is dit met de specialist waarnaar wordt verwezen (11% van alle verwijzingen). Relatief veel overleg vindt plaats bij verwijzingen naar interne geneeskunde en cardiologie. Kijken we naar de vestigingsplaats van de specialist, dan blijkt dat bij alle verwijzingen naar Almeerse specialisten en slechts bij 4% overleg plaatsvindt tegen respectievelijk 14% en 21% bij verwijzingen naar Amsterdam en Naarden/Bussum. Er zijn geen aanwijzingen dat het overleg met de specialist bijvoorbeeld binnen de centra wordt vervangen door overleg met collega(e) huisartsen. Bij het terugbestellen geldt eigenlijk hetzelfde. Bij nog geen 10% van alle verwijzingen wordt de patiënt onvoorwaardelijk terugbesteld en bij ruim 10% is er sprake van een voorwaardelijke terugbestelling. Een specialisme waarbij in verhouding veel op terugbestelling wordt aangedrongen in interne geneeskunde. Vertalen we de doelstelling van het PGA van een sterke eerstelijnszorg naar veel overleg en veel terugbestellingen van naar de tweedelijns verwezen patiënten, dan ligt er nog een flink terrein braak door de Almeerse huisartsen.

9.3. Verwijzingen naar de fysiotherapeut

Kon bij de verwijzingen naar de medisch specialist worden vastgesteld dat er van een al te omvangrijke onderrapportage bij het aantal geregistreerde verwijzingen geen sprake lijkt, bij het noteren van alle verwijzingen naar fysiotherapie ligt een dergelijke conclusie wat minder voor de hand. Niet alleen lijkt zo'n 20 tot 25% van alle verwijzingen te zijn vergeten, waarbij vooral het nagenoeg ontbreken van verlengingsmachtigingen opvalt, maar het percentage verschilt van centrum tot centrum. Dit gegeven maakt het moeilijk de onderlinge centra te vergelijken als het gaat om verwijzingen naar de fysiotherapeut, maar tevens om uitspraken te doen over het absolute hoogte van het verwijscijfer naar fysiotherapie.

Nemen we toch de cijfers uit de verwijsregistratie als uitgangspunt, dan kan worden vastgesteld dat van elke 1000 personen er jaarlijks ongeveer 87 verwezen worden naar de fysiotherapeut. Beperken we ons tot ziekenfondsverzekerden dan geldt een verwijscijfer van 103 per 1000 patiënten. Beide aantallen zijn gecorrigeerd van de bijzondere leeftijdsopbouw van de Almeerse bevolking. Ouderen worden wat vaker verwezen naar de fysiotherapeut dan jongeren, waarbij we een hoogste aantal vinden voor de groep tussen 50 en 69 jaar. Vrouwen worden wat vaker verwezen dan mannen en hetzelfde geldt voor ziekenfondsverzekerden versus partikulier verzekerden. Bedenken we dat landelijk

nauwelijks een verband kan worden vastgesteld tussen verzekeringsvorm en mate van fysiotherapeutbezoek, dan lijkt het erop dat het dichter naar de mensen brengen van een voorziening als fysiotherapie resulteert in een wat hoger gebruik door patiënten die via het ziekenfonds zijn verzekerd en voor wie fysiotherapeutische hulp in elk geval geen extra kosten met zich meebrengt.

Wordt verwezen naar fysiotherapie, dan betreft dit bijna altijd een verwijzing naar de fysiotherapeut in het eigen gezondheidscentrum. Slechts drie procent van alle verwijzingen betreft fysiotherapeuten buiten Almere. Het ombuigen van de stromen patiënten naar de Almeerse voorzieningen wat bij de medisch specialisten erg moeilijk lijkt te gaan, is bijna volledig gerealiseerd als het gaat om fysiotherapie.

In vergelijking tot de verwijzingen naar medisch specialisten, ligt het percentage verwijzingen waarbij het initiatief aan de kant van de huisarts wordt gelegd met ruim 70% relatief hoog.

Ligt het initiatief bij de huisarts, dan wordt de 53% van de verwijzingen als (medisch) noodzakelijk beoordeeld en is er twijfel bij 46% van de gevallen. Ligt het initiatief bij de patient dan is 12% noodzakelijk, 67% twijfelachtig en 21% niet-noodzakelijk. Over het geheel wordt slechts 7% van alle verwijzingen als niet-noodzakelijk beoordeeld.

