

volgde het patroon dat overal in den lande kan worden geconstateerd, namelijk dat in de stad meer mensen worden opgenomen dan op het platteland. We zien in Lelystad echter een sterkere afwijking van het gemiddelde. Hier spelen waarschijnlijk dezelfde zaken een rol als bij de toename van het aantal specialistenverrichtingen.

Het aantal specialistische verrichtingen, zowel diagnostisch als therapeutisch, is in de populatie met 35% toegenomen. We komen dan op de loondienstsituatie voor specialisten en het effect daarvan op het aantal verrichtingen. Volgens de verwachtingen zou er eerder een afname van de 'productie' moeten worden geconstateerd dan een toename, nu de specialist geen inkomensprikkel voelt voor het doen van meer verrichtingen. In politieke kringen is men van mening dat juist hier bezuinigingen zouden kunnen worden verkregen. Op basis van ons onderzoek dringt zich de veronderstelling aan

Tabel 8. Toename aan kosten per jaar na de opening van het ziekenhuis.

medicijngebruik	f 700.000,—
verpleegdagen	f 3.390.000,—
verrichtingen	f 2.288.000,—
duurdere verpleegdagen	f 5.520.000,—
	f 12.490.000,—

ons op dat de relatie tussen het doen van verrichtingen en de daaraan gekoppelde beloning waarschijnlijk niet zo groot is: *medici doen bepaalde verrichtingen eerder omdat ze het nodig vinden (al of niet rationeel beredeneerd) dan uit financiële overwegingen.* Bovendien zien we in ons onderzoek dat de kosten voor de gezondheidszorg in een loondienstsituatie zeker niet minder zijn dan in de vrije-vestigingsituatie; kortom: *kostenbeheersing in ziekenhuizen voor wat betreft het specialistisch handelen zal eerder kunnen worden geëffectueerd via budgettering van specialisten dan via loondienst.*

Tot slot bevestigt ons onderzoek de stelling dat het aanbod de vraag schept. We zien een duidelijke toename in de gezondheidszorgconsumptie, met daaraan gekoppeld een sterke kostenverhoging. Tabel 8 laat hiervan nog eens een totaaloverzicht zien: over 1983 en ook over 1984 is er jaarlijks f 12,5 miljoen méér besteed aan de gezondheidszorg. Bij de planning van nieuwe voorzieningen zal met deze gegevens rekening dienen te worden gehouden. □

Literatuur

1. Landheer T. Gezondheidszorg in een nieuw gebied. Dissertatie Leiden, 1978.
2. Post D. Verwijzen en prescriptie, een paar apart. Regionaal Ziekenfonds Zwolle, 1984.
3. Kruidenier HJ. Een onderzoek naar de factoren die de hoogte van het verwijzingspercentage beïnvloeden. LISZ, 1976.
4. Post D. Prescriptie van geneesmiddelen. Medisch Contact 1985; 40: 1527-9.
5. NZI. Onderzoek naar de gevolgen van de beëindiging van de klinische functie van het St. Antonius Ziekenhuis te Horst, 1984.
6. NIVEL. Een ziekenhuis op nieuw land. Interimrapport, 1985.

De afstand tussen huisartspraktijk en ziekenhuis en de hoogte van het verwijscijfer

Een longitudinale studie in Lelystad

Al vaak is onderzocht of de afstand van de praktijk tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis het verwijscijfer van de huisarts beïnvloedt. In deze (cross-sectionele) onderzoeken wordt heel vaak geconstateerd dat sprake is van een negatieve relatie: hoe groter de afstand, hoe lager het verwijscijfer. Preciezer gezegd: huisartsen die ver van een ziekenhuis praktiseren hebben in het algemeen lagere verwijscijfers dan hun collega's die dicht bij een ziekenhuis zijn gevestigd. De verschillende onderzoeken worden onder andere besproken door Dopheide¹.

De vaste relatie tussen de hoogte van het verwijscijfer en de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis is frappant. Zonder een verklaring die inzicht geeft in het achterliggende mechanisme is de beleidsrelevantie echter gering. Een beleids optie om ziekenhuisvoorzieningen zo ver mogelijk van de patiënten vandaan te situeren komt immers nogal merkwaardig over.

