

# Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen

Hans Peter Jung, Thomas Jung, Sil Liebrand, Machteld Huber, Snežana Stupar-Rutenfrans, Michel Wensing

**In een implementatietraject voor praktijkverkleining in een Noord-Limburgse plattelandspraktijk is een waarnemer in deeltijd aangesteld zodat elke huisarts meer tijd kon nemen voor een patiënt. Alle praktijkmedewerkers kregen scholing in 'positieve gezondheid' en de huisartsen werkten nauw samen met het sociale team van de gemeente. Het aantal verwijzingen naar een medisch specialist nam met een kwart af, het aantal spoedverwijzingen bleef gelijk.**

In het juninummer van *de Dokter* gaf de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) aan dat praktijkverkleining en meer tijd voor de patiënt de belangrijkste speerpunten zijn geworden voor de vereniging.<sup>1</sup> De LHV wil dat de normpraktijk wordt verkleind van 2168 naar 1800 patiënten. Dat moet ruimte opleveren voor de reeks taken die de huisarts erbij heeft gekregen en voor de toename van het aantal contacten per patiënt per jaar.<sup>2</sup> Meer tijd per patiënt komt de kwaliteit van de zorg ten goede, vermindert de werkdruk en werkt uiteindelijk ook kostenbesparend, aldus de LHV. Wetenschappelijk onderzoek ondersteunt dat: meer tijd voor de patiënt leidt tot betere kwaliteit van zorg en tot hogere patiënttevredenheid.<sup>3-5</sup> Ook is gebleken dat een hoge werkdruk samenhangt met minder werkplezier voor de huisarts en met de wens om te stoppen met het huisartsenvak.<sup>6</sup>

## PRAKTIJKVERKLEINING EN AANDACHT VOOR POSITIEVE GEZONDHEID

In 2015 heeft Huisartsenpraktijk Afferden, een duopraktijk met ongeveer 2750 patiënten op het platteland van Noord-Limburg, in samenwerking met zorgverzekeraar VGZ

### DE KERN

- Bekend is dat alleen praktijkverkleining niet voldoende is om het aantal verwijzingen te reduceren.
- Praktijkverkleining in combinatie met een wekelijkse casusbespreking en werken volgens de dimensies van positieve gezondheid resulteert in 25% minder verwijzingen.
- Het is niet bekend welke van de praktijkveranderingen het meest bijdraagt aan de reductie in verwijzingen.

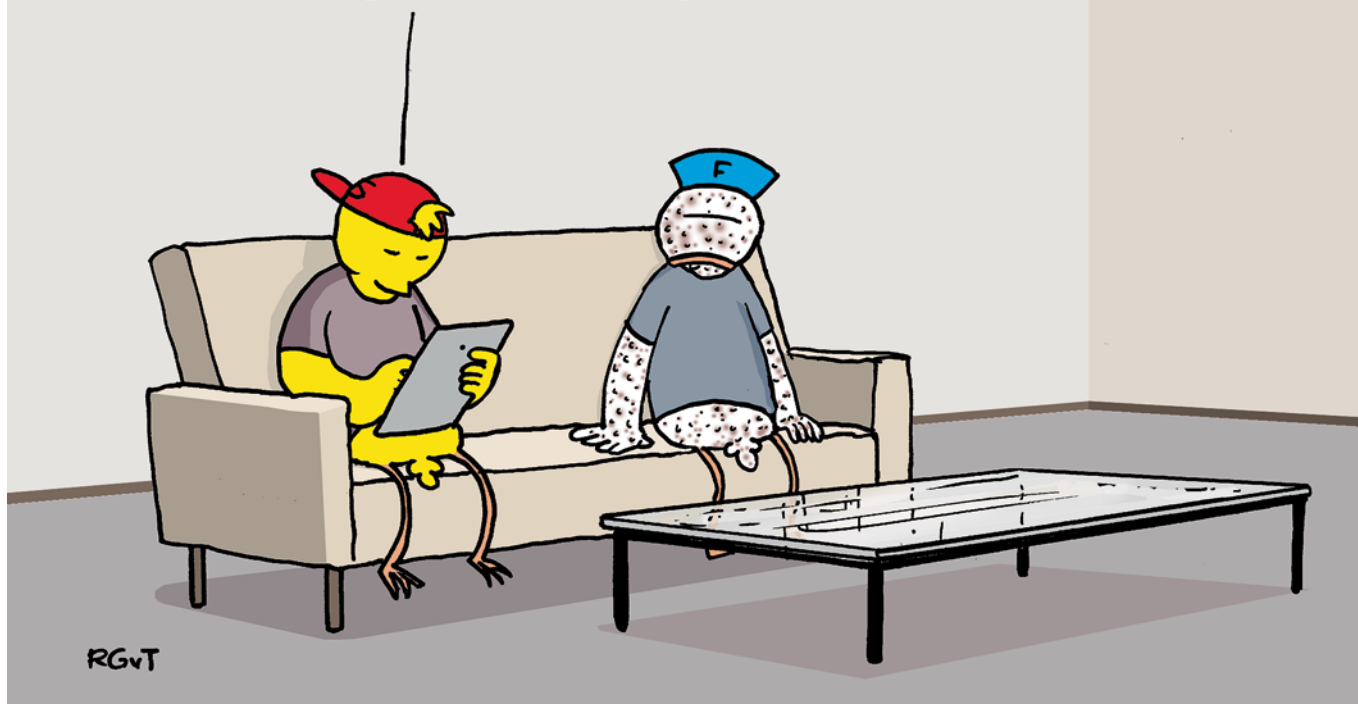
en zorggroep Syntein een programmavoorstel uitgewerkt in het kader van het Netwerk Positieve Gezondheid Noordelijke Maasvallei.<sup>7</sup> De huisartsenpraktijken in dit netwerk streven ernaar recht te doen aan de verschillende dimensies van het begrip 'positieve gezondheid': mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen, dagelijks functioneren en lichaamsfuncties.<sup>8-10</sup> Als deze benadering zinvol lijkt bij een patiënt, moet de huisarts daarvoor extra consulttijd kunnen uittrekken. Daarom werden in de praktijkorganisatie vier veranderingen doorgevoerd.

