

# Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (VI)

## Cijfers en beschouwingen betreffende het medisch handelen

H. F. J. M. CREBOLDER, HUISARTS TE VENLO

Aan de hand van cijfers betreffende het benutten van laboratorium- en röntgenfaciliteiten, verwijzingen en ziekenhuisopnamen wordt het medisch handelen van het gezondheidscentrum Withuis gedurende ongeveer drie jaren beschouwd. Het verwijzingspercentage daalde in deze periode duidelijk evenals de ziekenhuisopnamecoëfficiënt voor ziekenfondsverzekerden. Nadruk wordt gelegd op formele samenwerking met de tweede lijn via consultatie.

### Inleiding

De twee belangrijkste premissen, die hebben geleid tot samenwerking in de eerste lijns gezondheidszorg en in het bijzonder tot de vorming van gezondheidscentra, zijn de veronderstellingen dat een dergelijke groepering van eerstelijns werkers zal leiden tot een betere zorg en tot besparing van kosten. Met name zou de stroom cliënten van het eerste naar het tweede echelon kunnen worden afgeremd.

Op de eerste en belangrijkste premisse, verbetering van de kwaliteit, zullen wij slechts kort ingaan. Gesteld mag worden dat binnen een vast omlijnd samenwerkingsverband – tenminste in theorie – meer mogelijkheden zijn om tot een kwalitatief hoger niveau te komen dan daarbuiten. Door onderlinge toetsing, door uitwisselen van informatie, door vroegtijdig inschakelen c.q. consulteren van andere disciplines, door aanschaf en gebruik van instrumentarium kan dit worden bereikt. Maar dat wil nog niet zeggen dat ook automatisch van deze mogelijkheden gebruik wordt gemaakt. Naast de geboden kansen op een betere „technische” hulp, zijn er – juist in een gezondheidscentrum – heel wat factoren die dit „automatisme” teniet kunnen doen. Te noemen zijn: de verzakelijking van de relatie met de cliënt, afschuiven van de verantwoordelijkheid naar een van de andere hulpverleners en het daarmee gepaard gaande „schuiven” van de cliënt en onduidelijkheid over wie, voor wie, of wie voor wat verantwoordelijk is. Ook de energie, nodig om het team bij elkaar te houden (Lamberts 1974; Vrij) kan bij tijd en wijle zo groot zijn, dat de aandacht voor de primaire verantwoordelijkheid – het behandelen en begeleiden van

de aan ieder toevertrouwde cliënten – te kort schiet. Deze elementen zijn mijns inziens nog te weinig naar voren gekomen in de vele tot op heden over gezondheidscentra geschreven artikelen.

Het aspect, dat in deze bijdrage zal worden beschouwd, betreft de veronderstelling dat de oprichting van het gezondheidscentrum Withuis tot besparingen in de tweede lijn kan leiden. Gezien de rapportages uit de gezondheidscentra Hoensbroek-Noord (Vermeulen) en Ommoord (Lamberts 1974) waren er zekere

*If you cannot express it in numbers, your knowledge is meager and unsatisfactory*  
Lord Kelvin (1974)

verwachtingen. Ook in de structuurnota gezondheidszorg (Hendriks) wordt deze verwachting uitgesproken.

Wij gaan er vanuit dat dergelijke besparingen zijn te bereiken door er naar te streven die verrichtingen, onderzoeken en nazorg in de eerste lijn te doen plaatsvinden die daar ook redelijkerwijze kunnen geschieden en zonder kwaliteitsverlies voor de cliënt. De grens tussen wat redelijkerwijze in de eerste en wat in de tweede lijn thuis hoort zal veelal arbitrair zijn. Met name in het curatieve gebied is er een groot territorium waar huisartsen en klinische specialisten – zij het meestal ondergronds (Bruins) – elkaar het primaatschap betwisten over de vraag wie de meest aangewezen medicus is voor de behandeling. Ik denk hier bijvoorbeeld aan: diabetes mellitus bij bejaarden (Thorn en Russell), (benigne) hypertensie (Huygen 1972), controle van antistollingsbehandeling, bege-

leiding van CARA-patiënten, behandeling van geslachtsziekten, paracentese bij otitis media acuta, verwijdering van wratten, eerste hulp bij ongevallen thuis, op school of op het werk, ulcus pepticum, menstruatiestoornissen, steriliteitsonderzoek, gewrichtsziekten; en op preventief gebied: begeleiding van kleuters en zuigelingen. Voor iedere huisarts of elke groep huisartsen zal de grens anders liggen, afhankelijk van de genoten opleiding, van persoonlijke ambitie en geaardheid. Zo vond Raupp in zijn onderzoek bij tweehonderd huisartsen in Limburg dat een huisarts, die veel verwijst naar één basis-specialisme, dit óók doet naar andere basis-specialismen. Ruhe constateerde dat de verwijsgewoonte van de huisarts door de jaren heen constant blijft en geen verband houdt met de grootte van de praktijk of de leeftijd van de huisarts.

Uiteraard dient de huisarts, die van oordeel is dat een bepaald gedeelte van de morbiditeit in eerste instantie tot zijn terrein van zorg behoort, kritisch te zijn en te blijven, wil hij niet tot een heilloos dilettantisme vervallen. De meest wenselijke gang van zaken is een zorg die voortvloeit uit een overleg tussen huisartsen en klinische specialisten. Dat overleg kan incidenteel op velerlei manieren plaatsvinden. Het kan ook op een gerichte wijze via consultaties van de klinische specialisten in de eerste lijn plaatsvinden (Van Es 1970).

### Vraagstelling

Bij de totstandkoming van het Withuis (Receveur) hebben wij ons de vraag gesteld in hoeverre en op welke terreinen een beleid, gericht op een zo doelmatig mogelijk functioneren als huisarts, van invloed zou kunnen zijn op de verwijzingen naar het tweede echelon en de daarmee samenhangende (Huygen en De Melker 1973) opnamepercentages en de ligduur in het ziekenhuis. Met „doelmatig functioneren” wordt bedoeld: gebruik maken van de voorhanden zijnde technische mogelijkheden zoals laboratorium- en röntgen-onderzoek, electrocardiograaf, consultatie vanuit de tweede lijn en het zelf verrichten van kleine chirurgische ingrepen.

### Beschikbare gegevens

Om de vraagstelling te beantwoorden staan ons de volgende gegevens ter beschikking:

A Het gebruik van röntgen- en laboratorium faciliteiten gedurende één respectievelijk twee maanden van Withuis en de controlegroep. Daarnaast worden van het

Tabel 1. De ziekenfondsverzekerden van Withuis en controlegroep in 1972, 1973, 1974 en 1975 onderverdeeld naar ziekenfonds, in absolute getallen en tussen haakjes percentages.

Ziekenfonds	1972		1973		1974		1975	
	Withuis	Controle	Withuis	Controle	Withuis	Controle	Withuis	Controle
ZNL	5.219 (77,6)	13.404 (74,6)	5.327 (78,0)	13.328 (74,5)	5.412 (77,9)	13.311 (75,2)	5.483 (78,0)	13.405 (75,5)
CZF	1.250 (18,6)	4.010 (22,3)	1.228 (18,0)	3.972 (22,2)	1.239 (17,8)	3.830 (21,6)	1.250 (17,8)	3.800 (21,4)
POPE	259 (3,8)	560 (3,1)	278 (4,0)	581 (3,3)	292 (4,3)	565 (3,2)	296 (4,2)	550 (3,1)
Totaal	6.728 (100)	17.974 (100)	6.833 (100)	17.881 (100)	6.943 (100)	17.706 (100)	7.029 (100)	17.755 (100)

Withuis nog extra gegevens gepresenteerd.

B Verwijscijfers van het Withuis en de controlegroep over de jaren 1972, 1973, 1974, 1975.

C Opnamecijfers van het Withuis en de controlegroep over drie periodes: 1 maart 1972 – 1 maart 1973 = periode I (één jaar vóór de opening van het Withuis); 1 maart 1973 – 1 maart 1974 = periode II (één jaar na de opening van het Withuis); 1 maart 1974 – 1 maart 1975 = periode III (twee jaren na de opening van het Withuis).

De gepresenteerde gegevens hebben betrekking op de ziekenfondsverzekerden. De particulier verzekerden zijn niet in het onderzoek opgenomen omdat noch de exacte omvang van deze groep bekend is (Withuis ongeveer 30 procent en de controlegroep ongeveer 40 procent), noch de samenstelling naar leeftijd en geslacht. Ook de nog steeds bestaande mogelijkheid van de particulier verzekerde om zich althans in beperkte mate zonder tussenkomst van de huisarts tot het tweede echelon te wenden, was een argument deze sub-populatie buiten beschouwing te laten.

De ziekenfondsverzekerden zijn aangesloten bij het Ziekenfonds Noord Limburg (ZNL) of het Centraal Ziekenfonds (CZF). Er is nog een derde – een bedrijfsziekenfonds – ziekenfonds (POPE) in de regio. Het aandeel van dit fonds in de onderzochte praktijken is te verwaarlozen (tabel 1). Om technische redenen is deze laatste groep veelal niet in het onderzoek betrokken.