Een mogelijkheid om het mechanisme van de relatie tussen het verwijscijfer en

T. J. J. M. T. Kersten

Met de komst van het Zuiderzeeziekenhuis zou het verwijscijfer van de huisartsen in Lelystad aanzienlijk stijgen, dacht men. NIVEL-onderzoeker Drs. T. J. J. M. T. Kersten, projectleider voor het themagebied relatie tussen eerste en tweede lijn, vond uit dat het anders heeft uitgespeeld: het verwijscijfer bleef nagenoeg gelijk, het aantal opnames steeg.

de afstand tot het ziekenhuis te onderzoeken deed zich voor in Lelystad. Daar werd in 1982 het Zuiderzeeziekenhuis geopend. De bevolking van Lelystad was daarmee niet langer aangewezen op ziekenhuizen die tot 20 kilometer ver weg lagen. Verder veranderde er in de situatie in principe niets: de huisartsen

bleven dezelfde, de patiëntenpopulatie veranderde niet; alleen de afstand tot het ziekenhuis werd kleiner. Voor onderzoekers is dit een ideale situatie, omdat er als het ware een natuurlijk experiment plaatsvindt. Door in een longitudinale studie nauwkeurig te registreren wat er – in casu bij huisartsen en patiënten – gebeurt is het mogelijk naar een verklaring te zoeken voor een interessant fenomeen – in casu de vaste relatie tussen de hoogte van het verwijscijfer en de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Omdat een controlegroep ontbreekt, is het uiteraard tot op zekere hoogte wel een probleem vast te stellen welke effecten specifiek aan de opening van het ziekenhuis kunnen worden toegeschreven.

Centrale probleemstelling in het onderzoek is: hoe is de negatieve relatie tussen de afstand tot het ziekenhuis en de hoogte van het verwijscijfer te verklaren? Van dit in Lelystad uitgevoerde onderzoek is een uitgebreid verslag gepubliceerd onder de titel: 'Een ziekenhuis op nieuw land'².

MOGELIJKE VERKLARINGEN

Zoals bekend, zijn in het verwijscijfer globaal drie componenten te onderscheiden. Behalve 'administratieve verwijzingen' (deze bestaan vooral uit de zogeheten verlengingsverwijzingen, die de huisarts geeft op verzoek van de specialist als de geldigheid van de vorige verwijskaart na één jaar is verstreken) zijn dat enerzijds de verwijzingen op initiatief van de huisarts en anderzijds de verwijzingen op initiatief van de patiënt. Schattingen van het aandeel van de laatste categorie lopen uiteen van 20% tot 50%³. Om de invloed van de afstand op het verwijscijfer te verklaren richten we ons hier op huisarts en patiënt als de belangrijkste actoren in het verwijsp proces.

Als afstand via de huisarts op het verwijscijfer inwerkt, dan zou dat te zien zijn in een dalend aandeel van de verwijzingen op initiatief van de huisarts bij een groter wordende afstand. Ervan uitgaande dat de zorgbehoefte van patiënten bij kleine en grote afstand gelijk is, zou dat betekenen dat huisartsen op grotere afstand van het ziekenhuis meer zelf doen; deze huisartsen zouden zelf meer diagnostiek doen, meer EHBO- en kleine-chirurgiepatiënten zelf behandelen en door middel van terugbestelcontacten en visites ook meer van hun chronische patiënten zelf onder controle houden. Dit alles komt dan voort uit een bredere taakopvatting, die bijvoorbeeld zou kunnen zijn ingegeven door de overweging van de huisarts op grote afstand van het ziekenhuis dat het lange reizen bezwaarlijk is voor de patiënt.

De lange reis naar het ziekenhuis zou ook rechtstreeks invloed kunnen uitoefenen op de patiënt. De verwijzingen komen, zoals we zagen, voor een aanzienlijk deel tot stand op verzoek van de patiënt. De patiënt laat bij zijn beslissing de huisarts om een verwijzing te vragen de kosten en moeite van het reizen naar de specialist meewegen. Bij grotere afstand vragen patiënten minder vaak om een verwijskaart, luidt dan de redenering.

De verklaring dat de afstand tot het ziekenhuis het verwijscijfer beïnvloedt via de taakopvatting van de huisarts sluit de interpretatie die via de patiënt loopt niet uit. Bij de start van het Lelystadse onderzoek hadden we dan ook geen uitgesproken verwachtingen met betrekking tot de omvang van de veranderingen op beide trajecten. Wat wel vast leek te staan was dat het verwijscijfer niet al te lange tijd na de opening van het Zuiderzeeziekenhuis drastisch zou gaan stijgen.

