

Contacten, recepten en verwijzingen in een duopraktijk

Een exploratie van huisartsgeneeskundig handelen

M. M. KUYVENHOVEN, M. M. VAN HEMERT EN
A. H. THIECKE*

Dit artikel is gebaseerd op een registratie van alle arts-patiënt contacten, voorschriften en verwijzingen in een duopraktijk in Utrecht, gedurende een periode van zeventien weken. De patiënten consulteren de huisarts gemiddeld ruim drie maal per jaar; in 8 procent van de gevallen gaat het voornamelijk over psychosociale problematiek; in 80 procent van de gevallen wordt lichamelijk onderzoek gedaan, en in 10 procent van de gevallen vindt aanvullend onderzoek plaats. Bijna 40 procent van de contacten wordt afgesloten zonder een duidelijke interventie en in ruim de helft van de gevallen wordt een recept gegeven. In 12 procent van de gevallen vindt een kleine ingreep of een verwijzing plaats.

Inleiding

Het registreren van verrichtingen in de huisartspraktijk biedt de mogelijkheid verschillen in hulpverlening tussen huisartsen op het spoor te komen. Zo kan registratie zeer nuttig zijn bij zelftoetsing en bij intercollegiale toetsing. Registratie weerspiegelt het handelen in de praktijk en misschien is deze spiegel wel een van de weinige hulpmiddelen om gedragsveranderingen op het gebied van receptuur en verwijzingen te realiseren.

Vanuit deze overwegingen hebben wij een registratie opgezet en uitgevoerd in de duopraktijk van de twee huisartsen/ auteurs. Deze registratie zou de start vormen van een intercollegiaal toetsingsproject, dat gericht zou zijn op herhalingsrecepten en verwijzingen naar medische specialisten. Daarnaast wilden we nagaan, welke invloed een dergelijke registratie heeft op het dagelijks functioneren van huisarts en assistente. Door het onverwachte overlijden van Bert Thiecke is dit project groten-

deels stilgelegd. Het lijkt ons echter waardevol enkele kwantitatieve uitkomsten van onze registratie voor anderen toegankelijk te maken.

Het overzicht dat in dit artikel wordt gegeven, betreft allereerst het totale aantal contacten en visites van de beide huisartsen; daarbij wordt tevens nagegaan, welke betekenis gesprekken over psychische of psychosociale problematiek hebben. Hierop volgt een beschrijving van de diagnostische en therapeutische activiteiten, en wordt ingegaan op de invloed van sekse en verzekeringvorm op het aantal voorschriften en verwijzingen. Vervolgens wordt beschreven welke overeenkomsten en verschillen tussen de beide huisartsen bestaan ten aanzien van contacten, gesprekken en diagnostische en therapeutische activiteiten. Tenslotte wordt ingegaan op enkele getalsmatige aspecten van voorschriften en actieve en passieve verwijzingen naar de medische specialist. Hierbij wordt tevens onderzocht in welke mate de patiënten een beroep doen op de assistente.

Methode

De praktijk is gesitueerd in een Utrechtse nieuwbouwwijk uit de zestiger en zeventiger jaren. De verhouding ziekenfondspatiënten/particulieren bedraagt 66/34 en komt dus ongeveer overeen met de landelijke verhoudin-

gen. De praktijk telt bijna 3000 patiënten.

De registratie heeft zeventien weken geduurd en liep van eind november 1982 tot begin april 1983. In deze periode viel de invoering van de zogenaamde eigenbijdrageregeling. De volgende gegevens werden vastgelegd:

- Alle arts-patiënt contacten (exclusief telefonische contacten) en alle diagnostische en therapeutische verrichtingen. Daartoe werd gebruik gemaakt van zogenaamde dagregistratieformulieren. Tevens werd aangetekend of er sprake was van een gesprekscontact over psychische of psychosociale problematiek.
- Alle voorschriften (gedefinieerd als „voorgeschreven geneesmiddelen”; één recept kan dus meer dan één voorschrift bevatten). Daartoe is gebruik gemaakt van receptpapier met doordrukkoepieën. Op de recepten werd genoteerd of het om een nieuw of een herhalingsvoorschrift ging en in welke situatie het recept werd uitgeschreven (spreekuur, visite, telefoon, balie).
- Alle verwijzingen en verwijskaarten voor de medisch specialist. Daartoe is gebruik gemaakt van verwijskaartenblocs met tussengevoegde registratieformulieren. Deze formulieren zijn ook voor de particulier verzekerde patiënten gebruikt. Er is onderscheid gemaakt tussen „actieve” en „passieve” verwijzingen. Bij een actieve verwijzing gaat het om een door de huisarts genomen beslissing de patiënt naar de medisch specialist te verwijzen; bij een passieve verwijzing gaat het om herhaalkaarten of „achteraf-verwijskaarten”. Verwijzingen naar oogheelkunde zijn apart aangetekend; dit zijn meestal verwijzingen in verband met refractiecorrectie.

Resultaten

In totaal vonden in de registratieperiode 3115 spreekuurcontacten en 345 visites plaats, dat is gemiddeld per week 183 spreekuurcontacten en 20 visites. Omgerekend doen de patiënten gemiddeld per jaar (van 46 werkweken) 3,1 maal een beroep op de huisarts: 2,8 spreekuurcontacten en 0,3 visites; overigens variëren deze gemiddelden vrij sterk per patiëntencategorie (tabel 1). Drie van de tien contacten zijn herhalingscontacten.

In de meeste gevallen is er een hulpvraag die op het lichamelijk vlak ligt en waarbij fysieke klachten en aandoeningen centraal staan. Bij 258 contacten (8 procent van alle spreekuurcontacten, gemiddeld vijftien per week) gaat het

* Mw. M. M. Kuyvenhoven is als socioloog verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Utrecht; M. M. van Hemert is huisarts te Utrecht; A. H. Thiecke[†] was huisarts te Utrecht en was tevens verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Utrecht. Het onderzoek vond plaats met medewerking van Sonja van Osch, Pieter Schouten en Jan Keukens, studenten geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht.^{1,2}

echter hoofdzakelijk om psychosociale problematiek.

Tijdens driekwart van de spreekuurcontacten vindt lichamelijk onderzoek plaats (tabel 2). Uitsluitend anamnese en aanvullend onderzoek zijn veel minder belangrijke categorieën; van de diensten van een diagnostisch centrum wordt slechts zelden gebruik gemaakt. Vier van de tien spreekuurcontacten worden beëindigd zonder een duidelijke interventie (voorschrift, verwijzing, kleine ingreep): de klacht wordt besproken, de patiënt wordt gerustgesteld en er worden afspraken gemaakt met betrekking tot het eventueel voortduren of veranderen van de klachten. In deze categorie vallen de meeste gesprekscontacten en de gevallen waarin aanvullend onderzoek wordt aangevraagd, terwijl (voorlopig) nog geen therapie wordt ingesteld. In ongeveer de helft van de gevallen wordt een voorschrift gegeven. Bij 6 procent van de contacten vindt een kleine ingreep plaats, zoals het plaatsen van een spiraaltje en het verwijderen van een atheroomcyste, en ongeveer even vaak wordt de patiënt verwezen: in 3 procent van de gevallen naar andere professies binnen de eerste lijn (verloskundige, maatschappelijk werker, enz.), en in 3 procent van de gevallen naar een medisch specialist (tabel 3).

Huisarts A had minder spreekuurcontacten (tabel 2) en deed minder visites dan B (155 tegen 190). Een analyse van de weekstaten leert dat dit verschil in de eerste tien weken is ontstaan; daarna is er geen verschil meer. Dit is mogelijk een indirect gevolg van de registratie. A had verder meer herhalingscontacten dan B, deed minder vaak lichamelijk onderzoek en schreef vaker iets voor (tabellen 2 en 3). Voor het overige zijn de verschillen miniem; ook het aantal gesprekscontacten was verhoudingsgewijs vrijwel gelijk.

In totaal zijn 3427 recepten uitgeschreven, waarvan 172 telefonisch en 129 tijdens een visite. Als we deze laatste

twee categorieën buiten beschouwing laten, komt dat neer op 3126 recepten met 4754 voorschriften. Dat is gemiddeld 4,4 voorschrift per patiënt per jaar. Er zijn aanzienlijke verschillen in het gemiddeld aantal voorschriften tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden en tussen mannen en vrouwen. Deze verschillen corresponderen met de verschillen in frequentie waarmee deze categorieën patiënten de huisarts consulteren (tabel 4).