De controlegroep is samengesteld uit de vergelijkbare ziekenfonds-verzekerden van de overige acht Venlo'se huisartsen. Hun praktijkuitoefening vindt op traditionele wijze plaats (Crebolder 1976). De functie van de controlegroep in deze bijdrage is het uitsluiten van „storende invloeden” of regionale veranderingen die buiten de betrokken huisartsen en hun praktijken gelegen zijn.

Uit tabel 1 blijkt dat de Withuis populatie iets (ongeveer 300 zielen) is gegroeid en de controlegroep wat kleiner is geworden. Grote verschuivingen hebben zich niet voorgedaan. Er is ook niet naar gestreefd het praktijkbestand van het Withuis te vergroten, ondanks het feit dat de oorspronkelijke populatie is samengesteld uit twee solo-praktijken, waarbij zich twee artsen, respectievelijk 1 februari 1970 en 1 mei 1972 hebben gevoegd (Crebolder 1974). De verdeling per ziekenfonds vertoont slechts geringe verschillen. Noch in het voorzieningen-pakket, noch in de verschuldigde premies is er onderscheid tussen de drie ziekenfondsen.

Uit het onderzoek van Van Es en Pijlman blijkt dat geslacht en leeftijd van grote invloed zijn op de verwijscijfers. Alvoorens in te gaan op de vraagstelling, dienen beide groepen derhalve te worden getoetst naar leeftijd en geslacht. Van het grootste ziekenfonds (ZNL), waarbij zowel in de Withuis- als in de controlegroep drie kwart van de ziekenfondsverzekerden zijn aangesloten, beschikken wij over een leeftijds- en geslachtsverdeling per 10 juni 1975. Die datum ligt ongeveer aan het einde van de onderzoeksperiode.

Uit tabel 2 blijkt dat in beide populaties

dezelfde percentages mannen en vrouwen voorkomen, te weten 48 en 52 procent. In het Withuis vinden wij meer kinderen (vooral mannelijk), minder vrouwen tussen de 45 en 65 jaar en boven de 75 jaar. Bij toetsing blijken de verschillen niet significant. Ook uit het opinie-onderzoek van de cliënten (Crebolder 1976) is ons de samenstelling van beide populaties, vanaf twintigjarige leeftijd, per mei 1974 bekend. Ook toen werden er geen verschillen van betekenis gevonden in opbouw naar leeftijd en geslacht. Er zijn geen redenen om aan te nemen dat er zich in de onderzoeksperiode ingrijpende wijzigingen in de opbouw van een van beide populaties hebben voorgedaan.

Eenzelfde verdeling naar leeftijd en geslacht ontbreekt voor het CZF. Het bleek niet mogelijk deze te verkrijgen. Bij navraag bij de ziekenfondsdirectie werd gesteld dat van enig onderscheid in deze tussen CZF en ZNL nooit iets is gebleken.

## Röntgen- en laboratorium-onderzoek

De Melker (1975) wijst op het verband tussen het gebruik door de huisarts van laboratoriumonderzoek en röntgendiagnostiek en het minder verwijzen naar klinische specialisten. Ook De Haan meent dat een dergelijk verband bestaat. Prins trekt, althans wat betreft het laboratoriumonderzoek, deze bevinding in twijfel en stelt dat gericht en tijdiger verwijzen belangrijker is dan het voorkómen van verwijzingen. Ik zou daarbij willen aantekenen dat het gaat om het voorkómen van onnodige verwijzingen.

Welk gebruik hebben de twee te onderzoeken groepen gemaakt van deze faciliteiten? Aangaande het laboratorium weten wij in welke mate er door het Withuis en de controlegroep in de maanden januari en maart 1976 gebruik is gemaakt van het klinisch-chemisch laboratorium van het ziekenhuis te Venlo (tabel 3). Ter aanvulling wordt de „omzet” in het laboratorium van het Withuis vermeld (tabel 4).

Opvallend is het grote aantal hematologie-bepalingen in de controlegroep. De voor het Withuis verrichte chemische bepalingen bedroegen bijna vier maal zoveel

Tabel 2. Verdeling van de ZNL-populatie van Withuis en controlegroep naar leeftijd en geslacht in procenten.

Leeftijd in jaren	Withuis		Totaal	Controle		Totaal
	Mannen	Vrouwen		Mannen	Vrouwen	
0-14	12,0	10,7	22,7	10,3	10,0	20,3
15-29	14,3	15,5	29,8	15,7	15,0	30,7
30-44	9,6	9,3	18,9	9,0	8,5	17,5
45-64	7,8	9,6	17,4	8,6	10,7	19,3
65-74	3,0	4,4	7,4	2,9	4,6	7,5
75 en ouder	1,3	2,4	3,7	1,5	3,2	4,7
Totaal	48,0	52,0	100	48,0	52,0	100
	N=2623	N=2840	N=5463	N=6389	N=6906	N=13295

als voor de controlegroep. Omdat het merendeel van het urine-onderzoek en de hematologische morfologie in het laboratorium van het Withuis geschiedt (tabel 4), zijn deze cijfers relatief laag in tabel 3. De controlegroep lijkt voor deze bepalingen vaker een beroep te doen op het ziekenhuis-laboratorium.

De som van de hematologie-cijfers van het Withuis in tabel 4 (12,2) en tabel 3 (9,7) is bijna gelijk aan de 20,2 hematologie-bepalingen van de controlegroep (tabel 3). Uit het overzicht dat Prins geeft valt voor het gezondheidscentrum Krimpen aan den IJssel te berekenen: hematologie 21,9 per 1000 cliënten per maand en bloedchemie 17,5. Vrijwel alle bloedonderzoeken werden daar door het ziekenhuislaboratorium gedaan. Deze cijfers komen goed overeen met die van tabel 3: de hematologie-cijfers met die van de controlegroep en de bloed-chemie-cijfers met die van het Withuis.

De vier Withuis artsen hebben in 1975 758 röntgenfoto's aangevraagd voor de ziekenfondsverzekerden van ZNL en CZF (tabel 5).

Een vergelijking met de controlegroep is slechts mogelijk voor de maand maart 1976. Het Withuis vroeg toen 9,0 onderzoeken per duizend cliënten aan, de controlegroep 4,5 per duizend.

Met enige voorzichtigheid mogen wij vaststellen dat de artsen van het Withuis gemiddeld tweemaal zoveel foto's aanvragen als, gemiddeld genomen, de artsen van de controlegroep. Uit de reeds eerder vermelde publikatie van De Haan is te becijferen dat de huisartsen in de regio Haarlem in 1972 per duizend cliënten 32,3 foto's lieten vervaardigen, of 2,7 per duizend cliënten per maand.

Tabel 3. Gebruik van laboratorium-faciliteiten in de maanden januari en maart 1976, van Withuis en controlegroep, per duizend ziekenfondsverzekerden per maand.

	Withuis			Controle		
	Januari 1976	Maart 1976	Gemiddeld per maand	Januari 1976	Maart 1976	Gemiddeld per maand
Urine	3,3	1,3	2,3	2,4	3,5	3,0
Hematologie	11,7	7,6	9,7	20,5	19,8	20,2
Chemie	22,2	17,8	20,0	6,1	4,3	5,2
Totaal	37,2	26,7	32,0	29,0	27,6	28,4

Hoewel niet weergegeven in de tabellen, dient te worden vermeld dat er in beide groepen artsen een zeer grote spreiding bestaat – zoals ook Prins en De Haan opmerken – ten aanzien van het gebruikmaken van laboratorium- en röntgenfaciliteiten. Concluderend mogen wij stellen dat de artsen van het Withuis gemiddeld zeer frequent gebruik maken van de mogelijkheid voor laboratorium- en röntgenonderzoek.

## Verwijscijfers

In tabel 6 leest men het aantal verwij斯卡arten van het Withuis en de controlegroep per duizend cliënten over de jaren 1972, 1973, 1974 en 1975, onderverdeeld naar specialisme en ziekenfonds. Door registratie-perikelen bij het ZNL waren van dat ziekenfonds alleen de gegevens over 1974 en 1975 te verkrijgen. Ter vergelijking zijn de cijfers van het LISZ (Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen) toegevoegd. De weergegeven cijfers betreffen steeds het totale aantal verwijzingen; dus nieuwe verwijzingen, plus herhaal-verwij斯卡arten („pseudo-verwijzingen, Pel) en achteraf-verwij斯卡arten. Het bleek niet mogelijk de

genoemde differentiatie aan te brengen. Aan deze tabel zijn verscheidene waarnemingen te verrichten. Wij zullen beginnen met het „totaal”.