OPZET ONDERZOEK

Centraal bij de opzet van het onderzoek stond de gedachte alle stappen in de boven beschreven verklaringen voor de relatie tussen de afstand en het verwijscijfer zo goed mogelijk zichtbaar te maken. Daardoor zou gedetailleerd kunnen worden nagegaan welke veranderingen er optreden als gevolg van de komst van het ziekenhuis. Voor het in kaart brengen van zo'n veranderingsproces zijn verschillende peilingen nodig. *Figuur 1* laat de opzet van het onderzoek zien.

We zullen hieronder de verschillende methoden van dataverzameling bespreken.

Invloed van de patiënt

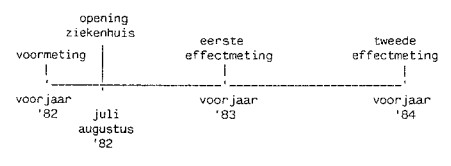
De invloed die de patiënt op het verwijscijfer heeft houdt concreet in dat hij de huisarts laat merken dat hij naar de specialist wil. Met de sociaal-psychologische theorie over 'reasoned action' van Ajzen en Fishbein op de achtergrond gaan we ervan uit dat patiënten dat niet zomaar doen⁴. Ze maken op een intuïtieve manier een kosten-batenafweging. Patiënten wegen de voordelen van een bezoek aan de specialist, zoals zij die waarnemen (bijvoorbeeld behandeling door een arts met specialistische deskundigheid), af tegen de nadelen (zoals de kosten, de moeite en de tijd die het reizen meebrengt).

Om na te gaan of het in de praktijk zo werkt als we hierboven veronderstellen, hebben we een onderzoek verricht met behulp van een schriftelijke vragenlijst bij een representatieve steekproef van 1.200 personen uit de bevolking. Volgens het schema in *figuur 1* hebben deze 1.200 mensen vóór, kort na en langere tijd na de opening van het ziekenhuis dezelfde enquête ingevuld. Op deze wijze konden veranderingen in de tijd worden vastgesteld. De respons in de verschillende jaren lag rond de 70%.

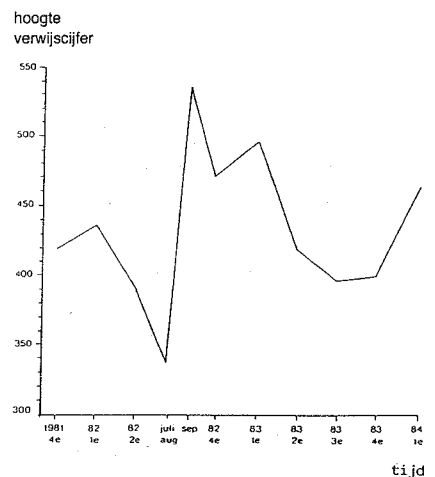
Invloed van de huisarts

Op gelijksoortige wijze als de patiënten hebben ook de 16 Lelystadse huisartsen meermalen een enquête ingevuld, zodat we eventuele veranderingen in hun taakopvattingen konden meten. Tevens registreerden de huisartsen driemaal in de onderzoeksperiode gedurende tien dagen allerlei aspecten van hun consulten en visites; zo konden we eventuele veranderingen in de wijze waarop de huisarts zijn praktijk uitoefent vaststellen.

Figuur 1. Onderzoekopzet.



Figuur 2. Aantal verwijzingen per 1.000 RZZ-verzekerden.



Bron: Regionaal Ziekenfonds Zwolle.

Te verklaren variabelen

Om na te gaan of er veranderingen optraden in het aantal verwijzingen op initiatief van de huisarts, respectievelijk op initiatief van de patiënt, registreerden de Lelystadse huisartsen gedurende negen weken van alle verwijzingen wie de initiatiefnemer was: de huisarts of de patiënt. Daarnaast zijn cijfers over het totaal aantal verwijzingen (ongeacht de initiatiefnemer) beschikbaar gesteld door het Regionaal Ziekenfonds Zwolle. Tot slot werden gegevens verzameld met betrekking tot het aantal ziekenhuisopnamen van Lelystedelingen; dit min of meer terzijde van de hoofdvraag van het onderzoek.