Huisartsen lijken op het terrein van de fysiotherapie bij het stellen van een diagnose wat zekerder van hun zaak dan bij verwijzingen naar medisch specialisten. Het percentage verwijzingen met de mededeling 'diagnose gesteld' of 'beperkt aantal mogelijkheden' ligt boven de 95% van het totale aantal verwijzingen. Meer dan 3/4 van alle verwijzingen geschiedt dan ook voor enkel behandeling. Het percentage patiënten dat wordt doorverwezen voor enkel diagnose is te verwaarlozen, zodat op dit punt nauwelijks winst is te behalen ten aanzien van de doelstellingen van het PGA. Overigens kan dit worden gezien als een rechtstreeks gevolg van het feit dat fysiotherapeuten zelf in principe geen medische diagnose mogen stellen.

Winst is er nog wel te boeken als het gaat om de doelstelling 'goed overleg tussen huisarts en fysiotherapeut'. Hoewel er bij het verwijzen van patiënten naar fysiotherapie belangrijk meer overleg met de hulpverlener waarnaar wordt verwezen plaatsvindt dan bij verwijzingen naar specialisten, gaat het nog altijd om een minderheid van 19% van alle verwijzingen. Kwalitatieve aspecten zoals noodzaak of doel van de verwijzing hebben geen invloed op de mate waarin met de betrokken fysiotherapeut wordt overlegd. Wel zijn er aanzienlijke verschillen tussen de centra, zonder dat hier direct een oorzaak

voor kan worden aangegeven.

Eenzelfde beeld kan worden geschetst ten aanzien van het terugbestellen van patiënten. Dit terugbestellen gebeurt wat vaker dan bij medisch specialisten, doch betreft nog altijd een minderheid van circa 30% van alle verwijzingen.

9.4. Slotconclusie

In deze samenvatting is gepoogd een overzicht te geven van de belangrijkste resultaten van de contact- en verwijsregistraties in relatie tot de doelstellingen van het Projectplan Gezondheidszorg Almere. Hoewel hier en daar al een verwachting is uitgesproken over toekomstige ontwikkelingen, zullen de echte trends pas duidelijk worden bij herhaalde metingen.

Wellicht ligt in deze rapportage wat teveel de nadruk op de punten van zorg, zoals het relatief geringe aantal visites, het tegenvallend aantal verwijskaarten naar medisch specialisten en het ontbreken van overleg bij verwijzingen naar fysiotherapie en medisch specialisten. Door deze punten te signaleren is het echter mogelijk om tijdig vingers op eventuele zere plekken te leggen. Toekomstige metingen zullen uitwijzen of de heelmeeesters van het Project Gezondheidszorg Almere kans zien de patiënt 'eerstelijnszorg' in een optimale conditie te brengen.

NOTEN

Deel 1

1. Landelijk vergelijkbare onderzoeksresultaten zullen tussen 1987 en 1992 beschikbaar komen als een grootschalig NIVEL onderzoek wordt uitgevoerd naar het werken van de huisarts. Een proefonderzoek naar de haalbaarheid van deze 'grote praktijkstudie' is inmiddels afgerond.
2. Het onderzoek naar de contacten met de Almeerse huisartsen liep in de tijd parallel aan het bijhouden van alle verwijzingen naar medisch specialisten en fysiotherapeuten.
3. Tijdens de proefregistratie bleek dat een aantal bezoekers van de gezondheidscentra tussen de wal en het schip dreigden te vallen, omdat zij weliswaar voor de huisarts kwamen maar zelfstandig door de assistente werden afgehandeld. Het betrof hier met name routinematige controles en EHBO. Naar aanleiding van deze bevinding is alsnog een formulier ontworpen waarop de assistentes hebben bijgehouden welke 'bijzondere' werkzaamheden door hen in de onderzoeksperiode zijn verricht. Alle assistentes hebben voor elke dag van de onderzoeksperiode de formulieren ingevuld.

Deel 2

1. Op het niveau van de afzonderlijke gezondheidscentra kunnen, waar het de actieve verwijzingen door de huisarts betreft, de resultaten van de contactregistratie en de verwijsregistratie naast elkaar worden gezet. De hiernavolgende tabel geeft de resultaten van de vergelijking.
Blijft natuurlijk dat per centrum het aandeel van de actieve verwijzingen in het totale verwijscijfer verschilt en dat voor de mate waarin niet-actieve verwijzingen zijn vergeten moeilijk schattingen kunnen worden gegeven. Wel is de indruk dat bij de niet-actieve verwijzingen er minder verwijzingen zijn vergeten.

