

## HET VERWIJSCIJFER UITEENGELEGD IN ÉÉNMALIG VERWIJZEN VAN VERSCHILLENDE PATIËNTEN EN HERHAALD VERWIJZEN VAN DEZELFDE PATIËNTEN 35

T. J. J. M. T. Kersten

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht

Omdat het verwijzen door de huisarts een belangrijke kostenfactor is in de gezondheidszorg, bestaat er veel belangstelling voor. Er is een onderzoekstraditie waarin men de interdoktervariantie in de hoeveelheid verwijzingen probeert te verklaren vanuit variabelen als de praktijkgrootte, de afstand tot het dichtst bijzijnde ziekenhuis, de taakopvatting van de huisarts, praktijkvorm, etcetera.

In dit soort onderzoek baseert men zich meestal op het verwijscijfer voor ziekenfondspatiënten. Het verwijscijfer is dan het aantal verwijskaarten dat een huisarts in één jaar tijd uitschrijft per 1000 bij hem ingeschreven ziekenfondspatiënten. Dit verwijscijfer is in een aantal opzichten een tamelijk grove parameter. In de huidige studie concentreren we ons op één aspect van deze ongedefinieerdheid. Het verwijscijfer, dat gemiddeld zo rond de 500 verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden ligt, maakt namelijk niet duidelijk of een huisarts 500 verschillende patiënten éénmalig verwijst in één jaar of dat hij een kleiner aantal patiënten (voor een gedeelte) meer dan eens verwijst. Dit onderscheid is interessant. De mate waarin een huisarts dezelfde patiënten meer dan eens verwijst in hetzelfde jaar zou immers aan zoiets kunnen refereren als de wijze waarop hij omgaat met probleempatiënten. Ook is het wellicht een indicatie voor de mate waarin een huisarts de druk van zijn patiënten om verwezen te worden weet te weerstaan. En uiteraard kan het ook te maken hebben met de gezondheidstoestand van de mensen in zijn praktijk.

Voorstelbaar is nu dat bepaalde variabelen die samen blijken te hangen met de hoogte van het verwijscijfer vooral

van invloed zijn op het eenmalig verwijzen van verschillende patiënten, terwijl andere variabelen vooral gerelateerd zijn aan het meervoudig verwijzen van dezelfde patiënten.

In de huidige studie exploreren we deze mogelijkheid voor zes verklarende variabelen, te weten: de afstand tot het ziekenhuis, de leeftijd van de huisarts, de wijze waarop hij samenwerkt binnen de eerstelijns, de grootte van de praktijk en de leeftijds-/geslachts- opbouw van de praktijk.

We baseren ons in de studie op de gegevens met betrekking tot 76.742 verwijskaarten. Dat is de jaarproductie van 97 huisartsen die medewerker zijn bij eenzelfde regionaal ziekenfonds. Deze verwijskaarten blijken betrekking te hebben op 57.315 verschillende patiënten. Het aantal patiënten ligt dus 25% lager dan het aantal uitgeschreven verwijskaarten. Meer gespecificeerd: er zijn 42.608 patiënten die in de periode van één jaar slechts één maal zijn verwezen en er zijn 14.707 patiënten die twee of meer verwijskaarten hebben gehad. Deze verdeling maakt duidelijk, dat het meervoudig verwijzen van dezelfde patiënten een substantieel aandeel van het verwijscijfer uitmaakt. We zullen daarom het totale verwijscijfer van de 97 betrokken huisartsen uiteenleggen in een 'enkelvoudig verwijscijfer' (het aantal verwijskaarten dat betrekking heeft op dezelfde patiënten). Vervolgens gaan we na of deze beide parameters gelijke patronen te zien geven in de relaties die ze vertonen met de bovengenoemde verklarende variabelen. De resultaten van deze analyses zullen gepresenteerd worden.

## HOSPITAL AUDIT, EEN PROJECT RNDOM KWALITEITSBEVORDERING IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN 14

N. S. Klazinga, M. Schram

Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing Nationaal Ziekenhuis Instituut, Utrecht

De kwaliteit van de ziekenhuiszorg staat volop in de belangstelling. Op verschillende plaatsen worden methoden ontwikkeld om zowel de doelmatigheid als de doeltreffendheid van de zorgverlening te beoordelen en te bevorderen.

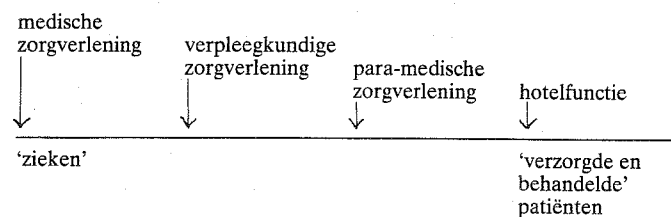
Sinds 1976 kennen de specialisten in ziekenhuizen de intercollegiale toetsing, maar ook FONA-commissies, voorlichtingsbeleid, toetsing aangewende middelen (TAM) en verpleegkundige toetsing hebben hun intrede gedaan. Sinds 1985 is hier een nieuw begrip aan toegevoegd: Hospital Audit.

Hospital Audit is de naam van een project waarin NZI en CBO vanuit hun ervaringen met respectievelijk de TAM en intercollegiale toetsing in een drietal ziekenhuizen werken aan de ontwikkeling van een integraal kwaliteitsbeleid. Hospital Audit wordt door het volgende gekenmerkt:

a. Een procesbenadering van het ziekenhuis waarin de patiëntenzorg centraal staat (zie figuur).

Hierbij wordt zowel gekeken naar medische effectiviteit als naar kosten en patiënten satisfactie.

b. Werken met problem-solving- en toetsingsmethodieken. Een cyclische benadering waarbij de stappen bestaan uit:



Figuur. Procesbenadering

- signaleren
  - analyseren
  - voorstellen van verbetering
  - indien mogelijk formuleren van criteria en standaarden
  - invoeren
  - evaluatie en bijstelling
- c. Kwaliteitsbevordering wordt beschouwd als een integraal onderdeel van de ziekenhuisactiviteiten. Naast de structuur die hiertoe de mogelijkheden moet bieden berust Hospital Audit vooral op de bereidheid van iedere ziekenhuismedewerker verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zijn of haar werk te dragen.