RESULTATEN

Veranderingen in het verwijscijfer

We zullen beginnen met de hoofdzak: hoe heeft het verwijscijfer van de Lelystadse huisartsen zich voor en na de opening van het ziekenhuis ontwikkeld? *Figuur 2* geeft een overzicht. In de grafiek zijn de aantallen verwijskaarten per 1.000 ziekenfondsverzekerd-

den voor alle Lelystadse huisartsen gezamenlijk weergegeven. Op de horizontale as is de tijd uitgezet. Op de verticale as is de hoogte van het verwijscijfer te vinden. Duidelijk is te zien dat het verwijscijfer vóór de opening van het ziekenhuis (juli/augustus 1982) daalt: huisartsen en patiënten stellen de verwijzing uit tot het ziekenhuis dichterbij is gekomen. Staat het ziekenhuis er, dan is er een duidelijke piek, die wijst op het inhaaleffect (mogelijk is optreden van het dal, respectievelijk de piek, in het verwijscijfer nog versterkt door de zomervakantie). In het tweede kwartaal van 1983 is dit effect verdwenen. Daarna lijkt opnieuw een stijging van het verwijscijfer in te zetten. Of deze stijging de aanzet is tot een definitief hoger verwijscijfer is op dit moment niet te zeggen. LISZ-cijfers voor heel 1984 komen op 375 verwijskaarten per 1.000 verzekerden uit; dit wijst voornamelijk niet op een verdere stijging.

Op deze plaats moeten we constateren dat onze belangrijkste voorspelling *niet* is uitgekomen: na de komst van het ziekenhuis is het verwijscijfer *niet* aanzienlijk gestegen. Daarmee komt de rest van het huidige onderzoek in een wat ander daglicht te staan. Het onderzoek is opgezet om te verklaren waarom het verwijscijfer hoger is bij een kleinere afstand tot het ziekenhuis. Dat is nu uiteraard niet mogelijk. We kunnen wel kijken of er in de samenstelling van het verwijscijfer niets is veranderd. Dat lijkt toch onwaarschijnlijk. Omdat in elk geval de reistijd voor de patiënt aanzienlijk is afgenomen, zou men mogen verwachten dat in het totale verwijscijfer het aandeel van de verwijzingen dat plaatsvindt op initiatief van de patiënt is toegenomen.

Verwijzingen uitgesplitst naar de initiatiefnemer

Om de beginnen zullen we het verwijscijfer uiteenleggen in zijn verschillende onderdelen.

Tabel 1 maakt duidelijk dat het aantal verwijzingen op verzoek van de patiënt in 1983 (na de opening van het ziekenhuis) is gestegen. Dat blijkt vooral samen te hangen met het teruggelopen aantal verlengingsverwijzingen. Patiënten die normaal gesproken een verlengingsverwijzing zouden hebben gevraagd voor hun specialist in Amsterdam, Kampen, Emmeloord etc. gingen nu vragen om een nieuwe verwijskaart voor het Zuiderzeeziekenhuis. Het gaat hier dus om een verschuiving die een inherent gevolg is

Tabel 1. Typen verwijzingen in procenten.

	1982	1983	1984
initiatief patiënt	21	25	24
initiatief huisarts	38	39	33
verlengingsverwijzingen	29	22	31
overig	12	14	12
totaal	100%	100%	100%

Tabel 2. Percentage respondenten dat tegenover de huisarts heeft laten blijken naar de specialist te willen.

	1982	1983	1984
niet	76	76	74
wel	24	24	26
	100%	100%	100%

van de komst van het ziekenhuis en die op zichzelf niet erg interessant is. In 1984 zien we dan ook dat het aandeel van de verlengingsverwijzingen terug is op het niveau van 1982 of zelfs iets hoger ligt.

Het patiëntenaandeel is echter niet teruggezet op het niveau van 1982: het blijft wat hoger, terwijl het percentage verwijzingen op initiatief van de huisarts met zo'n 5% is gedaald. In absolute zin is het totaal aantal verwijzingen niet gestegen, maar er lijkt dus wel een kleine verschuiving tussen huisarts en patiënt te zijn opgetreden.

