

groepen, fundamenteel anders van aard is dan de gebruikelijke praktijkvoering. Vaak wordt door de huisarts slechts „loketgeneeskunde” geleverd.

Dit betekent dat vele huisartsen 's morgens niet weten wat zij die dag te zien zullen krijgen, terwijl zij 's avonds dikwijls niet meer weten wat ze die dag hebben gezien. Wij menen, dat het beschikken over hanteerbare registers van categorieën risicopatiënten en het systematisch bewaken van deze categorieën van essentieel belang is voor het kunnen leveren van een goede huisartsgeneeskundige zorg aan de bevolking.

Het afbreken van een behandeling door de patiënt gebeurt, naar onze ervaring, zelden uit onwil. Meestal is er dan sprake van vergeten of versloffen. Juist dan kan een goede praktijkorganisatie veel betekenen. Uiteraard behoudt een patiënt altijd het recht een behandeling te weigeren. Uit eigen ervaring en die van andere blijkt dit echter zelden voor te komen.³

Wij menen dat de gegevens van dit onderzoek erop wijzen, dat de huisarts een belangrijke bijdrage kan leveren aan de behandeling van hypertensie door te zorgen voor een systematische praktijkvoering. Hierbij kan een goed geïnstrueerde assistente een belangrijke, ondersteunende rol spelen. Goede taakverdeling en werkafspraken tussen huisarts en assistente lijken daarbij essentieel. Binnen het kader van preventieve geneeskundige zorg blijkt over de verdeling van verantwoordelijkheden tussen arts en patiënt nog nauwelijks te zijn nagedacht. Oorzaken van non-compliance worden meestal vooral bij de patiënt gezocht. Sinds kort worden ook het gedrag van de arts en zijn wijze van praktijkvoering beschouwd als belangrijke oorzaken van non-compliance. In dit kader is het duidelijk dat zowel de uitspraak „alleen de patiënt is verantwoordelijk” als de uitspraak „alleen de huisarts is verantwoordelijk” te ongenueanceerd is.

Tegen het vervullen van een actieve, regulerende rol bij het behandelen en onder controle houden van hypertensiepatiënten bestaan nogal wat bezwaren bij huisartsen. Dit zou „medicaliserend” werken. Uit studies in Nederlandse huisartspraktijken is hiervan nooit iets gebleken.^{4,5} Deze bezwaren worden bovendien door huisartsen nauwelijks genoemd als het gaat over het al of niet regelmatig herhalen van mammoografieën of cervixsmears, terwijl het nut daarvan nog allerminst is vastgesteld.

Literatuur op p. 77.

Radiogram van een vrije vestiging

H. KNOOK*

In een thans ruim 3000 zielen tellende solopraktijk, die in 1973 als vrije vestiging is begonnen, werd onderzocht of er in de loop van de periode 1974-1982 veranderingen zijn opgetreden in het relatieve aantal verwijzingen naar de radiodiagnost, dit tegen de achtergrond van een jaarlijks groeiende praktijkpopulatie. De conclusie luidt dat het aantal röntgenverwijzingen per honderd spreekuurcontacten in de loop der jaren afneemt. Tegelijkertijd neemt ook het percentage verwijzingen naar andere specialismen af, waaruit een toename van de zelfwerkzaamheid van de auteur blijkt. Naar subjectieve maatstaven speelt hierbij zijn toegenomen zelfvertrouwen een belangrijke rol.

Inleiding

De röntgendiagnostiek is in ons land een voorziening waarvan de huisarts zonder tussenkomst van andere specialisten gebruik kan maken. De mogelijkheid om patiënten direct naar de radiodiagnost te verwijzen, betekent niet alleen een verdieping van zijn werk^{1,2}, maar heeft ook een aantoonbaar besparend effect op de kosten van andere specialistische verwijzingen.³

Op grond van welke overwegingen huisartsen patiënten voor röntgenonderzoek verwijzen, wat zij verwachten omtrent de uitslag daarvan en welke consequenties zij aan de uitslag verbinden, is onderwerp geweest van eerder onderzoek.⁴ Ook is onderzoek verricht naar de relatie tussen het aantal röntgenologische verwijzingen en de praktijkervaring: (huis)artsen met een langere ervaring verwijzen minder patiënten naar de radiodiagnost dan minder ervaren collega's.^{6,7} In welke mate het toenemen van de ervaring invloed heeft op de ontwikkeling van het aantal verwijzingen, valt uit deze studies echter niet op te maken.