Aantal actieve verwijzingen per 1000 patiënten per jaar door de Almeerse huisartsen op basis van de contactregistratie en de verwijfsregistratie, naar gezondheidscentrum.

	contactregistratie	verwijfsregistratie
Almere-Haven	222	165
gc de Haak	194	185
gc Oost	271	158
gc West	189	144
Almere-Stad/Buiten	152	127
gc de Spil	155	139
gc de Schakel	162	115
gc Waterwijk	151	131
gc Molenwiek	120	120
Almere -totaal	189	147

2. In Lelystad is voor het onderzoek naar de effecten van de opening van het Zuiderzeeziekenhuis een registratieproject opgezet, dat in zekere zin model heeft gestaan voor het onderzoek in Almere. Gedurende drie opeenvolgende jaren hebben alle huisartsen in Lelystad hun verwijzingen bijgehouden. De resultaten zijn, voor zover ze van belang zijn voor het Almeerse evaluatie-onderzoek, terug te vinden in twee rapporten (Nijhout, 1985; Dopheide e.a., 1986).
3. Deze vergelijking is niet helemaal eerlijk. Door het voor leeftijdsverschillen gecorrigeerde Almeerse verwijfscijfer te vergelijken met de verwijfscijfers voor alle huisartsen in Nederland werkend in gezondheidscentra, wordt er vanuit gegaan dat het patiëntenbestand van huisartsen werkend in gezondheidscentra waar het de leeftijdsopbouw betreft niet afwijkt van de doorsnee huisartsenpraktijk in Nederland. In werkelijkheid is het patiëntenbestand van huisartsen werkend in gezondheidscentra iets jonger (Wijkkel, 1986).
4. Voor elk centrum kan op basis van de geconstateerde onderrapportage bij de actieve verwijzingen en met de aanname dat het percentage vergeten verwijfskaarten bij de niet-actieve verwijzingen

ongeveer even groot zal zijn, een schatting wordt gemaakt van de totale onderrapportage. Deze schattingen zijn voor de afzonderlijke centra: De Haak: 2%, Oost: 33%, West: 13%, de Spil: 5%, de Schakel: 17%, Waterwijk: 5%, Molenwiek: 0%. Over alle centra genomen bedraagt de onderrapportage 12-13%.

Voor een zo eerlijk mogelijke vergelijking waarbij we de onderrapportage voor alle centra stellen op 12%, moeten de resultaten voor die centra minder dan 12% onderrapportage laten zien wat worden verminderd terwijl de verwijscijfers voor de centra met een onderrapportage boven de 12% moeten worden opgehoogd. Het resultaat van deze correctie staat in tabel 7.6.

5. Het Medisch Centrum Almere opende de deuren in mei 1983 met de spreekuren van een oogarts, een huisarts en een kinderarts. Daarna heeft geleidelijk een uitbreiding van het aantal spreekuren en specialismen plaatsgevonden.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- APPELBOOM, W.J.M.J. - 1984. Contacten met huisarts en specialist in 1 jaar, GE 1981 en 1982. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 3, no. 10, 5-9.
- BARTELS, M. en L. SCHEEPMAKER - 1983. Het patiëntenaanbod in zes fysiotherapiepraktijken: een inventariserend onderzoek. Utrecht, Stichting Utrechtse Paramedische Academie.
- BERNSTEIN, B. en R. KANE - 1981. Physicians' attitudes towards female patients. Medical Care 14, no.6, 600-608.
- BERTELS, M., L. TEN BRUMMELER, C. VAN DIJKUM e.a. - 1985. Tijd voor Kwaliteit: evaluatie-onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam. Amsterdam, Stichting Universitair Instituut voor Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek/Onderzoeksplatform van Samenwerkingsverbanden in de eerstelijns dienstverlening in Amsterdam.
- BERTENS, A.M. en F. SAMUELS BRUSSE - 1980. Eindverslag van een onderzoek naar het extramurale geneesmiddelengebruik door ziekenfondsverzekerden in drie regio's. Leiden, Rijksuniversiteit.
- BREKEL, E.J.G. VAN DEN - 1985. Fysiotherapie in Nederland, 1974-1983. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 4, no.2, 5-16.
- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1983. Gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandelingen: een inventariserend onderzoek. Huisarts en Wetenschap, 26, no. 2, 42-48, 62.
- DEKKER, L. - 1985. Verslag inzake de bestuurlijke samenhang. Utrecht, Nationaal Ziekenhuis Instituut. Project evaluatie gezondheidszorg Almere no. 2.
- DEKKER, L. - 1986. Evaluatie-onderzoek Medisch Centrum Almere. Utrecht, Nationaal Ziekenhuis Instituut.
- DOPHEIDE, J.P., T.J.J.M.T. KERSTEN, F.P. NIJHOUT, G.D.J. VAN DER SPELD - 1986. Een ziekenhuis op nieuw land. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg.
- GROL, R., H. MOKKINK, J. VAN EIJK e.a. - 1985. De onzekere huisarts. Medisch Contact, 40, no. 45, 1400-1402.
- HAAYER-RUSKAMP, F.M. - 1984. Het voorschriftgedrag van de huisarts: een studie bij 118 huisartsen naar factoren die verschillen in voorschriftgedrag verklaren. Groningen, Rijksuniversiteit. Proefschrift.
- HAMERS, R.T.J. - 1985. Gezondheidscentra en Groepspraktijken per 1 januari 1985. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg.