- Per 1 oktober 2015 werd de praktijkgrootte teruggebracht van 2300 naar 1810 patiënten per fulltime huisarts door een waarnemer aan te trekken voor twee dagen per week. De feitelijke toename van 1,2 naar 1,6 fte praktijkbezetting werd bekostigd door VGZ.
- De praktijk kreeg toestemming voor een andere vorm van financiering. Vanaf 1 januari 2016 declareerde ze geen verrichtingen meer; voor de jaren 2016 en 2017 werd een vast bedrag per patiënt afgesproken op basis van de omzetcijfers over 2015.
- Vanaf 1 mei 2016 hielden de drie huisartsen wekelijks een onderlinge bespreking waarin ze de verwijzingen van de afgelopen week inhoudelijk beoordeelden.
- Alle praktijkmedewerkers doorliepen tussen januari 2015 en juni 2017 leertrajecten zodat ze in de consulten aandacht konden geven aan de verschillende dimensies van het begrip 'positieve gezondheid'.<sup>8-10</sup>

Waar dat passend was, probeerden de huisartsen het medische circuit te vermijden en werkten ze samen met de patiënt aan een oplossing in het sociale domein of anderszins. Dat gebeurde met gesprekstechnieken, folders en bijeenkomsten in samenwerking met het sociale team van de gemeente Bergen, waar Afferden deel van uitmaakt. In het kader van dit programma werden de hele huisartsenpraktijk én het sociale team van de gemeente geschoold in positieve gezondheid. Deze scholingen, door onder andere Syntein, het Institute for Positive Health en Big Move, werden gefinancierd door VGZ en door ZonMw door middel van een kennisvoucher Positieve Gezondheid.<sup>11-14</sup> De vraagstelling van dit implementatietraject was: zorgden bovenstaande maatregelen voor een afname van het aantal ver-

## FOKKE & SUKKE HEBBEN DAAR EEN APP VOOR

BIJ DE GROEPSPRAKTIJK  
IN DE BLOEMENBUURT STAAT  
NU DE KORTSTE FILE!



wijzingen? Om dit te onderbouwen werden alle verwijzingen geregistreerd in Zorgdomein. De verwijzingen uit de periode van mei 2015 tot april 2016 (periode 1) werden vergeleken met die uit de periode van mei 2016 tot april 2017 (periode 2). Verwijzingen door de dokterspost in avond-, nacht- en week-enddiensten werden niet meegenomen in de analyses.

### EFFECT OP HET AANTAL VERWIJZINGEN

De [tabel] laat het verschil zien in het aantal verwijzingen in periode 1 en in periode 2. Voor de analyse gebruikten we de chikwatraattoets en de T-toets in de statistische module van Microsoft Excel 2016. In periode 1 werden 732 patiënten verwezen, in periode 2 waren dat er 549. Het aantal verwijzingen per 1000 patiënten nam af met 25%, van 268,2 naar 202,2. De

landelijke trend was juist een toename van 291,1 verwijzingen per 1000 ingeschreven patiënten in 2015 naar 303,6 in 2016, een stijging van 4%.<sup>15</sup>

Het aantal spoedverwijzingen bleef in absolute zin gelijk, in beide perioden waren er 77. Het lijkt erop dat de vermindering van het totaal aantal verwijzingen niet van invloed is op het aantal acute verwijzingen. Het aantal verwijzingen dat de praktijkassistente aan de balie of telefoon zelf afhandelde, nam af. Patiënten die de assistente om een verwijzing vroegen, werd voortaan verzocht een afspraak te maken op het spreekuur bij de huisarts.

### VERGELIJKING MET ANDER ONDERZOEK

Praktijkverkleining kost geld, maar als huisartsen hierdoor minder gaan verwijzen, doen ze minder vaak een beroep op dure tweedelijns zorg en kan op de kosten daarvan worden bespaard. Maar welk aantal verwijzingen is passend in een huisartsenpraktijk? Huisartsen met een laag verwijspercentage kunnen een gevaar voor hun patiënten zijn, huisartsen met een hoog verwijspercentage kunnen onnodige kosten genereren.<sup>16</sup> Alleen een inhoudelijke beoordeling kan uitwijzen of een verwijzing zinvol is.<sup>17,18</sup> De casuïstiek in de [bijlage] bij dit artikel illustreert dit. In een aantal onderzoeken naar de relatie tussen praktijkgrootte en aantal verwijzingen bleek die relatie juist omgekeerd aan onze bevinding: het aantal verwijzingen nam toe bij uitbreiding van de huisartscapaciteit.<sup>19,20</sup> De onderzoekers

**Tabel** Aantal verwijzingen voor en na praktijkverkleining

	Periode 1*	Periode 2†	p-waarde‡
Aantal verwijzingen	732	549	
Aantal verwijzingen per 1000 ingeschreven patiënten	268,2	202,2	<b>0,001</b>
Spoedverwijzingen	77 [10,5%]	77 [14,0%]	0,056
Verwijzingen door praktijkassistente	72 [9,8%]	26 [4,7%]	<b>0,001</b>

\* 1 mei 2015 tot en met 30 april 2016,

† 1 mei 2016 tot en met 30 april 2017.