Ruim een derde van het totaal aantal voorschriften wordt via de assistente aangevraagd (bijlage 1). Het gaat dan vooral om herhalingsrecepten. Door de ziekenfondsverzekerden (zowel mannen als vrouwen) wordt meer dan 60 procent van de herhalingsrecepten via de assistente aangevraagd, tegen 40 procent bij de particulier verzekerden. Bij de nieuwe recepten is dit percentage lager en loopt het voor de verschillende categorieën weinig uiteen (7-14%).

Tabel 1 – Table 1. Gemiddeld aantal spreekuurcontacten naar geslacht, huisarts en verzekeringsvorm. – Average number of office encounters by sex, general practitioner and type of health insurance.

| Sex | GP A | | | GP B | | | Both | | |
|-------|-------------|---------|-------|-------------|---------|-------|-------------|---------|-------|
| | Nat. Health | Private | Total | Nat. Health | Private | Total | Nat. Health | Private | Total |
| Men | 1.60 | 0.83 | 1.26 | 1.22 | 0.57 | 1.01 | 2.82 | 1.57 | 2.27 |
| Women | 1.43 | 1.60 | 1.47 | 2.00 | 1.83 | 1.96 | 3.43 | 3.43 | 3.43 |
| Total | 1.51 | 1.10 | 1.36 | 1.66 | 1.12 | 1.47 | 3.17 | 2.22 | 2.84 |

Tabel 2 – Table 2. De diagnostische activiteiten tijdens het spreekuur (percentages^a). – The diagnostic activities during office encounters (percentages^a).

| Diagnostic activities | A (n=1498) | B (n=1617) | Both (n=3115) |
|--|------------|------------|---------------|
| History-taking only | 19 | 15 | 17 |
| History-taking + physical examination | 62 | 75 | 69 |
| History-taking + physical examination + supplementary examinations | 12 | 9 | 11 |
| Unclassifiable + others | 6 | 2 | 4 |

^a Because decimals were rounded up or down, the sum of the percentages is not always 100.

Tabel 3 – Table 3. De therapeutische activiteiten tijdens het spreekuur (percentages^a). – The therapeutic activities during office encounters (percentages^a).

| Therapeutic activities | A (n=1481) | B (n=1617) | Both (n=3098) |
|--|------------|------------|---------------|
| None | 37 | 41 | 39 |
| Minor intervention | 5 | 7 | 6 |
| Medication | 51 | 46 | 48 |
| Referral to specialist | 3 | 3 | 3 |
| Referral within primary care system | 3 | 2 | 3 |
| Referral to psychologist, RIAGG ^b | 0 | 1 | 1 |

^a Because decimals were rounded up or down, the sum of the percentages is not always 100.

^b RIAGG = Regional Institute for Ambulatory Mental Health Care.

Tabel 4 – Table 4. Gemiddelde aantallen voorschriften, actieve verwijzingen en contacten naar verzekeringsvorm en geslacht. – Average number of medicines prescribed, active referrals and encounters by type of insurance and sex.

| | National Health | | Private | |
|------------|-----------------|------|---------|------|
| | M | F | M | F |
| | Interventions | 3.65 | 5.65 | 1.64 |
| Referrals | 0.09 | 0.11 | 0.08 | 0.11 |
| Encounters | 2.82 | 3.43 | 1.57 | 3.43 |

Tabel 5 – Table 5. Aantal verwijzingen per 1000 patiënten per jaar naar verzekeringsvorm – Number of referrals per 1000 patients per year by type of insurance.

| | Private | National Health Insurance | | | Total |
|-------|---------|---------------------------|---------|-------------|-------|
| | | Active | Passive | Ophthalmol. | |
| Men | 77 | 77 | 157 | 96 | 330 |
| Women | 112 | 106 | 166 | 163 | 435 |
| Total | 89 | 93 | 162 | 134 | 389 |

De f 2,50 eigen bijdrage heeft bij ziekenfondsverzekerden op korte termijn tot hamstergedrag geleid: in de dagen vóór 1 februari is een forse stijging in het aantal herhalingsvoorschriften te constateren (*bijlage 2*). Bij de nieuwe voorschriften is dit veel minder het geval. Na half februari is het gemiddelde aantal nieuwe voorschriften per week weer op het niveau van 1982. Bij de herhalingsvoorschriften blijft het gemiddelde aantal, waarschijnlijk als gevolg van het voorafgaande hamsteren, beduidend lager. Het gemiddeld aantal voorschriften voor particulieren schommelt, maar blijft vrij stabiel.