Bij het uitgangspunt (1972) zijn de verschillen in de totale verwijzingen tussen het Withuis en de controlegroep gering; In het verloop van 1972 tot en met 1974 treedt in het Withuis een daling op: van 526 naar 401 per duizend cliënten bij het CZF. Van 1974 naar 1975 blijven de cijfers van respectievelijk CZF en ZNL gelijk; in de controlegroep blijft het verwijscijfer vrij constant;

er is een opmerkelijk en niet verwacht verschil in het aantal verwij斯卡arten tussen CZF en ZNL. Bij het Withuis bedraagt dat verschil zowel in 1974 als in 1975 ongeveer dertig. In de controlegroep geldt dat voor 1975. De verklaring, hiervoor van ziekenfondswege gesuggereerd, was dat de variantie veroorzaakt zou kunnen zijn door een verschil in sociaal economische structuur tussen de verzekerden van CZF en ZNL. Het CZF is van origine een vakbonds-ziekenfonds, voortgekomen uit een werkliedenvereniging. Vakbonds-ziekenfondsen worden bestuurd door de verzekerden. De leden van zulk een ziekenfonds waren tenminste geschoold ar-

Tabel 4. Gebruik van het laboratorium van het Withuis gedurende een half jaar (1 oktober 1975 - 1 april 1976) voor de gehele praktijk (N=10.500).

	Per maand per 1.000 cliënten	
<b>Urine</b>		
„Stick” + sediment	1.201	
Alleen „stick”	88	
Uricult	157	
Totaal	1.446	10,6
<b>Hematologie</b>		
Bezinkingssnelheid erythrocyten	573	
Hemoglobinegehalte	577	
Leukocyten	242	
Differentiatie	141	
Totaal	1.533	12,2
<b>Ontlasting</b>		
Faeces-benzidine reactie	28	0,2
<b>Huid</b>		
KOH-preparaat	14	0,1
Totaal	3.021	23,1

Tabel 5. Röntgenfoto's aangevraagd door de vier artsen van het Withuis in 1975 ten behoeve van de ziekenfondsverzekerden (ZNL + CZF) N=6733.

Schedel	5	Colon	15
Kaak	4	Galwegen	45
Neusbijholten	67	Bekken/heupgewricht	16
Cervicale wervelkolom	62	Knie/onderbeen	52
Thoracale wervelkolom	37	Enkel/voet/tenen	34
Lumbosacrale wervelkolom	66	Intraveneus pyelogram	30
Scapula/clavicula		Buikoverzicht	15
schouder/bovenarm	41	Totaal	758
Elleboog/onderarm	7		
Pols/hand/vingers	29	Per 1.000 cliënten	
Thorax/ribben	99	per jaar: 112,6 onderzoeken	
Larynx/trachea	1		
Mammografie	35		
Oesophagus	10	Per 1.000 cliënten	
Maag/duodenum	88	per maand 9,4 onderzoeken	

beider; het waren mensen met een eigen, een uitgesproken mening, die kozen voor hun ziekenfonds. Het ZNL dankt zijn ontstaan aan de (toen nog niet koninklijke) Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, die in 1913 besloot tot de oprichting van „maatschappij ziekenfondsen” met een gelijke inspraak van medewerkers en verzekerden, als reactie op de vakbonds-ziekenfondsen. Bij de oprichting van het ZNL in 1929 hebben de vele „doktersfondsen” in de regio zich bij het ZNL aangesloten. In de oude tijden kon immers iedere praktizerende huisarts zijn eigen „fonds” oprichten. De gedachtengang is dat de verzekerden, aangesloten bij het CZF, in het algemeen wat hoger op de maatschappelijke ladder stonden dan de ZNL-verzekerden. In dit laatste ziekenfonds werd enige decennia geleden de „restgroep” opgenomen, waarin relatief veel ongeschoolde arbeiders en werkelozen voorkwamen.

Bij Cassee en Lamberts (1975) wordt gevonden dat de maatschappelijk hogere groepen minder vaak een beroep op de huisarts doen. Ook hun score op de VOEG-lijst is lager. In ons onderzoek\* vonden wij dat, naarmate men lager op de maatschappelijke ladder staat, men frequenter hoog op de VOEG-lijst scoort ( $p < 0,025$ ) en dat bij een hoge score op de VOEG-lijst het spreekuur vaker werd bezocht ( $p < 0,000$ ). Zowel de geringere perceptie van lichamenlijk onwel zijn als de daarmee samenhangende geringere me-

dische consumptie, maken een lager verwijspercentage bij het CZF begrijpelijk.

Als wij nu terugkeren naar tabel 6 zien wij dat:

Na aftrek van de verwijzingen naar de oogarts de verhoudingen ongewijzigd blijven;

dat het vanaf 1974 vooral de drastische vermindering van de verwijskaarten voor de chirurg is, die in het Withuis het totale cijfer drukt (zie verder);

als wij tenslotte ook de verwijzingen naar de chirurg in mindering brengen er verschillen blijven tussen beide groepen en dat deze toenemen bij het CZF in 1973, 1974 en 1975 (van 38 tot 81 per 1000 cliënten).

## Verwijzingen per specialisme

1. De oogheelkunde neemt de meeste verwijskaarten voor zijn rekening. In het Withuis is dat 35-40 procent van het totaal, in de controlegroep 25-30 procent. Zij worden bijna altijd op verzoek van de cliënt of de schoolarts uitgeschreven ter controle van refractieafwijkingen (Pel). Van Es en Pijlman vonden in 1968 in 122 Nederlandse huisartspraktijken een percentage van 34,1. Volgens het LISZ in 1973 27,0 procent en in 1974 25,5 procent.

Het is de vraag of het enige zin heeft deze praktijk van „verwijzen” te handhaven. De huisarts functioneert in deze niet of nauwelijks. Het is een louter administratieve bezigheid. Laat men daaruit de conse-

quentie trekken! Ook is het voor mij nog steeds een raadsel waarom de oogartsen doorgaan met het leeuwedeel van hun tijd te besteden aan het aanmeten van brillen en dit niet overlaten aan de opticien. Wellicht zou er een functie voor de huisarts zijn in het beoordelen van de vraag of de cliënt rechtstreeks naar de opticien kan worden gestuurd of toch beter eerst door de oogarts kan worden gezien.

De zorg voor bepaalde risico-groepen (glaucoom, hypertensie, diabetes) zou in samenspraak tussen oogarts en huisarts kunnen geschieden. Hoe zinvol dit kan zijn werd aangetoond door Van Rens, die bij 4,7 procent van de 65-plussers glaucoma simplex vond. Verrassend was dat bijna de helft van hen in de laatste vijf jaren en ongeveer een derde in het jaar voorafgaand aan het onderzoek, een oogarts had bezocht!

2. De verwijzingen naar keel-, neus- en oorarts tonen bij het Withuis een wat wisselend beeld; verschillen van betekenis met de controlegroep zijn er niet. De cijfers van beide groepen wijken eigenlijk niet af van die van het LISZ.

Sedert december 1974 wordt in het Withuis een screenings-audiometer gebruikt. Er werden in 1975 95 audiogrammen bij 82 cliënten vervaardigd. Per duizend Withuis cliënten (ziekenfonds en particulier) zijn dat 9 audiogrammen. Op de waarde van dit eenvoudige apparaat werd al gewezen door Huygen en De Melker (1974). Wij kunnen hun ervaringen onderschrijven. Men kan gerichter verwijzen (bijvoorbeeld „bij gevolgen van aandoeningen als tu-

\* Dit betreft de 914 cliënten die in 1976 geënquêteerd werden. (Crebolder 1976)

Tabel 6. De verwijzingen - per 1.000 ziekenfondsverzekerden (tussen haakjes: de verschillen Withuis - controle)