‡ Chikwadraattoets; significante verschillen [ $p < 0,05$ ] zijn vet gedrukt.



Tijd voor patiënten in Huisartsenpraktijk Afferden.

Foto's: Margot Scheerder

concludeerden dat 'meer van dezelfde huisartsenzorg de druk op de tweede lijn amper zal verlagen' en stelden dat de druk op de tweede lijn alleen verlaagd kan worden als de uitbreiding van de huisartsencapaciteit gepaard gaat met een reorganisatie en heroriëntatie van de zorg.<sup>19</sup>

Voldoende tijd om met de patiënt in gesprek te gaan over wat de meest passende behandeling zou zijn en of een medische verwijzing daarbij zou passen, lijkt niettemin een belangrijke voorwaarde voor het verlagen van het aantal verwijzingen. Men kan in tien minuten makkelijk een verwijzing maken, maar een gesprek over de zinnigheid van die verwijzing vraagt meer tijd. Nee zeggen is niet makkelijk, zo luidt de conclusie van een kwalitatief onderzoek naar de attitude van huisartsen in het verwijzingsproces.<sup>21</sup>

## CONCLUSIE

In ons implementatietraject bleek het mogelijk het aantal verwijzingen met een kwart te verkleinen. Dit is een steun in de rug van het streven van de LHV naar een kleinere praktijkomvang van de huisartsenpraktijken in Nederland. Ons onderzoek laat geen uitspraken toe welk van de doorgevoerde veranderingen de meeste invloed had op de vermindering van het aantal verwijzingen. Maar als de daling van het aantal verwijzingen die wij waarnamen ook geldt voor andere praktijken, kan dat grote consequenties hebben voor de organisatie van de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg in Nederland. ■

► Zie ook: Van der Horst H, Bindels P, Assendelft P, et al. Hoogste tijd voor minder patiënten per huisarts. *Huisarts Wet* 2018;61:DOI: 10.1007/s12445-018-0062-y.

## LITERATUUR

1. Lambregtse C. Meer tijd voor de patient is de echte oplossing. *de Dokter* 2017;8(4):8-11.
2. Flinterman LE, Nielen MMJ, Kroneman M, Verheij RA. NIVEL Zorgregistraties eerste lijn: Contacten met de huisartsenpraktijk [internet]. Utrecht: NIVEL, 2017, <http://www.nivel.nl/node/4350>, geraadpleegd augustus 2017.
3. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ* 2001;323:784-7.
4. Van den Hombergh P, Künzi B, Elwyn G, Akkermans R, Van Doremalen J, Grol R, et al. High workload and job stress are associated with lower practice performance in general practice; an observational study in 239 general practices in the Netherlands. *BMC Health Serv Res* 2009;9:118.
5. Van den Hombergh P, Wensing M. Biedt de huisartspraktijk met meer tijd per patiënt beter zorg? *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;154:A1226.
6. Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *BMJ* 2003;326:22-6.
7. Netwerk positieve gezondheid Noordelijke Maasvallei [internet]. Boxmeer: Syntein; 2015-2017. <http://www.netwerkpositievegezondheid.nl>, geraadpleegd november 2017.
8. Huber M, Jung HP. Persoonsgerichte zorg is gebaat bij kennis van ziekte én van gezondheid. *Bijblijven* 2015;31:589-97.



9. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AJ, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ* 2011;343:d4163.
10. Huber, M, Van Vliet, M, Giezenberg, M, Winkens, B, Heerkens, Y, Dagnelie, PC, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open* 2016;5:e010091.
11. Institute for Positive Health [internet]. Utrecht: iPH, 2017, <https://ipositievehealth.com>, geraadpleegd augustus 2017.
12. GG-visie: Game changers in health [internet]. Amsterdam: Bette-ry Institute, 2017. <http://www.bigmove.nu/gg-visie>, geraadpleegd augustus 2017.
13. Nieuws: kennisvouchers Positieve Gezondheid beschikbaar [internet]. Den Haag: ZonMw, 2016.
14. Project: Positieve Gezondheidswijknetwerk in de gemeente Ber-gen (L) [internet]. Projectnr. 50004567. Den Haag: ZonMw, 2017.
15. Flinterman LE, Nielen MMJ, Verberne LDM, Kroneman M, Ver-heij RA. NIVEL Zorgregistraties eerste lijn: Samenvatting cijfers huisartsenzorg 2016 [internet]. Utrecht: NIVEL, 2017. <https://www.nivel.nl/node/4346>, geraadpleegd augustus 2017.
16. Jung HP, Mokkink H, Grol R. Verschillen tussen huisartsen in verwijzen, ziekenhuisopnamen en verrichtingen in de tweede lijn. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993;137:1120.
17. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outco-mes. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000260.
18. Roland M, Abel G. Reducing emergency admissions: are we on the right track? *BMJ* 2012;345:e6017.
19. Deraas TS, Berntsen GR, Hasvold T, Ringberg U, Førde OH. Is a high level of general practitioner consultations associated with low outpatients specialist clinic use? A cross-sectional study. *BMJ Open* 2013;3:e002041.
20. Christensen B, Sorensen HT, Mabeck CE. Differences in referral rates from general practice. *Fam Pract* 1989;6:19-22.
21. Carlsen B, Norheim OF. 'Saying no is no easy matter': A qua-litative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC Health Serv Res* 2005;5:70.