Daarbij moeten we bedenken dat de cijfers tot stand zijn gekomen door middel van registratie door de huisarts: hij heeft per verwijskaart aangegeven of het zijn eigen initiatief was of dat van de patiënt of dat het om een verlengingsverwijzing ging, etc. Laten we daarom eens kijken of de patiënten zelf ook vinden dat zij vaker op een verwijzing zijn gaan aandringen. Tabel 2 geeft een overzicht van het percentage patiënten uit de onderzochte steekproef van de Lelystadse bevolking dat aangeeft de huisarts te hebben laten blijken naar de specialist te willen. Duidelijk is dat dit percentage voor en na de opening nagenoeg gelijk is gebleven. De lichte stijging in 1984 komt overeen met wat we in de huisartsenregistratie zagen. Wellicht dat dus toch een iets groter deel van de verwijzingen voor rekening van de patiënt komt na de opening van het ziekenhuis.

De vraag is nu: zijn dergelijke betrekkelijk kleine veranderingen wel te rijmen met het feit dat de reistijd die met een bezoek aan de specialist heengaat drastisch is afgenomen? Is dat dan nergens terug te vinden?

Kosten-batenafweging door patiënten

In de enquête onder de bevolking van Lelystad blijkt dat verkorting van de reistijd wel degelijk is terug te vinden. Patiënten vinden inderdaad dat de 'kosten' van het bezoek aan de specialist aanzienlijk zijn verminderd: zowel de reiskosten, de reistijd als de moeite die men moet doen voor een bezoek aan de specialist.

Opvallend genoeg blijkt dit echter weinig te maken te hebben met de houding van patiënten ten aanzien van het verwijzen. Het is alsof de patiënten redeneren: 'Als het om je gezondheid gaat, spelen kosten geen rol'. Uitgaande van de baten die men verwacht van specialistische behandeling is het namelijk tot op zekere hoogte mogelijk te voorspellen of patiënten bij hun huisarts op verwijzing zullen aandringen. Naarmate patiënten meer positieve verwachtingen hebben ten aanzien van een specialistische behandeling zijn zij vaker van plan de huisarts om een verwijskaart te vragen als ze bepaalde gezondheidsklachten hebben. Of patiënten hun huisarts uiteindelijk om een verwijskaart vragen hangt vooral af van hoe zij hun gezondheidstoestand ervaren: mensen die minder tevreden zijn over hun gezondheid, vragen hun huisarts vaker om een verwijskaart, en dat blijft hetzelfde, of het ziekenhuis nu veraf is of dichtbij.

Taakopvatting van de huisartsen

Bij de patiënten lijkt dus in essentie niet zoveel te zijn veranderd door de komst van het ziekenhuis. Hoe zit dat nu bij de huisartsen? We verwachtten, zoals reeds werd opgemerkt, een stijging van hun aandeel in het verwijscijfer, als gevolg van een wat versmalde taakopvatting. Uit de cijfers valt die stijging echter niet af te leiden. Zoals we zagen is het aantal verwijzingen op initiatief van de huisarts eerder gedaald dan gestegen. De gegevens uit de enquête onder huisartsen sluiten daarbij aan.

De enquête wijst uit dat er eerder sprake is van een verbreding dan van een versmalling in de taakopvatting van de huisartsen. In het uitvoeren van diagnostiek en behandeling zijn voor en na de opening geen veranderingen opgetreden. Huisartsen blijven dezelfde soorten diagnostiek doen. Maar als het bijvoorbeeld gaat om een gemeenschappelijk werkterrein van huisarts en specialist – de chronische patiënten – dan willen huisartsen na de opening meer zelf doen. En ook in

zijn algemeenheid vragen huisartsen na de opening om een groter aandeel in de bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Eigenlijk moeten we stellen: een nog groter aandeel, want de Lelystadse huisartsen hebben toch al een bredere taakopvatting dan de gemiddelde Nederlandse huisarts.

Veranderingen in de huisartspraktijk

We spreken hierboven over enquêtegegevens, dus over wat huisartsen zeggen dat ze doen. Als we naar de contactregistratie in de praktijk kijken, blijkt dan hetzelfde?