- HARMONISATIERAAD WELZIJNSBELEID - 1985. Herverkavelen in de gezondheidszorg. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij.
- HINGSTMAN, L. - 1985. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg.
- HONHOFF, B. - 1977. Sociale farmacotherapie in Twente: een analyse van de voorschriften van geneesmiddelen voor ziekenfondsrekening in drie rayons. Utrecht, Rijksuniversiteit. Proefschrift.
- KERKHOFF, A.H.M. en P.P. GROENEWEGEN - 1985. Enige gegevens over het gebruik van fysiotherapeutische zorg. In: De eerstelijns onderzoek; onder redactie van W.G.W. Boerma, L. Hingstman. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- KUYVENHOVEN, M.M., M.M. VAN HEMERT en A.H. THIECKE - 1985. Contacten, recepten en verwijzingen in een duopraktijk. Huisarts en Wetenschap, 28, no. 2, 49-52.
- LAMBERTS, H. - 1981. Praktische gegevens voor een vestigingsbeleid in de eerstelijnsgezondheidszorg. De betekenis van geografische en verbruiksfactoren. Medisch Contact, 36, 269-275.
- LAMBERTS, H. - 1982. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 25, no. 10, 401-414.
- MARKS, J.N. D.P. GOLDBERG, V.F. HILLIER - 1979. Determinants of the ability of general practioners to detect psychiatric illness. Psychological Medicine 9, no. 2, 337-353.
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR (WVC) - 1983. Nota Eerstelijnszorg. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij.
- NEFARMA - 1985. Farma Feiten 1984 - 1985. Utrecht, Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie.
- NIJHOUT, F.P. - 1985. Een ziekenhuis op nieuw land, derde interim-rapport. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg.
- PESCH-WEENINK, C.A.W. van en J.W.M. COLLARIS - 1982. Verrichtingen minder meer, verpleegdagen meer minder. Inzet, 6, no. 11, 41-43.
- SANAVRO, F.L. - 1982. Probleempatiënten in de huisartspraktijk: oordelen van artsen over probleempatiënten en de gevolgen voor de patiënten-carrière. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut.
- SIXMA, H. en C. VAN DE VOORT - 1985. Situatieschets van Almere. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg/Nationaal Ziekenhuis Instituut. Project evaluatie gezondheidszorg Almere no. 1.
- SIXMA, H. - 1986. Bewoners over de Almeerse gezondheidszorg. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijns-

- gezondheidszorg. Project evaluatie gezondheidszorg Almere no. 3.
- VERENIGING VAN NEDERLANDSE ZIEKENFONDSEN - 1985. Jaarboek LISZ 1984. Zeist, Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen.
- VERHAAK, P.F.M. - 1981. Psychische problemen in de huisartspraktijk. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 36, no.1, 31-46.
- VERHAAK, P.F.M. - 1984. Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek, tweede interimrapport. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg.
- VERHAAK, P.F.M. - 1986. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg. Proefschrift.
- VLIET, R.C.J.A. VAN en W.P.M.M. VAN DE VEN, - 1983. Analyse van medische consumptie en verschillen tussen ziekenfonds en particulier verzekerden. Leiden, Rijksuniversiteit, Centrum voor Onderzoek van de Economie van de Publieke Sector.
- VOORN, Th.B. - 1983. Chronisch ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht, Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge. Proefschrift.
- VUNDERINK, H.J. - 1984. Onderzoek EHBO. Almere, Nieuwsbrief project gezondheidszorg Almere.
- WIJKEL, D. - 1986. Samenwerken en Verwijzen. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg. Proefschrift.
- ZUTPHEN, W.M. van - 1984. De taken van de huisarts: resultaten van een taakanalyse in 91 huisartspraktijken. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg. Proefschrift.