Jung HP, Jung T, Liebrand S, Huber M, Stupar-Rutenfrans S, Wen-sing M. Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen? *Huisarts Wet* 2018;61:DOI: 10.1007/s12445-018-0062-y.

Huisartsenpraktijk Afferden, Afferden: dr. H.P. Jung, huisarts, hpjung@hapfferden.nl. University College Roosevelt, Utrecht: T. Jung, student; dr. S. Stupar-Rutenfrans, docent Methoden en Statistiek. Zorggroep Syntein, Boxmeer: S. Liebrand, MSc, psycholoog. Institute for Positive Health, Utrecht: dr. M. Huber, arts-onderzoeker. Medizinische Fakultät Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung: prof.dr. M. Wensing, gezondheidszorgonderzoeker.

Mogelijke belangenverstremgeling: Dit implementatietraject is uitgevoerd op initiatief van de eerste auteur in overleg met zorg-groep Syntein en zorgverzekeraar VGZ. De extra waarneming en het abonnementssysteem werden bekostigd door VGZ. Voortzetting van de financiering en uitbreiding naar andere praktijken zijn mede afhan-lijk van de resultaten van dit onderzoek.

## CASUÏSTIEK VAN VERWIJZINGEN, VERZAMELD TUSSEN 1 MEI 2016 EN 1 MEI 2017

Online bijlage bij Jung HP, Jung T, Liebrand S, Huber M, Stupar-Rutenfrans S, Wensing M. Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen? *Huisarts Wet* 2018;61(3):DOI: 10.1007/s12445-018-0062-y.

Casus	Verwijzingsdruk door
<p><b>Vrouw 66 jaar</b> heeft de afspraak met de dermatoloog dat ze jaarlijks gecontroleerd dient te worden voor een actinische keratose in gelaat en ar-men. Dermatoloog wil alleen kijken als wij verwijskaart meegeven aan patiënt. Onzes inziens is verwijzing niet nodig en zou het plekje eventueel met teledermatologie beoordeeld kunnen worden. Daarnaast blijkt dat de dermatoloog de patiënt jaarlijks laat terugkomen. Volgens de richtlijnen van de Nederlandse Zorgautoriteit is dan geen herhaalverwijzing nodig. Wij besluiten geen verwijzing uit te schrijven. Twee maanden later komt patiënte op spreekuur met de mededeling dat de dermatoloog haar toch beoordeeld heeft [zonder verwijsbrief]. De dermatoloog heeft aangegeven dat er niets hoeft te gebeuren, maar kijkt meteen maar even naar haar benen en oordeelt dat patiënte vanwege het zware gevoel dat ze heeft behandeld moet worden aan haar spataderen. Hiervoor heeft ze dan wel een verwijskaart nodig van de huisarts en ze adviseert om hiervoor een afspraak met de huisarts te maken, wat patiënte heeft gedaan. Bij lichamelijk onderzoek is er licht pitting oedeem, in de voorgeschiedenis meerdere operaties voor spataderen. Ons advies was om steunkousen te proberen, omdat eerdere operaties niet het gewenste effect hadden. Dit is niet meer bespreekbaar, vanwege de uitspraak van de dermatoloog dat verwijzing noodzakelijk is. De huisarts schrijft een verwijsbrief.</p>	Specialist
<p><b>Man 46 jaar</b> is bekend met het syndroom van Klinefelter, waardoor steriel afertiel sperma. Komt op spreekuur voor verwijskaart naar de gynaeco-loog. Heeft nieuwe vriendin en hebben zwangerschapswens, vriendin heeft verwijsbrief gynaecoloog gehaald bij haar eigen huisarts. Gynaecoloog wil haar alleen behandelen als er ook een verwijsbrief van de partner gemaakt wordt. Gynaecoloog wordt door ons gebeld waarin we uitleggen dat zwangerschap met zaad van partner uitgesloten is. De gynaecoloog geeft daarop aan dat een verwijzing naar zijn ziekenhuis dan niet zinvol is, omdat vervolgopties zoals bijvoorbeeld IVF in een ander ziekenhuis dienen plaats te vinden. In overleg met het echtpaar wordt contact met dit andere ziekenhuis opgenomen en daar kunnen ze terecht met een verwijsbrief van alleen de vrouw. Telefoontje van de huisarts en meedenken van de gynaecoloog bespaarde een dubbele verwijzing naar het eerste ziekenhuis en gaf tijdswinst doordat deze stap overgeslagen kon worden. Patiënt belt vervolgens met de helpdesk van de zorgverzekeraar die adviseert om naar een ander ziekenhuis te gaan. Deze wil toch weer een verwijskaart voor de partner, die vervolgens gemaakt wordt.</p>	Specialist, verzekeraar
<p><b>Moeder van een dochter van 22 jaar</b> met syndroom van Down komt op spreekuur op vrijdag met de vraag voor een verwijskaart voor oogarts, kno-arts, arts voor verstandelijk gehandicapten en cardioloog. Ze vertelt dat ze een onderzoek voor de ogen van haar kind wilde, personeel van de groepswoning waar dochter verbleef adviseerde dan een afspraak te maken bij de downpoli en dat betekende vier verwijsbrieven die de huisarts diende te maken. De afspraak bij de oogarts bleek al de komende maandag. Moeder had zelf twijfels of de verwijzingen niet medicaliserend zouden kunnen zijn, ze wilde immers alleen weten hoe het met haar ogen was gesteld. In onderling overleg werd besloten alleen een verwijsbrief voor de oogarts uit te schrijven, zodat er tijd kwam om te bezien of de andere verwijzingen zinvol waren. Twee maanden later kwam moeder opnieuw op spreekuur en gaf aan na overleg toch graag ook de andere verwijzingen te willen, waarna deze werden uitgeschreven.</p>	Specialist
<p><b>Vrouw 45 jaar</b> met bekende gonartrose die goed onder controle is bij paracetamolgebruik, waarvoor ze eens in de twee jaar naar orthopeed gaat, komt aan balie verwijskaart halen. Volgens de richtlijnen van de Nederlandse Zorgautoriteit is geen herhaalverwijzing nodig wanneer patiënt onder controle is. Ziekenhuis weigert haar echter op spreekuur te plaatsen zonder verwijsbrief. Patiënte belt met de helpdesk van de zorgverzekeraar met advies hierover en zorgverzekeraar bevestigt dat huisarts dan toch een verwijsbrief moet schrijven, wat dan toch gebeurt.</p>	Specialist, verzekeraar