Bij een kwart van de 277 verwijskaarten voor ziekenfondsverzekerden gaat het om een actieve verwijzing, in de overige gevallen om een passieve verwijzing of een verwijzing naar de oogarts. De meeste herhaalkaarten zijn afgegeven voor de internist, de longarts, de cardioloog en de chirurg (respectievelijk 35, 15, 13 en 25).

Tussen ziekenfondsverzekerden en particuliere patiënten zijn geen verschillen in het aantal actieve verwijzingen. Vrouwen worden meer verwezen dan mannen, ook naar de oogarts. Bij de passieve verwijzingen/verwijskaarten zijn de sekseverschillen gering. De verschillen in het gemiddeld aantal verwijzingen per patiëntencategorie corresponderen met de verschillen in frequentie waarmee deze categorieën een beroep op de huisarts doen (*tabel 5*).

Bij de actieve verwijzingen wordt de specialist vrijwel altijd geïnformeerd omtrent het doel van de verwijzing. Slechts bij zeven van de 106 patiënten bleef dit achterwege. Bij de passieve en de oogheelkundige verwijskaarten blijft dergelijke informatie vrijwel altijd achterwege.

Tenslotte valt op dat bij de passieve en de oogheelkundige verwijzingen veelvuldig een beroep wordt gedaan op de assistente voor een verwijskaart (respectievelijk 58 en 49 procent).

Beschouwing

De betrouwbaarheid van het materiaal is onderzocht door drie medische studenten in het kader van hun wetenschappelijke stage in het derde jaar. Uit hun onderzoek blijkt dat onze gegevens voldoende volledig en betrouwbaar zijn voor een nadere analyse.² Bovendien komen onze gegevens *grosso modo* overeen met de gegevens uit andere praktijken (*bijlage 3*). Op een aantal bevindingen gaan wij nader in:

- Uit het materiaal komen enkele verschillen tussen de huisartsen A en B naar voren. Een verklaring voor deze verschillen ligt mogelijk in het feit dat B recenter in de praktijk is gekomen dan A. B krijgt misschien meer patiënten met nieuwe klachten, die lichamelijk onderzoek behoeven, terwijl A meer oude getrouwen heeft met een slechte gezondheid of een chronische aandoening, waarvoor medicatie nodig is. De registratie biedt hierover echter geen informatie.

Synopsis

Kuyvenhoven MM, Van Hemert MM, Thiecke AH. Encounters, prescriptions and referrals in a duo-practice. An exploration of professional behaviour in general practice. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 49-52, 60.

Introduction. This is a report on 17 weeks of registration of encounters, house calls, diagnostic and therapeutic activities, the influence of sex and type of insurance on prescriptions and referrals, differences in approach between two general practitioners, ratio between active and passive referrals to medical specialists, and the role of the practice nurse in this respect, in the duopractice of two of the authors.

Methods. The following data were registered:

- All doctor-patient encounters (excluding those by telephone) and all diagnostic and therapeutic activities.
- All prescriptions (defined as „medicines prescribed” to account for the fact that one prescription may comprise several medicines).
- All referrals and specialist-treatment cards to medical specialist. An active referral involves a decision by the general practitioner to refer a patient to a medical specialist; a passive referral involves a repeat specialist-treatment card or a „specialist-treatment card in retrospect”.

Results. Throughout the registration period there were 3115 office encounters and 345 house calls, i.e. a weekly average of 183 and 20 respectively. This means that

each patient averaged 3.1 encounters with the general practitioner per year (of 46 working weeks): 2.8 office encounters and 0.3 house calls (*table 1*).