In mijn solopraktijk, die ik in november 1973 als vrije vestiging ben begonnen, heb ik van meet af aan gebruik gemaakt van de mogelijkheid om patiënten naar de radiodiagnost te verwijzen. Het door mij uitgevoerde retrospectieve onder-

zoek heeft als vraagstelling of er in de loop der jaren een kwantitatieve verandering is opgetreden in mijn aanvragen voor röntgendiagnostisch onderzoek.

Methoden

Mijn praktijk bestaat vanaf het begin uit ongeveer 60 procent ziekenfondsverzekerden en 40 procent particulier verzekerden. Ook de leeftijdsopbouw is min of meer constant gebleven: relatief weinig bejaarden en veel jonge gezinnen met twee of drie kinderen. De praktijk is niet-apotheekhoudend en is gelegen in de gemeente Ridderkerk, ten zuidoosten van Rotterdam. Er zijn gemakkelijke verbindingen met Rotterdam-Zuid, waar de ziekenhuizen openstaan voor röntgendiagnostiek door huisartsen. Er zijn in onze gemeente in totaal veertien huisartspraktijken en de waarneming is goed geregeld.

Het onderzoek heeft betrekking op de periode 1974-1982 en is beperkt tot de patiënten die per 31 december 1982 in mijn praktijk stonden ingeschreven; vertrokken of overleden personen zijn buiten beschouwing gebleven.

De volgende gegevens zijn uit de administratie gelicht:

- alle aanvragen voor röntgenonderzoek ten behoeve van de patiëntenpopulatie per 31 december 1982;
- alle spreekuurcontacten.

Deze spreekuurcontacten zijn in eerste aanleg „gezuiverd” van contacten tij-

* Huisarts te Ridderkerk.

Tabel 1. *Praktijkomvang en spreekuurcontacten, 1974-1982. Tussen haakjes de groeipercentages ten opzichte van het voorafgaande jaar.*

Jaar	Praktijkomvang	Spreekuurcontacten	
		werkelijke contacten	gecorrigeerde cijfers
1974	1133	2440	1482
1975	1410 (24)	3201 (31)	2146 (45)
1976	1519 (8)	3573 (12)	2591 (21)
1977	1608 (6)	3644 (2)	2808 (8)
1978	1692 (5)	3713 (2)	3035 (8)
1979	2288 (35)	4826 (30)	4255 (40)
1980	2829 (24)	6118 (27)	5498 (29)
1981	3000 (6)	6450 (5)	5992 (9)
1982	3211 (7)	7447 (15)	7086 (18)

Tabel 2. *Spreekuurcontacten (gecorrigeerde cijfers) en röntgenverwijzingen, 1974-1982.*

Jaar	Spreekuurcontacten	Röntgenverwijzingen	
		aantal	per 100 contacten
1974	1482	62	4,2
1975	2146	88	4,1
1976	2591	114	4,4
1977	2808	94	3,4
1978	3035	108	3,6
1979	4255	133	3,1
1980	5498	219	4,0
1981	5992	206	3,4
1982	7086	245	3,5
Totaal	34893	1269	3,6

dens de waarneming en spreekuurbezoeken voor vaccinatie, desensibilisatie, keuringen en controles. Dit leverde de „werkelijke eigen spreekuurcontacten” op. Uit dit materiaal zijn vervolgens de spreekuurbezoeken van alle vertrokken en overleden patiënten verwijderd. Wat resteert, zijn de „gecorrigeerde cijfers”.

Resultaten

Van de in totaal 41.412 „werkelijke eigen spreekuurcontacten” hadden er 34.893 betrekking op per 31 december 1982 ingeschreven patiënten („gecorrigeerde cijfers”). Voorts werden 1315 röntgenuitslagen betreffende 989 personen verzameld.