**Casus****Verwijzingsdruk door**

<p><b>Man 29 jaar</b> wordt in weekend door dokterspost naar ggz-crisisdienst verwezen. Twee maanden later belt de instelling of de eigen huisarts alsnog hiervoor een verwijsbrief wil maken. Instelling wordt verzocht contact op te nemen met de dokterspost.</p>	Specialist
<p><b>Vrouw werkzaam in ziekenhuis</b> komt in weekend op de dokterspost vanwege een abces in de schaamstreek [bartholinitis]. Dit is nog niet rijp voor incisie. Advies is bij toename klachten afspraak eigen huisarts voor incisie. Belt twee dagen later op haar werk de gynaecoloog die haar tussen zijn spreekuren door ziet en haar vervolgens bij een andere gynaecoloog op spreekuur zet voor incisie. Wel moet ze eerst naar de huisarts om een verwijskaart op te halen. Ze belt daarop naar de huisartsenpraktijk met de vraag of er een verwijsbrief gefaxt kan worden naar het ziekenhuis. Als met de gynaecoloog gebeld wordt, wordt aangegeven dat de ingreep moet plaatsvinden en dat als ze geen verwijskaart krijgt gaat ingreep die middag niet door gaat of dat ze de ingreep dan zelf moet betalen. Er wordt een verwijsbrief gemaakt.</p>	Patiënt, specialist
<p><b>Man 61 jaar</b> heeft reorganisatie op werk waardoor spanningen, heeft zich ziek gemeld maar wordt niet geaccepteerd. Mantelzorg voor dementerende schoonmoeder. Overbelast, waardoor hoofdpijnklachten, hierdoor slecht slapen en hoofdpijn. Gesprekken met poh-ggz, zorg om hersentumor, wil daarom een hersenscan. Er zijn geen alarmsymptomen voor een neurologisch probleem. Is teleurgesteld dat er niet meegegaan wordt in zijn wens een hersenscan te laten maken (te verwijzen naar neuroloog), belt hierover met de helpdesk van de zorgverzekeraar die hem adviseert een afspraak te maken bij een andere huisarts in een ander dorp, die dan het passanten tarief mag declareren. De partner van patiënt belt vervolgens met een huisarts in een naburig dorp met verzoek verwijzing te maken voor een hersenscan. Doet hij dit niet dan zal patiënt een rechtszaak tegen hem beginnen. De huisarts weigert dit en verwijst terug naar de eigen huisarts en neemt daarna contact met ons op om te melden wat voorgevallen is. Komt daarna bij de eigen huisarts en dreigt ook daar met juridische stappen als hij verwijsbrief niet krijgt. Geeft aan dat hij contact heeft gehad met zorgverzekeraar en die zou vertellen hebben dat als iemand twee maanden hoofdpijn heeft dit een verwijzing naar de neuroloog rechtvaardigt. Hij geeft aan naar Duitsland te gaan en daar een scan gaat laten maken op eigen kosten. Een week later laat hij zich uitschrijven uit de praktijk.</p>	Patiënt, zorgverzekeraar
<p><b>Vrouw 86 jaar</b>, pijnklachten been, geduid door huisarts als slijmbeursontsteking heup. Hierdoor claimend gedrag naar kinderen, die vaak moeten gaan kijken. Geven aan dat het zo niet langer gaat en dat moeder moet worden opgenomen. Er wordt een gesprek met familie en moeder gepland en in het gesprek wordt duidelijk dat er belangrijke zingevingsvragen en eenzaamheid spelen. Werkt liefst op het land, maar als ze dat gedaan heeft, heeft ze 's avonds de pijn in de heup en gaat het mis. Blijkt daarnaast panische angst te hebben voor de maandelijkse injecties in het oog in verband met maculadegeneratie en angst voor de jaarlijkse controle in verband met borstkanker in het verleden. Dit beheerst haar leven. Zou ervoor willen kiezen om hiermee te stoppen om deze angst kwijt te zijn en voor lief nemen als ze dan korter zou leven. Ook zou ze willen stoppen met tamoxifen omdat ze het idee heeft dat het haar somber maakt. Er wordt ingegaan op de zingevingsproblematiek en er wordt een vragenlijst ingevuld die de verschillende dimensies van (positieve) gezondheid in beeld brengt. In onderling overleg wordt ervoor gekozen de behandeling bij de oogarts en de controle bij de chirurg te beëindigen. In overleg met het sociaal team van de gemeente wordt gezocht naar een daginvulling. Er wordt niet meer gesproken over opname en nadat patiënte zich niet meer forceert in de tuin verdwijnt de pijn van de heup meer naar de achtergrond.</p>	Specialist