BIJLAGE 1

TABELLEN

Tabel 1a: Aantal contacten (**spreekuur**) per 1000 patiënten bij tien registratiedagen per arts, naar gezondheidscentrum en leeftijdscategorie.

	aantallen contacten per leeftijdscategorie				
	0-9	10-19	20-49	50-69	70 jaar
Almere-Haven	93.1	74.0	124.3	152.6	146.0
gc de Haak	82.1	71.0	115.8	130.3	123.8
gc Oost	110.6	91.8	121.0	146.9	150.0
gc West	72.8	63.6	138.2	158.7	160.7
Almere-Stad/Buiten	91.8	74.4	121.8	150.4	115.3
gc de Spil	98.3	75.0	117.6	130.7	121.4
gc de Schakel	84.5	80.4	122.0	162.6	86.2
gc Waterwijk	86.0	69.0	126.3	122.5	143.9
gc Molenwiek	109.6	62.5	123.6	152.9	-
Almere -totaal	92.5	74.2	123.5	151.7	136.6

Tabel 1b: Aantal contacten (**visites**) per 1000 patiënten bij tien registratiedagen per arts, naar gezondheidscentrum en leeftijdscategorie.

	aantallen contacten per leeftijdscategorie				
	0-9	10-19	20-49	50-69	70 jaar
Almere-Haven	21.5	3.5	8.5	25.8	129.1
gc de Haak	24.6	6.9	9.0	40.6	164.2
gc Oost	17.0	1.4	8.5	24.0	94.7
gc West	23.9	-	8.4	11.9	74.6
Almere-Stad/Buiten	22.1	1.3	6.2	21.7	65.5
gc de Spil	20.2	2.8	6.8	19.2	21.4
gc de Schakel	27.0	1.2	5.0	28.9	67.0
gc Waterwijk	18.9	-	6.6	26.2	123.0
gc Molenwiek	20.4	-	6.7	7.5	42.7
Almere -totaal	21.8	2.5	7.4	35.9	109.3

Tabel 2: Verwijscijfers op jaarbasis per leeftijds- geslachts- categorie in Almere, Lelystad en twee regionale ziekenfondsen. Aantallen per 1000 ziekenfondsverzekerden.

	Almere 1985	Lelystad 1983/1984	Ziekenfonds 1 1981/1982
mannen			
0 - 4 jaar	382	330	352**
5 - 9 jaar	291	253	314
10 - 15 jaar	217	262	280
16 - 19 jaar	136	179	291
20 - 29 jaar	205	231	306
30 - 39 jaar	243	290	338
40 - 49 jaar	389	406	437
50 - 59 jaar	579	539	574
60 - 64 jaar	527	675	674
65 - 69 jaar	642	744	699
70 - 79 jaar	613	751	833
80 jaar	855*	751	753***
totaal	314	342	398
0 - 4 jaar	364	235	284**
5 - 9 jaar	251	232	269
10 - 15 jaar	202	334	281
16 - 19 jaar	264	263	336
20 - 29 jaar	389	441	457
30 - 39 jaar	406	405	459
40 - 49 jaar	489	478	540
50 - 59 jaar	589	652	637
60 - 64 jaar	532	621	669
65 - 69 jaar	701	675	738
70 - 79 jaar	607	760	852
80 jaar	684*	760	779*
totaal	409	426	475

* gebaseerd op aantallen 20 en daardoor onbetrouwbaar.