Most office encounters involved a somatic problem, but 8 percent concerned psychosocial problems. A physical examination was made during most office encounters (*table 2*), while far fewer encounters involved only history-taking and supplementary examinations. Four out of ten office encounters were terminated without any definite intervention (prescription, referral, minor surgery); a prescription was given in some 50 percent of cases, while 12 percent of cases required minor surgery or referral (*table 3*).

Practitioner A had fewer office encounters and made fewer house calls than practitioner B (155 versus 190). Moreover, A had fewer repeat encounters than B, made fewer physical examinations and prescribed more frequently (*tables 2 and 3*). Otherwise differences were minimal; the number of encounters to discuss psychosocial problems, for instance, was relatively almost the same.

Prescriptions totalled 3427, including 172 given by telephone and 129 given during a house call. Deducting the last two categories, there were 3126 prescriptions with 4754 medicines prescribed, i.e. an annual average of 4.4 medicines prescribed per patient. The differences between the various patient categories correspond with the differences in frequency of doctor-patient encounters between these categories (*table 4*). At least one-third of the total number of medicines prescribed were re-

quested via the practise nurse; most of these involved repeat prescriptions. National health patients (male as well as female) requested more than 60 percent of the repeat prescriptions via the practice nurse, versus 60 percent for the private patients. For the new prescriptions this percentage was smaller and showed but little diversity in the various categories (7-14 percent).

One-quarter of the 277 specialist-treatment cards for national health patients involved an active referral; the remainder concerned passive referrals or referrals to an ophthalmologist. Most repeat specialist-treatment cards were given for internists, lung specialists, cardiologist and surgeons (35, 15, 13 and 25 respectively). National health patients and private patients did not differ in number of active referrals. Women were more often referred than men (including referrals to an ophthalmologist). For the passive referrals/specialist-treatment cards, sex differences were small. The differences in average number of referrals per patient category corresponded with differences in the frequency of doctor-patient encounters between these categories (*table 4*).

For passive and ophthalmological referrals, specialist-treatment cards were often requested from the practice nurse (58 percent and 49 percent respectively).

Keywords: Encounter; General Practice; Professional behaviour; Prescription; Referral.

Address of authors: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Mariahoek 6, 3511 LD Utrecht, The Netherlands.

Bijlage 1. Voorschriften naar verzekeringsvorm en geslacht, gerangschikt naar „voorschrijfroute”. Percentages.

| | Ziekenfonds | | | Particulier | | | Totaal | | |
|-----------------------------|-------------|----|------|-------------|----|------|--------|----|------|
| | M | V | Tot. | M | V | Tot. | M | V | Tot. |
| <i>Nieuwe voorschriften</i> | | | | | | | | | |
| Huisartsen | 88 | 88 | 88 | 93 | 86 | 89 | 90 | 88 | 88 |
| Via balie | 12 | 12 | 12 | 7 | 14 | 11 | 10 | 12 | 12 |
| <i>Herhaalvoorschriften</i> | | | | | | | | | |
| Huisartsen | 38 | 37 | 37 | 68 | 53 | 59 | 46 | 42 | 42 |
| Via balie | 62 | 63 | 63 | 32 | 47 | 41 | 54 | 58 | 58 |

Bijlage 2. Aantal nieuwe c.q. herhaalvoorschriften naar verzekeringsvorm, gerangschikt naar periode.^a

| Periode | Nieuw | | | | Herhaling | | | |
|---------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|
| | ziekenfonds | | particulier | | ziekenfonds | | particulier | |
| | n | /week | n | /week | n | /week | n | /week |
| I | 592 | 85 | 197 | 28 | 890 | 127 | 196 | 28 |
| II | 210 | 96 | 46 | 21 | 489 | 222 | 68 | 31 |
| III | 118 | 66 | 32 | 18 | 93 | 52 | 50 | 28 |
| IV | 498 | 83 | 177 | 30 | 484 | 81 | 180 | 30 |
| Totaal | 1418 | 83 | 452 | 27 | 1956 | 115 | 494 | 29 |

^a I: 29-11-1982 – 14-01-1983; II: 17-01 – 31-01-1983; III: 01-02 – 11-02-1983; IV: 14-02 – 01-04-1983.