Tabel 1 geeft een beeld van de ontwikkeling van de praktijk, gerekend naar het aantal patiënten per 31 december. Opvallend is dat zich in de jaren 1976-1978 een forse groeivertraging heeft voorgedaan. De jaarlijkse groei van het aantal eigen spreekuurcontacten ligt 2-14 procent lager dan de groei van de gecorrigeerde aantallen. Dit verschil is

een gevolg van de toegepaste selectiecriteria.

De eerste indruk uit tabel 2 is dat toename van het aantal spreekuurcontacten niet heeft geleid tot een relatieve stijging van het aantal röntgenverwijzingen. Dit aantal neemt procentueel zelfs af. Dit zou kunnen betekenen dat er meer verwijzingen naar andere specialisten plaatsvinden als uiting van een verminderde „zelfwerkzaamheid”. Een indicatie voor het tegendeel daarvan is de sterke afname van het aantal aan ziekenfondsverzekerden verstrekte verwijskaarten inclusief herhaal kaarten (tabel 3).

Tabel 4 geeft de verdeling van de 1315 röntgenuitslagen minus 46 herhalingsonderzoeken over een aantal indicatiegroepen. Uit het feit dat deze uitslagen betrekking hebben op 989 personen, blijkt dat vrij veel patiënten voor twee of meer onderzoeken zijn verwezen. De verdeling over de indicatiegroepen stemt grotendeels overeen met wat uit ander onderzoek bekend is.³⁻⁵ Het aantal galblaasonderzoeken be-

draagt in de meeste jaren minder dan 50 procent van het aantal overige röntgenonderzoeken van het bovenste deel van de tractus digestivus; daaruit valt te concluderen dat deze onderzoeken niet altijd tegelijk worden aangevraagd. Verder valt op dat het aantal maagonderzoeken in de loop der jaren is afgenomen. Dit weerspiegelt ongetwijfeld het feit dat in toenemende mate moderne middelen als cimetidine en ranitidine zijn voorgeschreven. De mogelijkheid dat hierdoor maligniteiten worden gemaskeerd, is in dit verband een aansporing tot waakzaamheid.

Tenslotte blijkt dat het onderzoek van de wervelkolom een belangrijke groep vormt. Naar aanleiding van een recente publikatie uit de radiologische hoek⁹ past hier in het vervolg een kritische terughoudendheid.

Beschouwing

Het heeft zinnige aandacht te besteden aan de moeilijkheden die moesten worden overwonnen om de benodigde

Tabel 3. *Aantal verwijskaarten per honderd ziekenfondsverzekerden exclusief verwijzingen naar de radiodiagnostiek (maar inclusief herhaal kaarten), 1974-1982.³*

Jaar	Aantal
1974	53
1975	53
1976	52
1977	50
1978	42
1979	46
1980	42
1981	42
1982	42

Tabel 4. *Verdeling van in totaal 1269 röntgenverwijzingen bij 989 patiënten over tien indicatiegroepen, 1974-1982. Afgeronde percentages per jaar.*

	1974 (n=62)	1975 (n=88)	1976 (n=114)	1977 (n=94)	1978 (n=108)	1979 (n=133)	1980 (n=219)	1981 (n=206)	1982 (n=245)
KNO ^b	3	6	5	7	9	6	10	11	10
Wervelkolom	42	27	25	30	27	27	27	31	27
Thorax	8	9	7	5	15	11	13	12	10
Extremiteten ^a	13	35	28	27	16	29	28	29	27
Maag	23	10	15	14	15	11	9	7	9
Galblaas	6	5	7	5	9	6	3	3	4
Colon	0	5	3	1	0	2	1	1	1
IVP	5	1	4	4	2	2	2	1	1
Mammografie	0	2	5	6	6	5	5	2	7
Diversen ^c	0	0	0	0	2	3	1	2	4

^a Traumata zijn merendeels ondergebracht in de rubriek Extremiteten.

^b Inclusief schedelfoto's. ^c Onder meer sialografie en ECHO.

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.