** schatting op basis van waarden voor categorieën 0 jr en 1-4 jr.

*** schatting op basis van waarden voor categorieën 80-89 jr en 89 jr.

VERWIJSREGISTRATIE ALMERE 1985



NAAM HUISARTS : _____ DATUM VERWIJZING: _____ BIJZONDERHEDEN: _____		TOELICHTING: Dit formulier moet worden ingevuld bij elke verwijzing naar een specialist of fysiotherapeut. Niet bij aanvragen voor lab. onderzoek, röntgenfoto's, uitstrijkjes e.d.	
1A. Is dit een verwijzing voor een: (EEN HOKJE AANKRUISEN) Ziekenfondspatiënt ☐ Particulier patiënt ☐ 1B. Geboortjaar patiënt (S.V.P. INVULLEN) 19----- 1C. Geslacht (EEN HOKJE AANKRUISEN) Man ☐ Vrouw ☐		4A. Is dit een verwijzing naar de fysiotherapeut? (EEN HOKJE AANKRUISEN) JA ☐ NEE ☐ 4B. Waar houdt deze fysiotherapeut spreekuur? Almere, eigen centrum ☐ Almere, ander centrum, namelijk: _____ ☐ Buiten Almere, namelijk: _____ ☐ te: _____	
2. De verwijzing vond plaats via: (EEN HOKJE AANKRUISEN) Consult bij de huisarts ☐ Visite ☐ Telef. contact met huisarts ☐ Assistente ☐ Anders, namelijk: _____ ☐		5. Is er sprake van een refractie-verwijzing? (Elke visusafwijking veroorzaakt door refractie-afwijking) JA ☐ NEE ☐	
3A. Is dit een verwijzing naar specialist? (EEN HOKJE AANKRUISEN) JA ☐ NEE ☐		6. Is deze verwijzing een JA ☐ NEE ☐	
3B. Specialisme waarnaar is verwezen? (S.V.P. INVULLEN) _____		A. VERLENGINGSVERWIJZING _____ ☐ ☐ (Specialist/fysiotherapeut wil de behandeling na 1 jaar/12 consulten voortzetten)	
3C. In welke plaats/ziekenhuis houdt deze specialist spreekuur? (EEN HOKJE AANKRUISEN) Almere, MCA ☐ Almere, De Haak ☐ Naarden, Diaconessenhuis ☐ Bussum, Majellaziekenhuis ☐ Amsterdam, Burgerziekenhuis ☐ Anders, namelijk: _____ ☐ te: _____		B1. ACHTERAFVERWIJZING/EHBO _____ ☐ ☐ (Patiënt is i.v.m. EHBO buiten de huisarts om bij specialist/fysiotherapeut terecht gekomen en krijgt achteraf verwijzingskaart) B2. ACHTERAFVERWIJZING/ANDERS _____ ☐ ☐ (Patiënt komt met nieuwe aandoening - geen EHBO - buiten de huisarts om bij specialist/fysiotherapeut en vraagt achteraf een verw.krt)	
		C. OVERSTAPVERWIJZING _____ ☐ ☐ (Patiënt vraagt overschrijving van specialist/fysiotherapeut A naar special./fysioth. B, bijvoorbeeld in verband met verhuizing)	
		D. INITIATIEF VAN SPECIALIST/FYSIOTHERAPEUT ---- ☐ ☐ (Specialist/fysiotherapeut A verwijst naar specialist/fysiotherap. B via huisarts, of specialist/fysiotherapeut wil opnieuw verwijzingskaart wegens verandering van huisarts)	
		E. INITIATIEF ANDERE HULPVERLENER DAN HUISARTS/ASSISTENTE/SPECIAL./FYSIOTHERAPEUT ☐ ☐ (Bijv. schoolarts, keuringsarts, maatsch.werk, of verloskundige)	
ALLEEN ALS BIJ DE VRAGEN 5 EN 6 STEEDS NEE IS INGEVULD, DIENT DE HUISARTS DE VRAGEN 7 T/M 14 OP DE ACHTERZIJDE IN TE VULLEN			

7. Strikt medisch gezien vind ik deze verwijzing ----- (EEN HOKJE AANKRUISEN)	Zeer noodzakelijk Niet noodzakelijk 								
8. Initiatief voor verwijzing ligt ----- (EEN HOKJE AANKRUISEN) Voor huisarts kan ook 'waarnemer' worden gelezen	(Bijna) Uitsluitend bij de huisarts ☐ Meer bij de huisarts dan bij de patiënt ☐ Meer bij de patiënt dan bij de huisarts ☐ (Bijna) Uitsluitend bij de patiënt ☐								
9. Hoe is deze verwijzing het best te karakteriseren? (EEN HOKJE AANKRUISEN)	Diagnose gesteld; ziekte/afwijking bekend ☐ Diagnose niet zeker; slechts beperkt aantal mogelijkheden ☐ Er is voor de diagnose nog een groot aantal mogelijkheden over ☐ Diagnose is volstrekt onzeker ☐								
10. Voor zover te overzien is de verwijzing bedoeld voor ----- (EEN HOKJE AANKRUISEN)	Louter diagnose door special./fysioth. ☐ Diagnose en (zodanig) behandeling door specialist/fysiotherapeut ☐ Behandeling door special./fysiotherap. ☐								
11. Is er bij verwijzing (eventueel informeel of telefonisch) overleg geweest met andere hulpverleners? (U MAG MEERDERE HOKJES AANKRUISEN/INVULLEN)	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">Nee</td> <td style="width: 10%;">☐</td> <td style="width: 30%;">Ja, met betreffende special./fysiotherap.</td> <td style="width: 10%;">☐</td> </tr> <tr> <td>Ja, met collega(e) huisartsen</td> <td>☐</td> <td>Ja, met een ander, namelijk:</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Nee	☐	Ja, met betreffende special./fysiotherap.	☐	Ja, met collega(e) huisartsen	☐	Ja, met een ander, namelijk:	☐
Nee	☐	Ja, met betreffende special./fysiotherap.	☐						
Ja, met collega(e) huisartsen	☐	Ja, met een ander, namelijk:	☐						
12. Wordt er in de verwijsbrief naar de specialist fysiotherapeut op aangedrongen dat de patiënt na onderzoek/behandeling weer terugkomt bij de huisarts? (EEN HOKJE AANKRUISEN)	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">Nee</td> <td style="width: 10%;">☐</td> <td style="width: 30%;">Ja, onvoorwaardelijk (patiënt moet na bezoek special./fysiotherap. terug naar de huisarts)</td> <td style="width: 10%;">☐</td> </tr> <tr> <td>Ja, voorwaardelijk (pat. wordt terughgesteld als klachten niet verdwenen zijn)</td> <td>☐</td> <td>Niet van toebassing (pat. kreeg geen verwijsbrief)</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Nee	☐	Ja, onvoorwaardelijk (patiënt moet na bezoek special./fysiotherap. terug naar de huisarts)	☐	Ja, voorwaardelijk (pat. wordt terughgesteld als klachten niet verdwenen zijn)	☐	Niet van toebassing (pat. kreeg geen verwijsbrief)	☐
Nee	☐	Ja, onvoorwaardelijk (patiënt moet na bezoek special./fysiotherap. terug naar de huisarts)	☐						
Ja, voorwaardelijk (pat. wordt terughgesteld als klachten niet verdwenen zijn)	☐	Niet van toebassing (pat. kreeg geen verwijsbrief)	☐						
13. Wat is de klacht/probleem/diagnose waarmee U de patiënt heeft verwezen? (S.V.P. ZO NAUWKEURIG MOGELIJK OMSCHRIJVEN)									
14. Eventuele opmerkingen									