<p><b>Vrouw 73 jaar</b>, ook verzekerd in Duitsland. Komt op spreekuur voor verwijskaart interne. Internist uit Duitsland adviseert haar dure behandeling voor haar hepatitis C (die zij al heeft vanaf de jaren zeventig). De behandeling wordt in Duitsland niet vergoed, maar in Nederland wel (kosten 60.000 euro). De huisarts laat haar een vragenlijst invullen die haar tevredenheid meet op de zes dimensies van (positieve) gezondheid. Ze blijkt een in haar ogen zeer betekenisvol leven te leiden en is erg tevreden met wat ze kan. Blijkt zelfs nog te werken in het garagebedrijf van haar man. Heeft geen lichamelijke klachten, zou eigenlijk niets willen veranderen. De internist had haar bang gemaakt voor de consequenties van niet behandelen, zelf was ze juist bang voor de eventuele bijwerkingen van behandeling. In een uitgebreid gesprek voelt ze zich gesteund om de status quo te handhaven en ziet van behandeling (en dus verwijzing) af. Enkele maanden later komt ze terug omdat de Duitse internist opnieuw aandringt op behandeling. De helpdesk van haar zorgverzekeraar heeft haar uitgelegd dat ze recht heeft op deze dure behandeling. We besluiten telefonisch contact op te nemen met een maag darm leverspecialist van een academisch ziekenhuis. Die legt uit dat de kans op schade zonder klachten na zoveel jaar uiterst klein is, maar dat de behandeling zeer effectief is en weinig bijwerkingen heeft. De specialist stelt voor te onderzoeken of de lever ook beschadigd is (leverfibrose). Is dit niet zo, dan is de kans dat dit alsnog gaat gebeuren na veertig jaar uiterst klein en is afwachtend beleid een prima optie. Leverschade kan met een fibroscan bepaald worden. Hiervoor is wel een verwijzing nodig. In overleg met specialist en patiënte besluiten we toch te verwijzen. Mocht de fibroscan goed zijn, dan ziet patiënte van behandeling af. Ze is wel blij dat de lever op deze manier in de gaten gehouden kan worden</p>	Specialist, verzekeraar
<p><b>Man 27 jaar</b> verdraait zijn knie met sporten in het weekend. Belt dokterspost voor consult, maar krijgt alleen telefonisch advies. Belt opnieuw dat hij graag wil dat naar zijn knie gekeken wordt. Heeft pas nieuw werk, wil niet dat dat gevaar loopt. Krijgt een consult op de dokterspost waarbij een distorsie van de knie geconstateerd wordt met advies na drie of vier dagen controle eigen huisarts. Drie dagen later heeft hij een afspraak op de praktijk. Geeft aan dat hij ermee naar een ziekenhuis wil. Er is sprake van hydrops en een lichte extensie- en flexiebeperking. Er wordt een foto van de knie gemaakt die hydrops laat zien maar geen fracturen. Na het weekend is hij opnieuw op spreekuur waarin de uitslag besproken wordt en de knie opnieuw bekeken. De hydrops is duidelijk afgenomen en de bewegingsbeperking is duidelijk verbeterd. Hij geeft aan dat hij zo snel mogelijk een MRI-scan van de knie wil en verwezen wil worden. De huisarts stelt voor door middel van teleconsultatie advies te vragen bij de orthopeed met ook de vraag of een MRI-scan geïndiceerd is, en zegt dat deze binnen drie dagen advies zal geven. Patiënt vindt dat veel te lang duren, snapt eigenlijk niet dat hij niet meteen naar ziekenhuis kan voor een scan. We spreken af het advies af te wachten en na een week terug te komen. Een week later wordt het advies van de orthopeed besproken, namelijk dat het waarschijnlijk om een meniscusletsel gaat en dat een MRI-scan niet geïndiceerd is, advies om ten minste zes weken conservatief af te wachten. De teleconsultatie wordt voor patiënt uitgeprint en de NHG-Richtlijn Traumatische knieklachten wordt hem per mail toegestuurd. De knie wordt weer onderzocht en laat wederom verbetering zien. Er wordt expliciet uitleg gegeven over de achtergrond van het afwachtende beleid en er wordt geëvalueerd of patiënt daar nu achter kan staan. Hij geeft aan dat hij wel tevreden is over de uitleg. Er wordt een controle over twee weken afgesproken. Een dag later laat hij zich overschrijven naar een andere praktijk. Bij navraag geeft hij aan dat hij een andere huisartspraktijk had gevonden die wel wil verwijzen naar het ziekenhuis voor een MRI-scan, mits de patiënt zich laat overschrijven.</p>	Patiënt
<p><b>Vrouw 62 jaar</b> komt voor verwijzing dermatologie in verband met snelgroeiend plekje op de romp. Echtgenoot is bekend met basaalcelcarcinoom. Na uitleg over de mogelijkheid tot teledermatologie kiest mevrouw voor deze optie. Na zeer snel antwoord van de dermatoloog is mevrouw de optie gegeven om het door de huisarts te laten verwijderen aangezien ook wij een verdacht plekje met een ruime marge kunnen verwijderen. We verwijderen het plekje en PA laat een basaalcelcarcinoom zien die in toto verwijderd is. Mevrouw is zeer tevreden over deze snelle verwijdering zonder verwijzing en zal jaarlijks haar huid bij ons laten controleren. Geen vertraging en geen verwijzing nodig door snelle reactie van dermatoloog en excisie door huisarts zelf.</p>	-
<p><b>Man 71 jaar</b> komt met verzoek verwijzing kno in verband met een afwijkend audiogram. In 2013 gezien door kno-arts voor gehoor en nu nagenoeg hetzelfde audiogram met iets meer gehoorverlies. Na overleg met kno-arts heeft patiënt niet gezien te worden en mag retour naar audicien voor nieuw hoorapparaat. Voorkoming van verwijzing door laagdrempelig contact huisarts-specialist.</p>	Patiënt