- Bij de gesprekscontacten van de huisarts kan onderscheid gemaakt worden tussen explorerende, ondersteunende en evaluerende gesprekken; het verdient naar onze mening aanbeveling dit onderscheid in toekomstige registraties op te nemen. Afgezien daarvan achten wij het zinvol de waarde van dit soort consulten nader onder de loupe te nemen; het gaat hier om een niet geringe tijdsinvestering.

- Het lijkt de moeite waard de herhalingsreceptuur nader te analyseren; daarbij kan dan bekeken worden in hoeverre continuering van de medicatie gebaseerd is op rationele overwegingen. Bij eventuele veranderingen in de herhalingsreceptuur zal rekening moeten worden gehouden met de rol van de assistente.

- Onze bevindingen ten aanzien van het effect van de eigen-bijdrageregeling op het extramurale geneesmiddelengebruik vormt een bevestiging van uitkomsten uit eerder onderzoek.^{5 6}

- De vraag is of onze registratie een goed beeld geeft van de verwijzingen naar het maatschappelijk werk en de wijkverpleging. De beslissing daartoe gaat niet altijd gepaard met een „actieve” verwijzing door de huisarts, en in zo'n geval wordt ook geen verwijzing

genoteerd. Hiermee moet in toekomstige registraties rekening worden gehouden.

- Hoewel ziekenfondsverzekerden over het algemeen meer gebruik maken van gezondheidsvoorzieningen dan particulier verzekerden⁷, bestaat er geen relatie tussen de verzekeringsvorm en het aantal actieve verwijzingen. Er zijn wel seksegebonden verschillen, ook bij oogheelkundige verwijzingen; het is mogelijk dat in het laatste geval ook cosmetische factoren (een nieuwe bril) een rol spelen.

- Opvallend is dat bij de ziekenfondsverzekerden de actieve verwijzingen, met uitzondering van die voor oogheelkunde, slechts een kwart van het totaal aantal verwijzingen vormen. *Posthuma en Van der Zee* hebben erop gewezen dat passieve verwijzingen vaker afhankelijk zijn van de aanwezigheid van voorzieningen, terwijl de huisarts zelf vooral invloed heeft op de actieve verwijzingen.⁸ Het lijkt zinvol rekening te houden met deze observatie: in welke situaties wordt om een herhaalkaart gevraagd, heeft het zin dat de patiënt onder behandeling van de specialist blijft, en welke vorm van controle en samenwerking tussen huisarts en specialist is daarbij gewenst?

Het registreren van ons doen en laten heeft niet alleen aan de eindstreep resultaten opgeleverd. Het feit dat er geregistreerd werd, is door ons als een stimulans ervaren. Zo werd bijvoorbeeld het dagregistratie-formulier een steun bij de dagelijkse patiëntenbesprekingen.

De belasting voor assistente en huisarts viel mee. Wel bleek een regelmatige controle op volledigheid van de registratie noodzakelijk. De feed-back daaromtrent vormde een belangrijke stimulans voor de dagelijkse uitvoering.

Bij het opzetten, testen en bijstellen van onderzoeksvragen komen verschillen van inzicht aan het licht. Door het signaleren van sterke en zwakke zijden, en door het benoemen van complementaire of tegenstrijdige attitudes zijn we als samenwerkende huisartsen beter gaan functioneren. De samenwerking tussen huisartsen en gedragswetenschapper heeft een eigen waarde. Door samen onderzoek te doen, hebben we meer zicht op elkaars werk gekregen en op de mogelijkheden en onmogelijkheden daarbij.

Door het plotselinge overlijden van Bert Thiecke zijn de vele plannen die we hadden, bruusk verstoord. Hij was een onderzoekende practicus, erop uit om tot gefundeerde veranderingen te komen. Nu we zonder zijn veelzijdige inzichten en zonder zijn bezielende vriendschap verder gaan, blijven we de zin ervaren van evaluatie van geneeskundig handelen en verdieping van onderlinge samenwerking. In de toekomst zal dat verdere vorm krijgen.