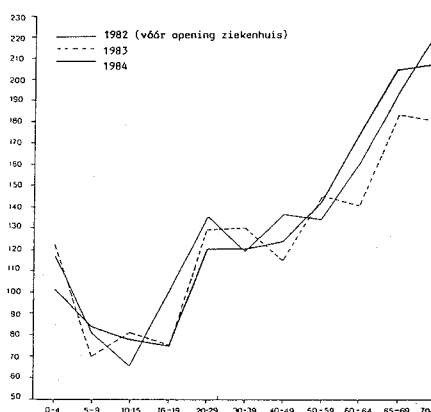
In grote lijnen kan het antwoord op deze vraag bevestigend zijn. Er blijkt sprake van een zekere toename van het aantal contacten tussen huisarts en chronische patiënten. In 1982 had 20% van de spreekuurconsulten betrekking op chronische klachten, terwijl het in 1983 en 1984 om 24% ging; een stijging van 4% dus.

De stijging bij de visites aan huis ligt in dezelfde orde van grootte. Als het hier om een taakuitbreiding gaat die door de huisartsen bewust is nagestreefd, is het alleen vreemd dat uit de registratie niet blijkt dat het aantal terugbestelcontacten voor chronische patiënten is toegenomen.

De diagnostiek verricht op initiatief van de huisarts blijkt ook wat te zijn toegenomen. Het aantal spreekuurconsulten waarin een verwijzing voor laboratorium- of röntgenonderzoek plaatsvindt steeg van 11% in 1982 tot respectievelijk 13% en 14% in 1983 en 1984. Dat lijkt niet zo veel, maar als men het uitdrukt in de hoeveelheid verwijzingen voor het uitvoeren van diagnostiek gaat het om een stijging van 30%. De huisartsen zien in de nabijheid van het ziekenhuis klaarblijkelijk een vergroting van hun diagnostische mogelijkheden.

Voor de rest blijken er in de huisartspraktijk geen grote veranderingen te zijn opgetreden die duidelijk in verband kunnen worden gebracht met de komst van het ziekenhuis. Nemen we bijvoorbeeld het aantal contacten tussen huisarts en patiënt. Stel dat patiënten de polikliniek van het ziekenhuis als alternatief voor de spreekkamer van de huisarts zijn gaan zien, dan zou er een daling in het aantal huisarts-patiëntcontacten hebben kunnen optreden. In *figuur 3* is de ontwikkeling in het aantal contacten te zien. Op de horizontale as staat de leeftijd van de patiënten in categorieën en op de verticale as het aantal contacten. Duidelijk is te

Figuur 3. Contacten per leeftijdscategorie.



Tabel 3. Opnamen per 1.000 ziekenfondsverzekerden, woonachtig in Lelystad.

	in Lelystad	elders	totaal
1981	-	109,7	109,7
1982	33,3	92,0	125,3
1983	123,3	36,1	159,4
1984	121,1	32,3	153,4

Bron: LISZ.

zien dat bij de mensen onder de 20 jaar de meeste contacten plaatsvinden met de 0- tot 4-jarigen. De sterkste toename in het aantal contacten vindt plaats na het 50ste jaar. De dunne lijn geeft de situatie in 1982 weer, de stippellijn de situatie in 1983 en de dikke lijn die in 1984. Duidelijk is dat de aantallen contacten in de verschillende jaren per leeftijdscategorie wel wat schommelen, maar over het geheel genomen is er geen verschil.

Ziekenhuisopnamen

De lezer zal zich waarschijnlijk zo langzamerhand afvragen: is er dan door de komst van het ziekenhuis niets écht veranderd? Nu, dat is wel het geval. Maar de verandering ligt enigszins buiten de centrale vraagstelling van dit onderzoek. Uit LISZ-gegevens blijkt namelijk dat het aantal opnamen behoorlijk is toegenomen.

Tabel 3 laat de ontwikkeling van het aantal opnamen zien. De cijfers in de kolom 'totaal' maken duidelijk dat het aantal opnamen sinds de opening van het ziekenhuis in 1982 aanzienlijk is toegenomen. De stijging heeft met de komst van het Zuiderzeeziekenhuis te maken. In 1983 wordt namelijk het overgrote deel (77%) van de Lelystedelingen ook in Lelystad opgenomen. Het aantal opnemingen