Casus	Verwijzingsdruk door
<p><b>Man 54 jaar</b> met vier jaar ernstige radiculaire klachten, is in het eerste ziekenhuis onder behandeling geweest bij neuroloog en pijnpoli, in het tweede ziekenhuis bij orthopeed en pijnpoli en daarna naar een derde ziekenhuis opnieuw bij de pijnpoli. Het laatste ziekenhuis geeft aan dat er geen opties meer zijn en zeker geen chirurgische opties. Hij komt nu op spreekuur met de vraag of hij naar een vierde ziekenhuis mag. De huisarts gaat gesprek aan over wat deze klacht voor zijn leven betekent en laat hem ook een vragenlijst invullen om de dimensies van positieve gezondheid te scoren. Dit laat zien dat er op sociaal gebied wel ruimte is, maar dat betekenisvol leven met pijn problematisch is. Dit leidt tot discussie binnen het gezin; zoon vraagt zich af of een psycholoog misschien zinvol zou kunnen zijn. Met deze vraag komt patiënt op spreekuur en er volgen een aantal gesprekken met poh-ggz, met als thema 'leren omgaan met pijn'. Dit proces wordt doorkruist als patiënt belt met de helpdesk van de zorgverzekeraar die bemiddelt voor snelle hulp bij zorgvragen. Zij hebben uitgezocht dat er een ziekenhuis aan de andere kant van het land is, waar men wel wil opereren en waar op korte termijn ook plek is. De huisarts moet hiervoor wel een verwijfsbrief maken. De huisarts vraagt patiënt echter hiervoor op spreekuur te komen. De heer legt uit dat, nu er toch een optie is dat hij geopereerd kan worden, hij niet verder wil met het poh-ggz-traject. Uitleg dat de zorgverzekeraar dit niet goed kan inschatten en dat dit schadelijk is voor de voortgang van het traject waar hij nu inzit landt niet. Het eindigt met een verwijfsbrief naar het vierde ziekenhuis aan de andere kant van het land. Dit ziekenhuis constateert dat er geen operatie-indicatie is en adviseert patiënt naar de pijnpoli te gaan. Omdat de reisafstand een probleem is vanwege de pijn, adviseert het ziekenhuis om dit in de regio te doen. De heer wil het poh-ggz-traject niet oppikken voordat er nog een nieuw ziekenhuis naar zijn klachten heeft gekeken. Er wordt verwezen naar de pijnpoli van een vijfde ziekenhuis (fifth opinion inmiddels).</p>	Verzekeraar
<p><b>Meisje 11 jaar</b> wordt met moeder naar huisarts gestuurd door het sociaal team van de gemeente voor een verwijzing naar ggz in verband met relatieproblemen met ouders. Bij navraag in het sociaal team blijkt een belangrijke reden tijdsdruk bij het sociaal team te zijn. Een verwijzing door de huisarts zou snel geregeld kunnen worden, bij het sociaal team moest eerst een leefplan gemaakt worden. In het sociaal team wordt de problematiek gezamenlijk besproken en wordt gekozen voor een observatieperiode bij een lokale manege waar de gemeente een behandelingscontract heeft. Er wordt afgezien van een verwijzing naar de ggz.</p>	Sociaal team
<p><b>Moeder van jongen van 14 jaar</b> komt bij balie een verwijfsbrief halen voor de oogarts. Er wordt een afspraak gemaakt bij de huisarts. Jongen wil zich laten opereren aan de ogen vanwege een lui oog. De oogstand is echter goed. Alleen bij moeheid staat het oog niet recht. Na uitleg dat er bij een goede stand niet geopereerd gaat worden en wat de mogelijke complicaties van een operatie zijn, ziet hij van de verwijzing af.</p>	Patiënt
<p><b>Man 94 jaar</b> is vanwege gehoorklachten bij audicien geweest. Deze constateert asymmetrisch gehoorverlies. Volgens protocol mag hij geen gehoorapparaat aanmeten, maar stuurt hij de patiënt door naar de huisarts voor een verwijskaart naar de kno-arts. Patiënt is hier niet blij mee, want moet hiervoor reizen en is afhankelijk van anderen voor vervoer. De huisarts neemt contact op met de audicien. Deze geeft aan dat hij het eigenlijk niet nodig vindt dat de kno-arts nog kijkt, maar het protocol schrijft dit voor. De huisarts belt met de kno-arts die een verwijzing ook niet zinvol vindt, op deze leeftijd ging hij geen MRI-scan meer doen om een brughoektumor uit te sluiten. Toch adviseert de kno-arts patiënt wel te verwijzen omdat de verzekeraar een gehoorapparaat anders niet zou vergoeden. Er wordt een verwijskaart gemaakt.</p>	Specialist, verzekeraar
<p><b>Man 19 jaar</b> komt met snelgroeiend plekje op romp. Weigert teledermatologie en eist verwijzing naar dermatoloog. Kan tien dagen later bij dermatoloog terecht met conclusie granuloma pyogenicum. Verwijdering valt niet onder de vergoede zorg, waardoor hij terug bij ons op het spreekuur komt om het te laten verwijderen. Zinloze verwijzing en dus verlies eigen risico door eis patiënt.</p>	Patiënt