	Withuis						Controle						LISZ			
	N=1250	N=1228	N=1239	N=5412	N=1250	N=5483	N=4010	N=3972	N=3830	N=13311	N=3800	N=13405	Lan-de-lijk	Lan-de-lijk	Lim-burg	Mid-del-grote-steden
	1972 CZF	1973 CZF	1974 CZF	1974 ZNL	1975 CZF	1975 ZNL	1972 CZF	1973 CZF	1974 CZF	1974 ZNL	1975 CZF	1975 ZNL	1973 LISZ	1974 LISZ	1974 LISZ	1974 LISZ
1. Oogheelkunde	186 (+15)	163 (-7)	162 (-18)	153 (-10)	164 (0)	151 (-2)	171	170	180	163	164	153	120	122	140	132
2. K.N.O.	38 (0)	41 (+5)	31 (-7)	34 (0)	28 (-7)	41 (+4)	38	36	38	34	35	37	38	40	42	41
3. Chirurgie*	116 (+7)	104 (-21)	28 (-102)	40 (-88)	42 (-80)	30 (-106)	109	125	130	128	122	136	76	85	86	62
4. Orthopaëdie	31 (-9)	35 (-2)	30 (-8)	31 (-8)	34 (-3)	34 (-12)	40	37	38	39	37	46	27	29	39	34
5. Urologie	4 (-6)	10 (-1)	6 (-3)	8 (-3)	10 (+1)	8 (-4)	10	11	9	11	9	12	8	9	10	9
6. Verl./Gyn.	12 (-15)	16 (-9)	10 (-16)	23 (-7)	14 (-8)	22 (-6)	27	25	26	30	22	28	30	34	33	36
7. Neur.**/Psych.	33 (+8)	36 (+8)	27 (-2)	24 (-10)	27 (-1)	29 (-2)	25	28	29	34	28	31	28	31	33	36
8. Dermatologie	28 (-13)	27 (-7)	20 (-14)	26 (-16)	16 (-22)	26 (-12)	41	34	34	42	38	38	28	30	31	35
9. Interne***	45 (+1)	31 (-18)	36 (-19)	40 (-10)	32 (-20)	41 (-13)	44	49	55	50	52	54	54	60	59	66
10. Kindergeneesk.	10 (-5)	9 (-3)	14 (0)	14 (-1)	6 (-7)	11 (-5)	15	12	14	15	13	16	14	15	14	14
11. Cardiologie	14 (-3)	22 (-4)	30 (+3)	25 (-2)	24 (-2)	26 (-3)	17	26	27	27	26	29	12	13	19	14
12. Longen	9 (-4)	9 (-7)	7 (-8)	12 (0)	4 (-12)	9 (-5)	13	16	15	12	16	14	9	10	14	9
Totaal	526 (-24)	503 (-66)	401 (-194)	430 (-155)	401 (-161)	428 (-166)	550	569	595	585	562	594	444	478	520	488
Minus oogheelkunde	340 (-39)	340 (-59)	239 (-176)	277 (-145)	237 (-161)	277 (-164)	379	399	415	422	398	441	324	356	380	356
Minus chirurgie en oogheelkunde	224 (-46)	236 (-38)	211 (-74)	237 (-57)	195 (-81)	247 (-58)	270	274	285	294	276	305	248	271	294	294

\* inclusief plastische chirurgie, mondheelkunde en revalidatie.

\*\* inclusief neurochirurgie.

\*\*\* inclusief reumatologie, gastroënterologie en allergische ziekten.

baircatarre en otitis media voor het gehoor"), of op goede gronden besluiten niet te verwijzen („vooral bij oudere mensen met chronische ooraandoeningen"). Zoals in de meeste verstedelijkte gebieden worden ook bij ons alle paracenteses bij otitis media acuta door de keel-, neus- en oorarts verricht. Men zou de vraag kunnen stellen of zulks nodig is. Zijn de risico's groter als de ingreep door een huisarts met enige ervaring en een goed instrumentarium wordt gedaan? Bovendien bestaat er de discrepantie tussen de Nederlandse keel-, neus- en oorartsen en de angelsaksische opvatting ten aanzien van het nut van paracentese c.q. het gebruik van breedspectrum-antibiotica.

3. De verwijzingen naar de chirurg en de EHBO-post van het ziekenhuis. Bij de controlegroep is een constant beeld waar te nemen, ongeveer 130 verwijskaarten per duizend cliënten. Dat is tweemaal zo hoog als het LISZ-cijfer van 1974, berekend naar de urbanisatiegraad van Venlo. De zeer sterke daling vanaf 1974 van het aantal verwijskaarten bij het Withuis (van ruim 100 per duizend cliënten naar 30-40) verdient een nadere toelichting. Bij de verwijskaarten voor de chirurgie speelt de zogenaamde „achteraf verwijskaart" meer dan bij elk ander specialisme een belangrijke rol. *Pel* bevond 30 procent van de verwijskaarten voor de chirurg „achteraf verwijskaarten" en *De Vries* bijna 50 procent.

Zeer veel patiënten beschouwen de EHBO-post van een ziekenhuis als een onderdeel van de eerstelijns gezondheidszorg. Er is immers altijd een medicus of een medische hulpkracht aanwezig. De eigen huisarts is niet altijd aanwezig, men wil hem niet storen of men is van oordeel dat men toch wel zal worden doorgestuurd naar het ziekenhuis. Kortom, de patiënt gaat veelal rechtstreeks naar de EHBO-post en vraagt achteraf een verwijskaart aan zijn huisarts.

Toch blijkt uit allerlei registraties dat traumatologie een zeer substantieel deel is van de dagelijkse arbeid van de huisarts. Uit het overzicht dat *Van Es* (1974) geeft, komt naar voren dat „traumata" en „vergiftigingen" de categorieën zijn met de op een na grootste incidentie (133 nieuwe gevallen per duizend cliënten). Ook gerekend naar prevalentie (oud en nieuw) nemen traumata een belangrijke plaats in: 100 tot 130 gevallen per jaar per duizend cliënten (*Oliemans*). In een tamelijk recent advies van de *Centrale Raad voor de Volksgezondheid* wordt met nadruk gesteld dat, zo enigszins mogelijk, bij ongevallen en acute ziekten thuis, primair de huisarts dient te worden ingeschakeld.

Uit een registratie, welke wij in 1974 gedurende vier maanden hebben bijgehouden, bleek dat de helft naar ons oordeel onterecht naar de EHBO-post was gegaan. Onder hen waren ook nogal wat patiënten bij wie van een trauma geen sprake was, maar die ruzie hadden met een huisgenoot of met andere (acute) relationele problemen zaten. Ook vele niet ernstige zieken bleken zich tot de EHBO-post te wenden. Er is hier sprake van een ontwikkeling welke men in de Verenigde Staten probeert af te remmen: „crowded emergency rooms of urban hospitals, with their flood of patients seeking care for ordinary illnesses . . ." (*Janeway*). Het is evident dat de eerstelijns zorg in de eerste plaats zelf zijn organisatie en bereidheid tot opvang dient te verbeteren om deze ongewenste ontwikkeling tegen te gaan.

De opening van het gezondheidscentrum (1 maart 1973) gaf ons de beschikking over een adequate behandelruimte. Er was bijna de gehele dag een arts in het gebouw aanwezig; als hij er niet was kon hij snel worden opgeroepen. Ook 's avonds en 's nachts was uiteraard altijd een van de artsen bereikbaar. In overleg met een van de plaatselijke chirurgen werd een standaard-pakket met instrumenten samengesteld. Met het ziekenhuis werd een regeling getroffen om de instrumenten en doeken te laten steriliseren. *Tabel 7* geeft een overzicht van de in 1974 verrichte ingrepen. Het zijn alle verrichtingen welke iedere huisarts kan doen. Bij ons leeft de indruk dat wij in een „solosituatie" veel moeilijker of waarschijnlijk helemaal niet tot deze activiteiten zouden zijn gekomen.

Hoewel deze zelfwerkzaamheid zeker heeft bijgedragen tot een vermindering (ongeveer 20 per duizend cliënten) van de verwijskaarten naar de chirurgie, is de belangrijkste oorzaak van de plotselinge daling in 1974 toe te schrijven aan de weigering onzerzijds om nog langer „achteraf verwijskaarten" te ondertekenen. Op den duur bleek dit voor geen van de partijen een bevredigende situatie. De chirurg verlangde, terecht, een honorering voor werk door hem of zijn assistent gedaan; de huisarts vond het onredelijk een verwijskaart te geven voor een cliënt die niet door hem was verwezen en die hij ook niet zou

*Tabel 7. Ingrepen verricht in het Withuis in 1974.*

Excisie van lipoom/fibroom/atheroom/ganglion/granuloom	52
Wigexcisie/nagelextractie	20
Injectie van varix of varices met een scleroserende stof	6
Wondhechting (exclusief agrave)	60
Behandeling van brandwonden	13
Verwijdering van verruca/mollusca contagiosa	56
Leegzuigen van ganglion of bursa	10
Paronychium/panaritium	12
Incisie van abces	29
Inbrengen van IUD	8
Overige	5
<b>Totaal</b>	<b>271</b>

hebben verwezen; de cliënt begreep niets van deze touwtrekkerij.

Tenslotte is de volgende afspraak gemaakt met de chirurgen en het ziekenfonds: per kwartaal zal een lijst met namen, adressen en bijbehorende diagnoses worden samengesteld van die cliënten van het Withuis die zich eigener beweging bij de EHBO-post hebben vervoegd. De huisartsen zullen aan de hand van de gestelde diagnoses „achteraf verwijskaarten" geven voor die cliënten die zij ook redelijkerwijze zelf zouden hebben verwezen. Er is hierbij door ons een ruime maatstaf gehanteerd en de adviserend geneeskundige van het ziekenfonds wordt in de beoordeling gekend. Om een beeld te geven om welke getallen het gaat, wordt verwezen naar *tabel 8*.

Bijna drie-kwart van de cliënten die zich rechtstreeks vervoegt bij de EHBO-post van het ziekenhuis, kan, althans naar het oordeel van de huisartsen van het Withuis, door henzelf worden behandeld. Vijftig procent van de eerste consulten bestond uit schaafwonden, kleine snijwonden en contusies!