SPREEKURREGISTRATIE ALMERE 1985

Datum: -----
 Naam-huisarts: -----
 Waarneming: -----
 NEE ☐ JA ☐ Voor dokter: -----
 Gezondheidscentrum: -----
 Bijzonderheden: -----

TOELICHTING ALGEMEEN (zie ook instructie)

Geef voor elk spreekuur een *nieuw* formulier gebruiken. Per dag worden alleen spreekuurcontacten geregistreerd op een lichtrode formulier spreekuurregistratie. Visites registreren op het *gele* formulier visiteregistratie. Telefonische contacten worden niet geregistreerd. Voor ieder patiënt is in principe één regel beschikbaar. Bij twee patiënten per consult: twee regels gebruiken ("begeleiders" niet registreren).

TOELICHTING PER RUBRIEK

- 5 - Chronische klacht
 - 6 - Achergronden consult
 - 7 - Verhouding somatisch/psychosoc. tijdens consult
 - 8 - Verwijzing 'gevraagd' door patiënt
 - 8/9- Verwijzen Fysiotherap. Specialist RIAGG
 - Verwijzen anders
 - 12 - Terugbestelcontact
- Een langdurig slapende klacht waarmee de patiënt regelmatig bij de huisarts komt.
 -Heeft de klacht naar uw mening te maken met de verhuizing naar Almere, zoals: de verhuizing zelf, ontworteling, woon-werk-situatie, financiële achteruitgang e.d. Aangeven op een 5-puntsschaal.
 -Kunt u op een 5-puntsschaal aangeven of met betrekking tot het gehele consult de klachten somatisch zijn of dat de patiënt vraagt om verwijzing, als hij direct of indirect bij de huisarts op verwijzing heeft aangedrongen.
 -Hieronder vallen alle typen verwijzingen met verwijzingskaarten naar een specialist, fysiotherapeut of RIAGG. Niet: Aanvragen voor laboratoriumonderzoek, röntgenfoto's, uitstrijkjes e.d.
 -Hieronder vallen de eventuele (informele) verwijzingen naar andere werkers in de eerstelijnsgezondheidszorg waarvoor geen verwijzingskaart nodig is.
 -Van een terugbestelcontact is sprake als de patiënt van de arts nog eens op het spreekuur komt.
 -Onvoorzwaarlijk: bijv. 'Kont u over twee weken terug' over is, 'Kont u dan terug'.
 -Onvoorzwaarlijk: bijv. 'Als het over twee weken terug over is, 'Kont u dan terug'.
 Als er geen duidelijke termijn is afgesproken door de huisarts ('U komt nog maar eens terug als het niet over gaat'), dan is er geen sprake van een terugbestelcontact.