in 1983 alleen in Lelystad is 12% hoger dan het totaal aantal opnemingen in alle ziekenhuizen in 1981. De cijfers voor het jaar 1984 liggen voor het Lelystadse ziekenhuis in dezelfde orde van grootte als het jaar ervoor. Blijkbaar is de Lelystadse specialist (wellicht als gevolg van de toename van het aantal beschikbare bedden) eerder geneigd tot opname dan zijn collega's die vroeger de patiënten uit Lelystad behandelden. Wellicht speelt, anders dan bij het verwijscijfer, hierin de afstand wel een rol. Doordat het ziekenhuis dichterbij is gekomen is een opname minder bezwaarlijk geworden voor een patiënt; deze kan bijvoorbeeld gemakkelijker door familie en bekenden worden bezocht. Impliciet of expliciet houdt de specialist daar misschien rekening mee in zijn opnamebeleid. Wellicht heeft bij het opnamebeleid ook een rol gespeeld dat de jonge Lelystadse specialisten voor een belangrijk deel afkomstig waren uit de setting van academische ziekenhuizen. Tenslotte zou er bij het aantal opnames ook sprake kunnen zijn van een inhaaleffect. Patiënten met weinig urgente klachten hebben hun opname uitgesteld tot het ziekenhuis in Lelystad er was. De geringe teruggang van het opnamecijfer in 1984 maakt deze verklaring echter minder waarschijnlijk.

CONCLUSIE

Terug naar ons hoofdonderwerp: het verwijzen. Wat zijn de belangrijkste conclusies naar aanleiding van ons onderzoek? Die vraag willen we eerst belichten van de kant van de patiënt en daarna van die van de huisarts.

Op grond van het hier bescheven onderzoek lijkt de conclusie gewettigd te zijn dat voor de patiënten afstand geen rol speelt. Bij zijn voornemen de huisarts om een verwijskaart te vragen spelen vooral de baten die de patiënt van een verwijzing verwacht een rol. Of de patiënt uiteindelijk wél of niet om een verwijskaart vraagt blijkt vervolgens vooral samen te hangen met hoe hij zijn gezondheidstoestand ervaart: is die slecht, dan vraagt hij eerder om een verwijzing.

De huisartsen in Lelystad lijken niet erg te zijn veranderd door de komst van het ziekenhuis. Dat geldt voor hun opvattingen met betrekking tot de taakafbakening tussen huisarts en specialist, maar ook voor hun feitelijke praktijkvoering en hun verwijsbeleid. Ze zijn in elk geval niet méér gaan verwijzen. Het lijkt er eerder op dat het aandeel in het verwijscijfer

cijfer dat voor hun rekening komt iets is teruggelopen. Hun gemotiveerdheid om bij de tweedelijnsbehandeling van patiënten betrokken te zijn is zelfs wat groter geworden. Doordat het ziekenhuis dichterbij is gekomen kan dat in de praktijk ook.

De grote vraag is nu uiteraard: waarom is het verwijscijfer, tegen alle verwachtingen in, niet gestegen? Daarbij moeten we aantekenen dat het gemakkelijker is om met onderzoek te verklaren waarom iets *wel* gebeurt dan waarom iets *niet* plaatsvindt.

– Onze belangrijkste veronderstelling is dat de huisartsen zich enigszins schrap hebben gezet om de veranderingen die de komst van het ziekenhuis meebracht het hoofd te bieden; dat uit zich bijvoorbeeld in de verbreding van hun taakopvatting.

– Ook is het mogelijk dat de huisartsen minder behoefden te verwijzen, in de veilige gedachte dat als er complicaties bij een patiënt optreden het ziekenhuis in de buurt is.

– Een andere mogelijkheid is dat de huisartsen enigszins hun best hebben gedaan te laten zien dat de onderzoekers ongelijk hadden (het bekende Hawthorne-effect): in de voorbereidende gesprekken prezen zij het onderzoek aan door melding te maken van de intrigerende negatieve relatie tussen afstand en verwijscijfer; in Lelystad zou die relatie zich openbaren, zo was de verwachting.

– Een laatste mogelijke verklaring die we hier willen bespreken houdt in dat de stijging van het verwijscijfer nog moet komen. Voor deze veronderstelling zijn twee aanleidingen.