In 1971 heeft het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut in Nijmegen een uitvoerig (niet gepubliceerd) onderzoek gedaan over 1400 cliënten die de EHBO-posten van de daar aanwezige drie ziekenhuizen bezochten. In dat rapport is te lezen dat slechts 19,7 procent door de huisarts was verwezen; dat 54,3 procent van de gepresenteerde morbiditeit be-

*Tabel 8. Eerste consulten van de ziekenfondsverzekerden (ZNL + CZF + Pope) van het Withuis – zonder tussenkomst van de huisarts – op de EHBO-post van het ziekenhuis en de „achteraf" verstrekte verwijskaarten in 1974 en 1975 - in absolute aantallen en per 1.000 verzekerden.*

	Eerste consulten		Achteraf verwijskaarten	
	Totaal	Per 1.000 verzekerden	Totaal	Per 1.000 cliënten
1974	466	67	129 (27,7%)	18,6
1975	491	70	135 (27,5%)	19,2

stond uit kleine wonden of contusies en dat, naar het oordeel van de chirurgen, 53,2 procent door de huisarts had kunnen worden behandeld. De geënquêteerde huisartsen waren van oordeel dat 30,9 procent terecht naar de EHBO-post was gegaan. Dit komt goed overeen met onze bevinding van 27 tot 28 procent in tabel 8.

4. De verwijzingen naar de orthopedisch chirurg. In het Withuis werd een vrij constant getal gevonden; in de controlegroep gemiddeld wat hoger, vooral in 1975 bij het ZNL. Intensieve samenwerking van fysiotherapeut en huisarts is bij orthopedische problemen van grote betekenis. In het Withuis wordt overlegd, zij het niet regelmatig, met een groep fysiotherapeuten over gezamenlijke cliënten. Wij hebben echter nog geen goede vorm gevonden om een continue samenwerking te realiseren. De orthopedie leent zich mijns inziens zeer wel voor consultatie. Samen met de fysiotherapeut en met de reeds vervaardigde röntgenfoto's kan het overleg met de orthopedisch chirurg zeer instructief en zinvol zijn.

5. De verwijzingen naar de uroloog blijven in beide groepen op hetzelfde niveau, overeenkomend met dat van het LISZ. De sterke toeneming van verwijzingen van 1972 naar 1973 in het Withuis zou kunnen samenhangen met de komst van de nieuwe uroloog. Het indicatiegebied voor verwijzingen naar de uroloog is in het algemeen duidelijk en nauwkeurig omschreven.

6. De verwijzingen naar de vrouwenarts. Wij treffen bij het Withuis opvallend grote verschillen aan tussen ZNL en CZF. De

reden daarvan zou kunnen liggen, zoals reeds uiteengezet, in het verschil in sociaal economische structuur tussen de verzekerden van beide ziekenfondsen. Bij de controlegroep zijn de verschillen tussen beide ziekenfondsen veel geringer. In vergelijking met het LISZ is het verwijzingspercentage, met name in het Withuis, een stuk geringer. Het streven van de huisartsen van het Withuis om de „pil-controle” en advisering ten aanzien van de anticonceptie zoveel mogelijk zelf te doen, zou hiervoor een verklaring kunnen zijn.

7. De verwijzingen naar de neuroloog/psychiater. Helaas werd er in de registratie bij beide ziekenfondsen geen onderscheid gemaakt tussen beide specialisten. Er zijn in Venlo drie neurologen werkzaam en slechts één klinisch psychiater. Men zou verwachten dat juist in een gezondheidscentrum dat expliciet veel aandacht en energie aan psychosociale problematiek geeft, het verwijzingscijfer voor deze specialisten wel drastisch omlaag zou gaan. Dit is echter niet het geval. Ook de verschillen met de controlegroep zijn niet eensluidend. Het geheel ligt in de lijn van de LISZ-cijfers. Bij de bespreking van de opnamecijfers zal nader op dit onderdeel worden ingegaan.

8. Bij de verwijzing naar de huidarts is er steeds een aanmerkelijk verschil met de controlegroep. Alleen al door de verrucae en mollusca contagiosa zelf te verwijderen kunnen 5,3 verwijzingen per jaar per duizend cliënten worden bespaard. Ik ben het eens met Van der Velden die opmerkt dat dermatologie voor de huisarts geen „klein vak” is. Ongeveer 10 procent van de contacten van de huisartsen met zijn cliënten

betreft huidaandoeningen (Van der Velden). Huidafwijkingen zoals (constitutieel) eczeem en niet te ernstige psoriasis kunnen goed door de huisarts, zo nodig in overleg met de dermatoloog, worden behandeld, temeer daar het familiale aspect en de samenhang met psychosociaal dysfunctioneren bij deze aandoeningen van grote invloed zijn. Ook dit specialisme leent zich uitstekend voor consultatie. Het betreft zelden acute ziektegevallen en voor de diagnostiek is geen ingewikkelde technologie nodig. Incidenteel heb ik de dermatoloog in consult gevraagd; het „samen kijken” was voor mij uiterst leerzaam.

9. De verwijzing naar de internist. Over de gehele linie genomen is het aantal verwijzingen van het Withuis naar de internist vanaf 1973 aanmerkelijk lager dan in de controlegroep. Dit heeft naar alle waarschijnlijkheid te maken met het ruime gebruik van laboratoriumonderzoek en röntgendiagnostiek. Daarbij dienen wij te bedenken dat een ruim gebruik maken hiervan ook tot meer verwijzingen kan leiden. Zowel Withuis als de controlegroep blijven onder de cijfers van het LISZ.

De interne geneeskunde is het onderdeel van onze professie dat de meeste raakvlakken heeft met de huisartsgeneeskunde. Het is geen typisch orgaan- of deelspecialisme. Het menselijk lichaam wordt in zijn totaliteit benaderd. In de Verenigde Staten beschouwt het merendeel der internisten zich dan ook als „primary care physicians” (Petersdorf). De Melker (1975) is in zijn oratie van mening dat de huisarts op het gebied van „somatische geneeskunde door adequate opleiding en door meer diagnostische mogelijkheden op het niveau van de poliklinisch werkzame internist moet gaan functioneren”. Deze visie kunnen wij geheel onderschrijven.

Wat is een adequate opleiding? De éénjarige opleiding tot huisarts is zeker te kort en zou tot wellicht drie jaar moeten worden verlengd om adequaat te kunnen worden genoemd. Anderzijds is de opleiding ook nooit voltooid. Omdat wij – naast consultatie voor psychosociale problematiek – het meest behoefte hadden aan een „education permanente” in de interne geneeskunde, hebben wij aan een der internisten in Venlo gevraagd periodiek (eenmaal per vijf weken) als consulent op te treden. Gedurende anderhalf uur worden dan interne problemen aan de hand van patiënten besproken. Dit gebeurt met behulp van onze eigen kaart en, indien de patiënt in het ziekenhuis bekend is, samen met de (poli)klinische gegevens. De patiënt is dus niet aanwezig. Ook vraagtekens van de

Tabel 9. Verdeling naar leeftijd en geslacht van de opgenomen ziekenfondsverzekerden van Withuis en controlegroep gedurende de drie verschillende perioden. In procenten.

Leeftijd in jaren	Withuis								
	Periode I (1 maart 1972 - 1 maart 1973)			Periode II (1 maart 1973 - 1 maart 1974)			Periode III (1 maart 1974 - 1 maart 1975)		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
0 - 14	16,7	13,8	30,5	16,0	11,5	27,5	14,3	8,6	22,9
15 - 44	15,0	24,3	39,3	14,9	21,8	36,7	15,6	22,9	38,5
45 - 64	8,6	8,8	17,4	10,2	9,8	20,0	9,1	11,8	20,9
65 en meer	5,4	7,4	12,8	7,4	8,5	15,9	7,5	10,2	17,7
Totaal	45,7	54,3	100	48,5	51,5	100	46,5	53,5	100
	Controle								
0 - 14	14,4	12,4	26,6	13,7	11,8	25,5	12,3	10,5	22,8
15 - 44	14,6	22,8	37,4	16,2	20,7	36,9	16,0	20,8	36,8
45 - 64	9,2	9,7	18,9	9,6	11,4	21,0	10,0	11,1	21,1
65 en meer	6,9	10,0	16,9	7,8	8,8	16,6	9,1	10,2	19,3
Totaal	45,1	54,9	100	47,3	52,7	100	47,4	52,6	100

internist omtrent door ons verwezen patiënten komen hierbij ter sprake.

Dit consultatieproject is in februari 1976 begonnen en voldoet tot op heden zeer goed. Het is een doeltreffende vorm elkaars competentie te leren kennen en biedt de gelegenheid kleine en grote irritaties over het gevoerde beleid, of gebrek daaraan, uit te spreken.