Dankbetuiging

Met dank aan Astrid van Rijn, doktersassistente in de betrokken praktijk, voor haar zorgvuldige bijdrage aan de registratie, en aan Drs. H. M. Jacobs, socioloog verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde, voor de geautomatiseerde bewerking van de dagregistraties.

Bijlage 3. Vergelijking uitkomsten onderzoek duo-praktijk met uitkomsten monitoring-project.^{3 4}

| | Duo-praktijk | Monitoring-project |
|---|--------------|--------------------|
| Gemiddel aantal contacten per patiënt per jaar | 3,1 | 3,0 |
| Aantal laboratoriumaanvragen per 100 contacten | 6 à 9 | 7 |
| Aantal röntgenfoto's per week | 4,3 | 4,7 |
| Aantal voorschriften per 100 contacten c.q. problemen ^a | 52 | 40 |
| Aantal verwijzingen naar medisch specialisten per 100 contacten c.q. problemen ^a | 3 | 3,9 |
| Aantal verwijzingen binnen de eerste lijn per 100 contacten c.q. problemen ^a | 3 | 3,9 |

^a Duo-praktijk: per 100 contacten, monitoringproject per 100 problemen.

gegevens te verkrijgen: Vanaf de aanvang van mijn vestiging heb ik de uitslagen van röntgenonderzoeken in een apart systeem bewaard, zonder dat dit overigens een vooropgezet doel had. Bij vertrek van een patiënt uit de praktijk werden de röntgenuitslagen met het hele medisch dossier naar de nieuwe huisarts opgezonden, dan wel opgeslagen in een archief. Dat laatste gebeurde eveneens na het overlijden van een patiënt. Deze opzet heeft als logische consequentie, dat alle röntgenuitslagen die bij het begin van het onderzoek in het systeem aanwezig waren, toebehoorden aan mensen die in de praktijk waren ingeschreven.

Om het aantal spreekuurcontacten met nog ingeschreven mensen vast te stellen, moesten alle spreekuurcontacten met vertrokken en overleden personen worden uitgesloten. Dit is gebeurd door de spreekuurspraakboeken uit de jaren 1974-1982 te „schonen” van deze groep, naast de schifting die al nodig was om de „werkelijke eigen spreekuurcontacten” over te houden. Dit bleek een gigantisch werk, dat veel tijd in beslag nam, en dat mij duidelijk maakte dat de begrippen „monikenwerk” en „heidens karwei” dezelfde lading kunnen dekken. Het zou een plezierige omstandigheid zijn geweest indien van de uitgeschreven patiënten alle gegevens over de onderzochte parameters nog te achterhalen zouden zijn geweest. Weliswaar is wel het aantal spreekuurcontacten nog te tellen, maar dat geldt niet voor het aantal verwijzingen voor röntgendiagnostiek.

Hoewel ik, afgaande op mijn herinnering, niet de indruk heb dat de uitgeschreven patiënten zich qua medische consumptie aanzienlijk heeft onderscheiden van de onderzoekspopulatie, valt niet te ontkomen aan de mogelijkheid dat een selectiebias is opgetreden.

Uit mijn onderzoek blijkt dat het aantal per honderd spreekuurcontacten aangevraagde röntgenonderzoeken in de loop der jaren globaal is afgenomen. Deze conclusie dient te worden gezien tegen de achtergrond van mijn vrije vestiging, waarbij het aantal spreekuurcontacten jaarlijks is toegenomen.

Voor deze relatieve daling zijn verschillende verklaringen denkbaar. In de eerste plaats kan het klachtenaanbod per eenheid patiënten in de loop der jaren zodanig veranderen, dat er minder aanleiding bestaat om gebruik te maken van radiodiagnostiek. Ten tweede kan er, bij een ongeveer gelijkblijvend klachtenaanbod, door patiënten minder snel

worden aangedrongen op specialistisch onderzoek in het algemeen en röntgenonderzoek in het bijzonder. Deze neiging kan het gevolg zijn van een algemene maatschappelijke tendens, maar ook van een toenemend vertrouwen in de kundigheid van de huisdokter bij wie men, meer of minder lang, is ingeschreven. Ten derde kan de deskundigheid van de huisarts in de loop van zijn vestiging zodanig toenemen (ervaring), dat hij minder snel zijn onzekerheid zal trachten toe te dekken door het aanvragen van nogal eens nutteloze diagnostische verrichtingen. Doordat hij zijn ervaring op de een of andere wijze weet over te dragen op zijn patiënten, van wie hij er bovendien steeds meer gedurende een langere periode kent, zullen dezen hem daar dan ook minder snel toe verleiden.