In de eerste plaats is het niet duidelijk of het aantal verlengingsverwijzingen begin 1984, toen ons onderzoek stopte, al was gestabiliseerd. Voorstelbaar is dat het aantal patiënten dat langdurige specialistische behandeling behoeft nog niet volledig tot uitdrukking komt in de verlengingsverwijzingen, omdat veel patiënten door de komst van het ziekenhuis administratief gezien met een schone lei zijn begonnen. Als deze redenering juist is, zou het verwijscijfer de komende jaren met een toenemend aantal verlengingsverwijzingen nog gaan stijgen. Dé vraag is wat hierbij de invloed zal zijn van een specifiek element in de Lelystadse situatie, namelijk dat de specialisten in loondienst zijn; bij de verlengingsverwijzing speelt immers met name het initiatief van de specialist een rol.

Een andere aanleiding om te denken dat het verwijscijfer nog verder zal stijgen heeft aan de ene kant te maken met de huisarts en aan de andere kant met de patiënt. Veranderingen in het verwijscijfer die via de taakopvatting van de huisarts tot stand komen zullen hun tijd nodig hebben. Het is onwaarschijnlijk dat de Lelystadse huisartsen in twee jaar tijd hun instelling van huisarts-in-de-polder zouden inruilen voor de taakopvatting

van een huisarts in de stad. Ook is het de vraag hoe patiënten op de langere termijn zullen reageren op de komst van het ziekenhuis. Evenals de huisartsen zullen zij misschien pas in de loop van de tijd hun mentaliteit aanpassen. Wellicht is het echter zo dat het huidige onderzoeksresultaat stabiel blijkt. Op het niveau van de patiënt werd in een onderzoek op basis van gegevens uit de CBS-gezondheidsenquête de bekende negatieve relatie tussen afstand tot het ziekenhuis en verwijscijfer namelijk ook niet gevonden⁵.

Al met al lijkt er aanleiding te zijn om in de toekomst studie te maken van de ontwikkelingen op middellange termijn. In deze studie kunnen dan ook de ontwikkelingen rond het opnamecijfer meer in detail worden onderzocht. □

Literatuur

1. Döpheide JP. Relatie tussen eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg. In: Sluys EM et al. Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn. Utrecht: NIVEL, 1985.
2. Dopheide JP (red), Kersten TJMT, Nijhout FP, Speld GDJ van der. Een ziekenhuis op nieuw land. Utrecht: NIVEL, 1986.
3. Krol LJ. De consument als leidend voorwerp in de gezondheidszorg. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1985.
4. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall, 1980.
5. Wijkel D. Lagere (ziekenfonds)verwijscijfers van gezondheidscentra: gezondere patiënten of sterker gemotiveerde artsen? Gezondheid en Samenleving 1985; 6, no. 3

PRAKTIJKPERIKELLEN

Terug

Mevrouw X is terug in de eerste lijn. Drie maanden terug heb ik haar verwezen naar de KNO-arts, collega A. In de verwijfsbrief heb ik vermeld dat mevrouw hem wilde consulteren in verband met haar kriebelhoest. Verder vermeldde ik dat mevrouw bij ons bekend was met een diabetes mellitus, een cholelithiasis, een hypertensie en een adipositas, maar dat daaromtrent geen problemen waren en dat daarin dan ook geen reden lag om haar te verwijzen.

Om een lang verhaal kort te maken: collega A vond geen afwijkingen die de kriebelhoest verklaarden. In verband met nevenbevindingen bij het onderzoek stuurde hij mevrouw door naar collega B, internist. Deze vond bij zijn onderzoek dingen die bij ons al bekend waren en stuurde mevrouw vervolgens door naar de chirurg vanwege de cholelithiasis, die bij ons ook al jaren bekend was en met rust was gelaten omdat hij geen klachten had gegeven.

De operatie verliep overigens vlot, maar toen ik mevrouw X daarna in het ziekenhuis bezocht klaagde ze erover dat de wond zo'n pijn deed als ze moest hoesten. Het advies de wond dan vast te houden hielp wel wat, maar de kriebelhoest bleef hinderlijk. Verder kreeg mevrouw het advies zo gauw ze weer thuis was maar eens naar de huisdokter te gaan om naar dat hoesten te laten kijken . . .

Met vriendelijke groeten in afwachting verblijvend van hun reactie, schreef ik het voorgaande in een brief aan de genoemde drie collegae. De chirurg reageerde. Van A noch B heb ik ooit iets gehoord.

Korte door artsen geschreven signalementen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie van Medisch Contact.