10. De verwijzingen naar de kinderarts. Het aantal verwijzingen is met name in 1975 duidelijk lager dan in de controlegroep die aansluit bij de LISZ-gegevens. De pediater is de internist voor de kinderen. Maar via zuigelingen- en kleuterbureaus functioneert de kinderarts ook nog ten dele als gezinsarts. Het zou veel logischer zijn deze bureaus – en dat geldt à fortiori voor het kleuterbureau – te bemanen met de eigen huisarts. Volgens sommigen zal een nieuwe specialist, de jeugdarts, deze bureaus moeten gaan leiden. Dat zal de versnippering van de zorg en de daaruit voortvloeiende verwarring en overconsumptie van het medische kanaal alleen nog maar groter maken. Een goede oplossing zou zijn: de huisarts en wijkverpleegkundige leiden de bureaus. Op regelde tijden overleggen zij met de kinderarts die een ter zake kundige psycholoog.

11 De verwijzingen naar de cardioloog. Er is vrijwel geen verschil tussen de beide groepen. De stijging van 1972 naar 1973 kan samenhangen met de vestiging van een tweede cardioloog in Venlo. De LISZ-cijfers zijn aanzienlijk lager. Wellicht omdat elders nog veel cardiologische cliënten door de internist worden behandeld. Ook de samenwerking met de cardioloog is een nog braakliggend terrein. Hierbij denk ik niet alleen aan de beoordeling van ECG's maar ook aan de behandeling en begeleiding van cliënten na een myocardinfarct, cliënten met angina pectoris en de preventie bij „high risk”-groepen (*Fieren*). Elders (*Mather en anderen*) worden en zijn uitvoerige studies gedaan die er op wijzen dat onder bepaalde voorwaarden patiënten met een myocardinfarct op een optimale wijze thuis kunnen worden behandeld.

Het bezit en het gebruik in het Withuis van een cardiograaf heeft geen invloed gehad op het aantal verwijzingen naar de cardioloog. Het is wel onze ervaring dat men met behulp van de cardiograaf gerichter en beter gedocumenteerd kan verwijzen.

12. De verwijzingen naar de longarts. In het Withuis zien wij voor het CZF een dalend verwijscijfer. Het gebruik van röntgendiagnostiek en laboratoriumon-

Tabel 10. Aantal opnamen per 1.000 ziekenfondsverzekerden van Withuis en controlegroep gedurende de drie perioden. Tevens LISZ-gegevens.

	Withuis	Verskil	Controle	LISZ
Periode I (1972/73)	125	+ 5,2	119,8	1973 landelijk: 105,5
Periode II (1973/74)	110,7	-12,2	122,9	1974 landelijk: 108,6
Periode III (1974/75)	105,5	-13,2	118,7	Limburg: 117,0 middelgrote steden: 118,7

derzoek kan bij het verwijzen naar dit specialisme een beperkende rol hebben gespeeld. In de controlegroep blijft het aantal verwijzingen constant, overeenkomend met het LISZ-cijfer dat voor Limburg wordt aangegeven. Het zijn mijns inziens vooral de CARA-patiënten voor wie de huisarts een extra verantwoordelijkheid draagt, ook als zij bij de longarts onder controle staan (*Huygen 1975*). Het is de vraag of de dikwijls levenslange controle van vele CARA-patiënten door de longarts wel nodig is. De huisarts zou die taak of een gedeelte daarvan goed kunnen overnemen. Een argument hiervoor is dat ook bij deze aandoening psychosociaal dysfunctioneren het ziektebeeld in sterke mate kan beïnvloeden.

## Opnamecijfers

De Stichting Medische Registratie (SMR) heeft zorg gedragen voor de betreffende gegevens van de drie onderscheiden perioden, één jaar vóór, één jaar na en twee jaren na de opening van het Withuis. Tabel 9 geeft de verdeling naar leeftijd en geslacht van de in het ziekenhuis opgenomen ziekenfondsverzekerden van Withuis en de controlegroep.

In beide populaties blijkt het aantal opnamen van 0-14-jarigen afgenomen en dat van mensen boven de 65 jaar toegenomen. Een gevolg van de toegenomen gemiddelde leeftijd van de bevolking. In elke periode is het percentage opgenomen vrouwen bij beide populaties groter dan dat der mannen. Dit komt overeen met de LISZ-cijfers van 1973 en 1974. In periode I komt 4 procent meer 65-plussers voor in de controlegroep dan in de Withuispopulatie. In periode II en III is dat verschil slechts 0,7 en 1,6 procent (hierop wordt teruggekomen).

Uit tabel 10 blijkt dat het Withuis in de eerste periode (1972/1973) een hoog opnamecijfer had; groter dan de controlegroep en aanzienlijk groter dan het landelijk gemiddelde. In de derde periode (1974/1975) is een daling van bijna twintig opnamen per duizend ziekenfondsverzekerden opgetreden tot 105,5, waarmee

het opnamepercentage onder het landelijk gemiddelde komt. Bij de controlegroep blijft het cijfer vrijwel constant en is in de derde periode precies gelijk aan het LISZ-cijfer voor steden ter grootte van Venlo.

In tabel 11 zijn de opnamen per specialisme gedurende de drie perioden vermeld. Het zijn vooral de chirurgie en in mindere mate de psychiatrie en neurologie waarin in vergelijking met de controlegroep, de daling in het opnamepercentage tot uiting komt. Bij het specialisme gynaecologie/obstetrie lopen de opnamen van Withuis en controlegroep aanzienlijk terug. Dit hangt waarschijnlijk samen met de halvering van het aantal vrouwenartsen in de perioden II en III ten opzichte van periode I. Het omgekeerde fenomeen vindt plaats bij de interne geneeskunde. Het lijkt of er bij het Withuis een inhaalmanoeuvre geschiedt nadat de bezetting aan internisten is versterkt. Deze ontwikkelingen bij de twee voornoemde specialismen doen veronderstellen dat de specialistendichtheid de opnamecoëfficiënt kan vergroten. Als deze veronderstelling juist is, klopt dat niet met hetgeen *Van Praag en anderen* vinden: geen significante invloed van de praktijkgrootte van de specialist op de opnamecoëfficiënt.

Enige correlatie per specialisme tussen veel of weinig verwijzen door de huisarts (tabel 6) en meer of minder opnemen in het ziekenhuis, is niet aantoonbaar. Voor de chirurgie lijkt die conclusie niet op te gaan, want met de daling van de verwijzingen (tabel 6) gaat ook een daling van het opnamecijfer gepaard. Toch mogen wij die twee gegevens maar in betrekkelijke mate aan elkaar koppelen. Er vonden immers meer chirurgische verrichtingen plaats dan uit het aantal verwijskaarten was af te leiden (tabel 8).

Bij de bespreking van de verwijzingen werd opgemerkt dat de verwijzingen naar de neuroloog/psychiater – ondanks eigen inspanningen op dit terrein – niet waren verminderd. Bij de opnamen van het Withuis zien wij echter wel een tendens tot dalen, zij het dat de controlegroep in pe-



riode I en II al met minder opnamen toekwam.

Eind 1973 zijn wij begonnen met consultatie op het brede terrein van psychosociaal dysfunctioneren, met al zijn variaties in probleem- en ziektegedrag. Elke drie weken kan ieder lid van het hulpverleningsteam (huisarts, maatschappelijk werker en wijkverpleegkundige) een of meer probleemgevallen in een teambijeenkomst voorleggen aan een psychiater of een klinisch psycholoog, die beurtelings als consulent optreden. Evenals bij de consultatie van de internist is ook hier de cliënt niet aanwezig. Wel worden zo nu en dan bandjes met gesprekken van hulpverlener en cliënt gebruikt om de probleemstelling toe te lichten. Ook deze vorm van consultatie wordt door alle teamleden als uiterst instructief en zinvol ervaren. De continue toetsing leidt tot een voortdurende bezinning op ieders rol als hulpverlener en zal zonder twijfel kwaliteitsverhogend werken.

Bij de dermatologie zien wij in het Withuis in periode III een aanzienlijke stijging van de opnamen, terwijl er bij de controlegroep geen wijziging in het beeld optreedt. Dit is een onverwachte bevinding in het licht van de verwijzingen (tabel 6) die juist bij de controlegroep hoger zijn dan bij het Withuis. Overigens valt het op dat het opnamecijfer van de dermatologie in Venlo sterk afwijkt van de LISZ-gemiddelden. Dit laatste is ook het geval bij de specialismen orthopedie en urologie. De opnamecoëfficiënt van deze drie specialismen is het dubbele van het landelijk gemiddelde! Voor de volledigheid zij nog gewezen op het opnameverloop bij oogheekunde. In

het Withuis daalt het cijfer van 4,3 naar 2,4. Ik denk dat de betekenis hiervan in relatie tot de grote aantallen verwijzingen zeer beperkt is.

Helaas bleek het technisch onuitvoerbaar uit de diagnoselijsten van de Stichting Medische Registratie na te gaan welke morbiditeit verantwoordelijk was voor de diverse verschuivingen in de opnamecijfers.