Hoewel bewijzen in dit geval niet te leveren zijn, spreekt de laatste veronderstelling mij het meeste aan.

¹ De Haan MC. Huisarts en ziekenhuis. Med Contact 1974; 29: 675-80.

² Huygen FJH, De Melker RA. Over het verwijzen door de huisarts. Med Contact 1973; 28: 1299-1302.

³ Post D. Verwijzen, een analyse van 3 jaar huisartsenpraktijk. Med Contact 1983; 45: 1424-6 en 46: 1453-6.

⁴ Cottaar M, Van Doorn H, Lansink TH, e.a. Röntgenonderzoek in de huisartsenpraktijk. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 373-5.

⁵ Puylaert FWJ, Dierick MCIM. Het raadplegen van de diagnost. Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 192-6.

⁶ Eisenberg JM, Nicklin D. Use of diagnostic services by physicians in community practice. Med. Care 1981 March; 19 (3) 297-309.

⁷ Boots JMJ. Het werk van de huisarts (Dissertatie). Maastricht, 1983.

⁸ Jaarverslagen Algemeen Ziekenfonds „Zuid-Hollandse Eilanden”. Zwijndrecht, 1974-1982.

⁹ Sanders HWA. In: Klinische betekenis van degeneratieve afwijkingen van de lumbale wervelkolom en consequenties voor het aantonen ervan; radiologische aspecten. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1374-7.

Abstract

Knook H. Radiogram of a private practice. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 58-60.

The problem statement of this study was whether the number of referrals to the radiologist made by the author has changed in the course of the years.

The author established himself in private practice in October 1973. The study con-

cerned the period 1974-1982 and was confined to the patients registered in the practice per 31st December 1982. The office encounters were „corrected” for locum tenens encounters and office encounters for the purpose of vaccination, desensitization, medical examinations and check-ups.

The findings show that the number of referrals to the radiologist per one-hundred office encounters diminished in the course of the years. The author suggests three possible explanations:

- a change in the complaints presented in the course of the period studied;
- less insistence by patients on examination by a specialist, i.e. a radiologist;
- increased experience and expertise on the part of the doctor.

Keywords: General practice; Radiology; Referral.

Author's address: Roerdomp 10, 2986 XA Ridderkerk, The Netherlands.

Literatuur bij
Kuyvenhoven MM, e.a. Contacten,
recepten en verwijzingen in een
duopraktijk (pp. 49-52).

¹ Kuyvenhoven MM, Thiecke AH, Van Hemert MM. Een registratie van contacten, recepten en verwijzingen. Een aanzet tot intercollegiale toetsing; fase 1. Utrecht: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1984.

² Van Osch S, Schouten P, Keukens J. Enkele aspecten van een registratie van contacten, recepten en verwijzingen in een duopraktijk. Verslag van een wetenschappelijke stage bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde. Utrecht: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1984.

³ Lamberts H. Hoe beïnvloedbaar is de huisarts? Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 371-8, 424-30.

⁴ Lamberts H. Praktische gegevens voor een vestigingsbeleid in de eerstelijnsgezondheidszorg. De betekenis van geografische en verbruiksfactoren. Med Contact 1981; 36: 269-75.

⁵ De Kleijn JJM, e.a. V.N.Z.-onderzoek naar voorschrijfgedrag. Patiënt krijgt steeds grotere hoeveelheden geneesmiddelen. Inzet 1983; 7: 4-6.

⁶ Post D. Wijzigingen in de prescriptie. Het effect van de oktober- en de februarimaatregel. Med Contact 1984; 39: 19-21.

⁷ Van Vliet RCJA, Van de Ven WPMM. Analyse van verschillen in medische consumptie tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Gezondheid en Samenleving 1982; 3: 54-72.

⁸ Postuma BH, Van der Zee J. Tussen eerste en tweede echelon (twee delen). Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1977, 1978.