1	2*	3	4*	5*	6*	7*	8*	9*	10*	11*	12*
Volg.-nr.	Ziekte-/Geb.-particul.	Geb.-Jaar	Geslacht	Is dit consult voor:	Achtergrond:	Somatisch/psychosociaal	Verwijzing 'gevraagd'	Huisarts verwijst:	Recept verstrekt	Lab. en/of röntgen-onderzoek	Terugbestelcontact
				-Anticonceptie -Chronische klacht -EHBO -Anders	1. Volledig gevolg v. verhuizing 2. Beslist geen gevolg van verhuizing	1. Somatisch 2. Psychosoc.	-Fysiotherapeut -Specialist -RIAGG -Anders -NEE	-Fysiotherapeut -Specialist -RIAGG -Anders -NEE	-Zeif lab. -Huisarts-Tab. -NEE	-Onvoorzwaarlijk -Onvoorzwaarlijk -NEE	
1	ZF / P	19----	M / V	AC/Chron.kl./EHBO/Anders	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	F / S / R / A/NEE	F / S / R / A/ NEE	JA/NEE	Z / H / NEE	Onv/Voorm/NEE
2	ZF/ P	19----	M / V	AC/Chron.kl./EHBO/Anders	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	F / S / R / A/NEE	F / S / R / A/ NEE	JA/NEE	Z / H / NEE	Onv/Voorm/NEE
3	ZF/ P	19----	M / V	AC/Chron.kl./EHBO/Anders	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	F / S / R / A/NEE	F / S / R / A/ NEE	JA/NEE	Z / H / NEE	Onv/Voorm/NEE

* Omcirkelen wat van toepassing is

VERVOLG Z.O.Z.

VISITEREGISTRATIE ALMERE 1985

Datum: -----

Naam huisarts: -----

Waarneming: -----

NEE ☐ JA ☐ Voor dokter: -----

Gezondheidscentrum: -----

Bijzonderheden: -----

TOELICHTING ALGEMEEN (zie ook instructie)

Gaarne voor elke visiteronde een *nieuw* formulier gebruiken. Op dit gele formulier worden alleen visites geregistreerd; voor de spreekuurregistratie kunt u het groene formulier gebruiken. Telefonische contacten worden niet geregistreerd. Voor iedere patiënt is in principe één regel beschikbaar. Bij twee patiënten per visite: twee regels gebruiken.

TOELICHTING PER RUBRIEK

5 - Chronische klacht

6 - Achtergronden visite

7 - Verhouding somatisch/psychosoc.tijdens visite

8 - Verwijzing 'gevraagd' door de patiënt

8/9- Verwijzen Fysiotherap. Specialist RIAGG

- Verwijzen anders

12 - Vervolgafspraak voor volgende visite/consult

- Hieronder vallen de (informele) verwijzingen naar andere werkers in de eerstelijnszorg waarvoor geen verwijkaart nodig is.

- Onvoorwaardelijke vervolgafspraak: Bijv. -"Ik (de huisarts) kom overmorgen nog even langs", of: "Komt u volgende week nog even op het spreekuur".

- Voorwaardelijke vervolgafspraak: Bijv. -"Als het over 3 dagen niet beter is, bel dan nog even of kom op het spreekuur".

- Is er geen duidelijke termijn afgesproken door de huisarts (bijv. "U komt nog maar eens op het spreekuur als het niet over gaat"), dan is er geen sprake van een vervolgafspraak.

1	2	3	4*	5*	6*	7*	8*	9*	10*	11*	12*
Volg. Ziekent-patient/particul.	Geb. jaar	Geslacht	Is deze visite voor: - Chronische klacht - EH80 - Anders	Achtergrond: 1. Volledig gevolg van vernieuwing 5. Bestaat geen gevolg van verhuizing	Somatisch/psychosoc. 1. Somatisch 5. Psychosoc.	Verwijzing 'gevraagd' - Fysiotherapeut - Specialist - RIAGG - Anders - NEE	Huisarts verwijst: - Fysiotherapeut - Specialist - RIAGG - Anders - NEE	Recept verstrekt - Huisarts-lab. - NEE	Lab. en/of röntgen-onderzoek - Huisarts-lab. - NEE	Vervolgafspr. gemaakt - Onvoorm. - Voorm. - NEE	
1	ZF / P	19----	M / V	Chron.kl./ EH80/ Anders	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	F / S / R / A / NEE	F / S / R / A / NEE	JA/NEE	Z / H / NEE	Onv/Voorm/NEE
2	ZF / P	19----	M / V	Chron.kl./ EH80/ Anders	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	F / S / R / A / NEE	F / S / R / A / NEE	JA/NEE	Z / H / NEE	Onv/Voorm/NEE
3	ZF / P	19----	M / V	Chron.kl./ EH80/ Anders	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	F / S / R / A / NEE	F / S / P / A / NEE	JA/NEE	Z / H / NEE	Onv/Voorm/NEE
4	ZF / P	19----	M / V	Chron.kl./ EH80/ Anders	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	F / S / R / A / NEE	F / S / R / A / NEE	JA/NEE	Z / H / NEE	Onv/Voorm/NEE

*Oncirkelen wat van toepassing is

VERVOLG Z.O.Z.

[illegible]