Tot slot willen wij nagaan hoe het is verlopen met de verpleegduur. De gegevens hierover staan gerangschikt in tabel 12. Daarin ziet men dat de gemiddelde verpleegduur in de Withuisgroep hoger is dan in de controlegroep; in periode II bedraagt deze ruim twee dagen. Desondanks vindt er bij het Withuis toch een aanzienlijke daling plaats van het totaal aantal verpleegdagen (tabel 12 B). Uit tabel 12 C blijkt dat in geen van de categorieën een noemenswaard verschil tussen de beide groepen voorkomt. De bevinding; „relatief meer korte en relatief minder langdurige opnamen” zoals De Melker (1973) die in zijn onderzoek vond, kan hier dus niet worden bevestigd. Ook bij de vergelijking van de gemiddelde verpleegduur per specialisme – hier niet in tabelvorm weergegeven – werden geen opmerkelijke verschillen tussen beide groepen geconstateerd.

Nog dient aandacht te worden besteed aan het verschil in opgenomen 65-plussers tussen Withuis en controle in periode I (tabel 9). Dat verschil kan berusten op een afwijkende populatie-opbouw. Daarvoor werden geen aanwijzingen gevonden (zie tabel 2). Er kan een verschillende visie ten aanzien van het opnamebe-

leid bij bejaarden aan ten grondslag hebben gelegen. Zulk een veronderstelling is niet na te gaan. Van belang is echter dat, terwijl het aantal opgenomen patiënten boven de 65 jaar in beide groepen in periode II en III vrijwel overeenkomt en bij het Withuis groter is dan in periode I, de daling in het aantal verpleegdagen bij het Withuis plaatsvindt.

In het rapport van Van Praag en anderen (1975) wordt berekend dat een stijging van de huisartsendichtheid met 10 procent een daling van de opnamecoëfficiënt van 2,7 procent zou teweegbrengen. Het aantal verpleegdagen per duizend inwoners zou dan dalen met 2,4 procent. In een eerder (1973) verslag van dezelfde auteurs komt naar voren dat de huisartsendichtheid geen betekenis heeft voor de opnamecoëfficiënt van ziekenfondsverzekerden, maar wel dat 10 procent meer huisartsen 4,5 procent minder opnamen van particuliere patiënten inhoudt (geciteerd uit Lamberts (1974). Dat er alle aanleiding is onderscheid te maken tussen het ziekenhuisgebruik door ziekenfondsverzekerden en particulieren, beschrijft Fokkens. In 1972 bedroeg het aantal verpleegdagen bij ziekenfondsverzekerden 37,3 procent meer dan bij particulier verzekerden.

In hoeverre deze factor – verschil in huisartsendichtheid tussen Withuis en controlegroep – een rol heeft gespeeld is niet met zekerheid te zeggen. Het feit echter dat bij gelijkblijvende huisartsendichtheid in beide groepen – alleen de eerste twee maanden van periode I waren er in het Withuis drie artsen in plaats van vier – de opnamecoëfficiënt alleen bij het Withuis

Tabel 11. Aantal opnamen per specialisme per 1.000 ziekenfondsverzekerden van Withuis en controlegroep gedurende de drie perioden. Tevens LISZ-gegevens.

Periode	Withuis			Controle			LISZ 1973		LISZ 1974		
	I	II	III	I	II	III	Landelijk	Limburg	Landelijk	Limburg	Middelgrote steden
	1972/73	1973/74	1974/75	1972/73	1973/74	1974/75					
1 Oogheekunde	4,3	2,7	2,4	4,1	3,8	3,6	2,6	2,4	2,7	2,6	2,8
2 Keel-neus-oren	16,3	14,8	14,3	18,4	17,1	15,4	13,2	12,7	12,3	11,1	13,1
3 Chirurgie*	25,3	20,4	18,1	24,9	26,1	25,2	24,0	23,9	24,4	24,7	26,6
4 Orthopaedie	8,3	9,8	8,2	5,2	8,4	8,0	3,7	5,4	3,8	5,5	4,7
5 Urologie	6,9	6,4	6,9	7,8	6,3	6,5	2,8	3,6	3,1	3,8	3,2
6 Gynaecologie/obstetrie	25,5	19,1	16,4	20,2	18,7	17,4	18,4	22,8	19,9	23,1	20,2
7a Psychiatrie	3,4	2,3	1,8	1,9	2,0	2,2	} 8,6	10,7	9,4	11,7	11,8
b Neurologie**	9,0	9,7	7,6	9,7	9,4	10,7					
8 Dermatologie	3,1	2,6	4,5	3,3	3,0	3,0	1,2	1,6	1,1	1,6	1,6
9 Interne***	9,2	9,8	13,4	12,8	15,7	13,9	17,5	15,2	18,2	15,7	20,3
10 Kinderen	8,3	5,8	5,4	6,1	6,0	5,2	7,1	9,3	7,2	9,2	7,5
11 Cardiologie	4,3	4,7	4,9	3,6	4,4	5,9	2,6	3,8	3,0	4,4	3,3
12 Longen	1,1	2,6	1,6	1,8	2,0	1,7	1,9	2,6	2,0	2,9	2,0
13 „Overigen”	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,6	1,5	0,7	1,6
Totaal	125,0	110,7	105,5	119,8	122,9	118,7	105,5	114,6	108,6	117,0	118,7

\* Inclusief plastische chirurgie, revalidatie en mondheekunde.

\*\* Inclusief neurochirurgie.

\*\*\* Inclusief gastroënterologie, reumatologie en allergologie.



een dalende lijn toont, kan worden toegeschreven aan onze wijze van werken.

## Conclusies

Terugkerend naar de vraagstelling, kunnen dienaangaande de volgende antwoorden worden gegeven:

1 Het verwijsperscentage van het Withuis vertoonde bij een der ziekenfondsen, het CZF, in het verloop van 1973, 1974 en 1975 een aanzienlijke daling; bij het andere ziekenfonds, het ZNL, werd in 1974 en 1975 minder verwezen dan in de controlegroep.

2 Het is waarschijnlijk dat het minder verwijzen mede wordt veroorzaakt door een ruim gebruik van laboratorium- en röntgenfaciliteiten en door het zelf verrichten van kleine chirurgische ingrepen.

3 De opnamecoëfficiënt vertoont in het verloop van 1972 tot 1975 een dalende lijn.

4 Er werd in de onderzochte periode een aanzienlijke daling van het aantal verpleegdagen gevonden: van 8,2 procent méér in periode I (1972/73) tot 9,5 procent minder dan de controlegroep, in periode III (1974/75).

5 Tussen verwijzen en in het ziekenhuis opnemen werd per specialisme geen correlatie gevonden. De opnamecoëfficiënt bij sommige specialismen lijkt eerder verband te houden met de specialistendichtheid dan met het aantal verwijzingen.

## Beschouwing

Alle cijfers en tabellen in dit artikel hebben slechts de bedoeling het meetbare aspect (van consequenties) van het medisch handelen vast te leggen.

De onderzoekstermijn is betrekkelijk kort, maar toch voldoende om een ontwikkeling aan te duiden.

Het accent valt op de werkwijze van de huisarts. Het zou voorbarig zijn „het multidisciplinaire” in de samenwerking nu al in belangrijke mate medeverantwoordelijk te stellen voor de gevonden veranderingen. Het is wel waarschijnlijk dat door de multi- en interdisciplinaire samenwerking een gistingproces op gang is gekomen dat leidt tot een langzaam groeiend (kritisch) besef van eigenwaarde, eigen verantwoordelijkheden en eigen mogelijkheden van de werkers in de eerste lijn. Om exact uit te kunnen maken welke mechanismen in een samenwerkingsverband tot welke meetbare effecten leiden, zal, zo dat al mogelijk is, langdurig, gedetailleerd en op verscheidene plaatsen herhaald, prospectief onderzoek nodig zijn.

De gezondheidszorg kan men zien als een systeem en de intra- en extra murale zorg

Tabel 12A. Gemiddelde verpleegduren – in dagen – van opgenomen patiënten van Withuis en controlegroep gedurende de drie perioden. Tevens LISZ-gegevens.

	Withuis	Controle	LISZ
Periode I (1972/73)	16,9	16,3	1973 Landelijk*: 16,9 Limburg: 17,8
Periode II (1973/74)	18,4	16,1	1974 Landelijk*: 16,9 Ziekenhuis van 500-750 bedden in Limburg: 16,8
Periode III (1974/75)	17,2	16,9	* Betreft de algemene ziekenhuizen.

Tabel 12B. Totaal aantal verpleegdagen per 1.000 ziekenfondsverzekerden van Withuis en controlegroep gedurende de drie perioden. Tevens LISZ-gegevens.

	Withuis	Verschil	Controle	LISZ
Periode I (1972/73)	2.112,5	+159,8	1.952,7	1973 Landelijk: 1.964,3 Limburg: 2.041,3
Periode II (1973/74)	2.036,9	+ 58,2	1.978,7	1974 Landelijk: 2.028,1 Limburg: 2.084,2
Periode III (1974/75)	1.814,6	-191,4	2.006,0	

Tabel 12C. Opnameduur in dagen (in procenten) van opgenomen patiënten van Withuis en controlegroep gedurende de drie perioden.