<p><b>Vrouw 59 jaar</b> met verslechterende nierfunctie. Na enkele malen telenefrologie is de conclusie chronisch nierfalen met daarbij duidelijk beleid wanneer in de toekomst mevrouw te verwijzen. Voorkoming van verwijzing, adequate behandeling van patiënt en duidelijk beleid voor de toekomst</p>	-
<p><b>Vrouw 58 jaar</b> bekend met hartkloppingen. Hiervoor al eerder onderzocht door cardioloog, toen zonder afwijkingen, maar de ongerustheid blijft. Door eigen aanvraag inspannings-ecg via huisartsenlab mevrouw voldoende gerust kunnen stellen, zodat ze zich ook begint te realiseren dat het toch meer overbelastingsklachten zijn. Na de goede uitslag maakt mevrouw een afspraak bij een eerstelijnspsycholoog om te leren omgaan met spanningen. Inzicht gegeven in relatie tussen lichamelijke en geestelijke klachten, patiënt gerust kunnen stellen en zo onjuiste verwijzing voorkomen.</p>	Patiënt
<p><b>Vrouw 55 jaar</b> wil graag lensimplantaten in verband met grote refractieafwijking; ze zou liever zonder bril willen. Een vriendin heeft met succes kunstlenzen gekregen bij een nabijgelegen ziekenhuis. Patiënte belt eerst zelf met de poli oogheelkunde, deze geeft aan dat patiënt een verwijfsbrief hiervoor moet halen. De huisarts belt met de oogarts waarom een verwijfsbrief nodig is, het betreft immers niet-verzekerde zorg. De oogarts antwoordt dat deze behandeling inderdaad niet vergoed wordt, maar met een verwijfsbrief kan het eerste consult toch bij de zorgverzekeraar gedeclareerd en hoeft patiënt dat gedeelte niet zelf te betalen [dit gaat dan wel van haar eigen risico af]. Een verwijfsbrief wordt geschreven.</p>	Specialist, patiënt
<p><b>Vrouw 34 jaar</b>, zelf verpleegkundige, blijkt zo goed als asymptomatisch draagster van een stafylokok in de neus te zijn [geen MRSA]. De kweekuitslag wordt besproken met de microbioloog, deze adviseert verwijzing naar de infectioloog. Bij navraag blijkt dat vooral te zijn voor nadere anamnese. De behandeling (neuszalf) was al ingezet. Patiënte is inmiddels geheel klachtenvrij. Na advies door microbioloog en infectioloog verricht de huisarts nadere anamnese. Dit levert geen relevante nadere informatie op, verwijzing is in overleg met alle betrokkenen niet langer nodig.</p>	Microbioloog
<p><b>Spoedvisite bij 86-jarige dame</b>, bekend met onder andere perifere arterieel vaatlijden. Ze was twee weken daarvoor op controle bij cardioloog en toen was alles in orde. Nu voelt ze zich niet lekker. Bij lichamelijk onderzoek blijkt er sprake te zijn van recidief atriumfibrilleren. Na overleg met behandelend cardioloog wordt besloten patiënte aan te bieden op de eersteharthulp. De verwijzing wordt niet naar Zorgdomein gestuurd, want patiënte is al onder controle cardioloog; wel wordt aanvullende informatie gefaxt.</p>	-
<p><b>Man 62 jaar</b> is enkele maanden geleden bij orthopeed geweest waar degeneratief meniscusletsel met onderliggend lichte gonartrose is vastgesteld. Geen baat bij injectie triamcinolonacetonide. Conservatief beleid en terug naar de huisarts. Patiënt komt enkele malen op spreekuur vanwege progressieklachten en wil graag terug naar orthopeed. Er vindt overleg plaats met orthopeed. Deze adviseert X-knie te herhalen om uit te sluiten dat er in de afgelopen vijf maanden sprake was van forse progressie van de gonartrose. Dit blijkt niet het geval te zijn. Dit wordt via de mail teruggekoppeld naar de orthopeed, deze antwoordt nog steeds geen indicatie tot operatie te zien, maar adviseert met fysiotherapie, pijnstillers en leefstijladviezen voorlopig verder af te wachten. Deze mail wordt doorgestuurd en besproken met patiënt. Deze besluit van verwijzing voor operatie af te zien.</p>	Patiënt
<p><b>Vrouw 34 jaar</b> belt met verzoek om verwijskaart voor gynaecoloog. Moet daar naartoe om een uitstrijkje te laten maken en omdat dan toch inwendig onderzoek plaatsvindt wil ze gelijk een spiraaltje laten plaatsen. Ze had gebeld met de gynaecoloog, die wilde dat wel doen, maar daar was dan wel een verwijskaart van de huisarts voor nodig. Telefonische navraag bij gynaecoloog leerde dat hij twee redenen zag voor plaatsing: ten eerste dat toch al gynaecologisch onderzoek plaatsvond, ten tweede dat er een sectio in de voorgeschiedenis was, waardoor de baarmoeder kwetsbaarder was. Omdat het plaatsen tijdens ander onderzoek kon plaatsvinden stelde de gynaecoloog voor dat de vrouw het spiraaltje zelf zou meebrengen en dat hij het spiraaltje zou plaatsen zonder verwijfsbrief, als onderdeel van het andere gynaecologische onderzoek.</p>	Specialist, patiënt