Periode:	Withuis			Controle		
	I	II	III	I	II	III
1 - 7 dagen	26,8	27,5	27,9	28,8	30,5	30,0
8 - 14 dagen	32,2	31,9	32,7	32,5	33,1	31,4
15 - 28 dagen	26,8	24,5	23,9	23,9	23,0	23,7
29 dagen of langer	14,3	16,1	15,4	14,9	13,4	15,0

zijn daarin sub-systemen (Leenen). In het Venlo'se extramurale sub-systeem is een wijziging aangebracht, namelijk de oprichting van een gezondheidscentrum, en die wijziging doet de twee sub-systemen noodzakelijkerwijze veranderen en daarmee het gehele systeem. Leenen schrijft in hetzelfde zeer verhelderende artikel over de wet van de competitieve uitsluiting die werkzaam is in beide zorgsystemen. Hij bedoelt daarmee dat de intramurale zorg de extramurale in toenemende mate verdringt door factoren zoals: groeiverschil in financieel opzicht, positieverschil en verschil in doelstellingen. Wil men die verdringing tegengaan dan zal er moeten worden gestuurd. Uitgangspunt daarbij zou mijns inziens moeten zijn dat hetgeen aan behandeling, verzorging en nazorg extramuraal kan gebeuren, aldaar dient te gebeuren. Vele handelingen en behandelingen, uit sleur klinisch of poliklinisch in het tweede echelon verricht, kunnen tenminste evengoed, zo niet beter in het eerste echelon gebeuren. In een zeer recent *Leading article* in de *Lancet* werd helder uiteengezet waarom de meeste redenen om te worden terug besteld op de polikliniek „irrelevant to the health of the community” zijn.

De werker in het eerste echelon dient dan wel bereid te zijn het extra werk te verzetten en de benodigde kennis en vaardigheid te bezitten of te verwerven. Bovendien moet de samenwerking met de tweede lijn formeel en goed zijn geregeld. Dit laatste kan uitstekend worden gerealiseerd via consultatie. Er kan daarbij een open en geformaliseerde communicatie op gang komen tussen huisarts en specialist die voor alle partijen (vooral voor de patiënt) vruchtbaar zal zijn. De huisarts zal in staat zijn het medisch-technische aspect van de geneeskunde met meer plezier en op een breder terrein te beoefenen en de specialist zal meer oog krijgen voor het integrale model van de huisarts. De patiënt kan vaker of langer in zijn eigen milieu worden verzorgd en weet zich behandeld in een sfeer van effectief overleg tussen huisarts en specialist.

In het Withuis functioneren nu drie onderscheiden consultaties, te weten: psychotherapie, interne geneeskunde en – nog niet vermeld – farmacotherapie (vanaf mei 1974). Het is nog te vroeg de effecten hiervan te beoordelen of te meten. De algemene indruk is echter van zeer positieve aard. Het ligt voor de hand dat het voor een groep samenwerkende huisartsen een-

voudiger is zulke overlegsituaties te realiseren dan wanneer een dergelijke formering ontbreekt.

Het zou de moeite waard zijn een soortge-lijk onderzoek over enige jaren te herha-len. Want hoewel er ten aanzien van de verwijzingen en opnamen veranderingen zijn waargenomen moet eveneens worden vastgesteld dat de Withuis-cijfers van 1975 en periode III nog zeker niet laag zijn in vergelijking met sommige andere sa-menwerkingsverbanden (*Schrijvers*).

Aan het einde gekomen van deze be-schouwing spreek ik gaarne mijn dank uit jegens collega W. Ekker van de Stichting Medische Registratie (SMR), die mij op zulk een aimabele wijze behulpzaam was, tegenover mijn Venlo'se collegae, de staf en de directie van de Stichting Ziekenhuis Venlo-Tegelen, het Ziekenfonds Noord Limburg (ZNL) te Venlo en het Centraal Ziekenfonds (CZF) te Sittard.

- Bruins, C. P. (1974) *Med. Contact* 29, 937.
- Cassee, E. Th. Naar de Dokter. Boom, Meppel 1973.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Advies inzake de eerste medische hulpverlening. 's Gravenhage, 1972.
- Crebolder, H. F. J. M. (1974) *huisarts en wetenschap* 17, 423.
- Crebolder, H. F. J. M. (1976) *huisarts en wetenschap* 19, 94.
- Es, J. C. van en H. R. Pijlman (1970) *huisarts en wetenschap* 13, 433.
- Es, J. C. van. Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde. Oosthoek, Scheltema & Holkema. Utrecht, 1974.
- Fieren, C. J. Het myocardinfarct. Een prospectief onderzoek naar de morbiditeit en sterfte, speciaal in de acute fase, in het woongebied „Neder-Veluwe”. Landbouwhogeschool-Wageningen, 1972.
- Fokkens, O. (1975) *Med. Contact* 30, 173.
- Fry, J. Profiles of disease. E. & S. Livingstone, Edinburgh & London, 1969.
- Haan, M. C. de (1974) *Med. Contact* 29, 675.

- Hendriks, J. P. M. Structuurnota Gezondheidszorg. Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1974.
- Huygen F. J. A. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1657.
- Huygen, F. J. A. en R. A. de Melker (1973) *Med. Contact* 28, 1299.
- Huygen F. J. A. en R. A. de Melker (1974) *huisarts en wetenschap* 17, 325.
- Huygen, F. J. A. (1975) *huisarts en wetenschap* 18, 461.
- Janeway, Charles A. (1974) *New Engl. J. Med.* 338.
- Lamberts, H. (1974) *huisarts en wetenschap* 17, 15.
- Lamberts, H. (1974) *huisarts en wetenschap* 17, 56.
- Lamberts, H. (1975) *huisarts en wetenschap* 18, 14.
- Leading article. (1976) *Lancet* I, 1168.
- Leenen, J. J. (1972) *Med. Contact* 42, 1119.
- LISZ, Jaarboek 1973 en Jaarboek 1974. Uitgave G.B.Z. Utrecht.
- Mather, H. G. en anderen (1976) *Brit. med. J.*, I, 1925.
- Melker, R. A. de. Ziekenhuispatiënt – huisarts – huisgezin. Dekker & van de Vegt, Nijmegen, 1973.
- Melker, R. A. de. Beterschap door beter beleid. Dekker & van de Vegt, Nijmegen, 1975.
- Melker, R. A. de. Huisarts: Koploper of hekklesluiters? Dekker & van de Vegt, Nijmegen, 1975.
- Oliemans, A. P. en W. van der Ven (1975) *huisarts en wetenschap* 18, 437.
- Pel, J. Z. S. (1975) *Med. Contact* 30, 989.
- Petersdorf, Robert G. (1975) *New Engl. J. Med.*, 326.
- Praag, B. M. S. van en anderen. Vraag – aanbod relaties in de sector gezondheidszorg. Economisch Instituut R. U. Leiden, oktober 1973.
- Praag, B.M.S. van en anderen. Het ziekenhuis in de gezondheidszorg. H. E. Stenfert Kroese b.v., Leiden, 1975.
- Prins, A. (1976) *huisarts en wetenschap* 19, 252.
- Raupp, J. L. M. Over werkwijzen van huisartsen. Proefschrift. Van Stiphout b.v., Helmond, 1971.
- Receveur, A. (1973) *huisarts en wetenschap* 16, 128.

- Rens, J. W. G. A. van. Glaucoma simplex in de huisartspraktijk. Bohn, Scheltema & Holkema, 1976.
- Resultaten Eerste Hulp Enquête, 1971. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (niet gepubliceerd).
- Ruhe, H. A. M. (1967) *huisarts en wetenschap* 10, 281.
- Schrijvers, G. De kosten en de effectiviteit van de gezondheidszorg in Stolwijk. Rapport Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen no. 6, 1974.
- Thorn, P. A. en R. G. Russell. (1973) *Brit. med. J.* II, 534.
- Velden, H. van der (1975) *huisarts en wetenschap* 18, 337.
- Vermeulen, C. A. Het verwijzen in het gezondheidscentrum Hoensbroek Noord. Samengesteld door de stafafdeling Epidemiologie en Informatica VOMIL, 1973.
- Vries, H. de (1975) *Med. Contact* 30, 1438.
- Vrij, A. (1975) *Med. Contact* 30, 1669.

*Summary. Studies concerning the Withuis health centre (VI). Figures and considerations on medical activities. The medical activities at the Withuis health centre are considered on the basis of figures on the use of laboratory and radiological facilities, referrals and hospitalizations. The figures are compared with those on a control group. It is established that the referral rate showed an unmistakable decrease during the period studied, which is probably related to ample use of laboratory and radiological facilities. The rate of hospitalization of panel patients showed a decreasing trend. Per specialism, no correlation was found between referral and hospitalization. For some specialisms the rate of hospitalization seems to correlate more with the density of specialist practices than with the number of referrals. Referrals and hospitalizations are discussed per specialism. The importance of consultation from the second echelon is pointed out, as is the necessity of a critical attitude which ensures that the first echelon copes with all cases with which it reasonably can cope.*