

Het zieke kind,  
een zorg voor huisarts en kinderarts

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Het zieke kind, een zorg voor huisarts en kinderarts /  
Louise Wilhelmina Antoinette van Suijlekom-Smit,  
Elisabeth Crone-Kraaijeveld. - Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam,  
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen,  
Afdeling Huisartsgeneeskunde / Kindergeneeskunde. - Ill.  
Proefschrift Rotterdam. Met lit. opg. - Met samenvatting in het Engels.

ISBN 90-74494-03-X

NUGI 756

Trefw.: huisartsgeneeskunde / kindergeneeskunde.

© Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

Vormgeving en opmaak: Joop van Dijk

Druk: ICG-Printing, Dordrecht

Voor het drukken van dit proefschrift ontvingen wij een bijdrage van:

- Novo Nordisk Farma bv • Pharmacia bv • Sandoz bv • Pfizer bv Barlett divisie
- SmithKline Beecham Farma bv • Astra Pharmaceutica bv • Abbott bv • Fisons bv

# Het zieke kind, een zorg voor huisarts en kinderarts

*Illness in childhood,  
general practitioner's and pediatrician's concern*

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor  
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam  
op gezag van de Rector Magnificus  
Prof. Dr. P.W.C. Akkermans M. Lit.  
en volgens besluit van het College van Dekanen

De openbare verdediging zal plaatsvinden  
op woensdag 31 augustus 1994

om 15.30 uur

door

Louise Wilhelmina Antoinette van Suijlekom-Smit

geboren te Amsterdam

om 14.00 uur

door

Elisabeth Crone-Kraaijeveld

geboren te Rotterdam

## **Promotiecommissies**

### *L.W.A. van Suijlekom-Smit*

Promotores: Prof. Dr. H.K.A. Visser  
Prof. Dr. H.J. Dokter

Overige leden: Prof. Dr. A.F. Casparie  
Prof. Dr. J. van der Zee

### *E. Crone-Kraaijeveld*

Promotores: Prof. Dr. H.J. Dokter  
Prof. Dr. H.K.A. Visser

Overige leden: Prof. Dr. A.F. Casparie  
Prof. Dr. J. van der Zee

*Er is meer dan voorheen in de wereld te doen*

Thorbecke 1798-1872

Ter nagedachtenis aan mijn vader  
Aan mijn moeder  
Voor Rob,  
Dirk Pieter, Lous en Wouter



*Het hart heeft zijn redenen, die het verstand niet kent*

Blaise Pascal 1623-1662

Aan mijn ouders,  
Gerard en Sjoerd

Het project 'Samenwerking ziekenhuis en eerstelijns met betrekking tot de kindergeneeskunde' werd gefinancierd door het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen (Vernieuwingsfonds Extramurale Vakken/Toponderzoek Eerstelijns).

Het werd uitgevoerd door het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut en de afdeling Kindergeneeskunde van de Erasmus Universiteit en het Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Sophia Kinderziekenhuis in samenwerking met de huisartsen, werkzaam in het gezondheidscentrum te Krimpen aan den IJssel.

Gezien de opzet van het onderzoek, waarbij de samenhang tussen huisartsgeneeskundige en kindergeneeskundige voorzieningen werd onderzocht, is een aantal hoofdstukken door beide auteurs gezamenlijk geschreven.

De hoofdstukken 5.3, 5.4, 6 en 12 zijn voornamelijk geschreven door E. Crone-Kraaijeveld.

De hoofdstukken 5.5, 5.6, 7, 10 en 11 zijn voornamelijk geschreven door L.W.A. van Suijlekom-Smit.



# Inhoudsopgave

## I. Probleemstelling

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Inleiding</b>  | <b>13</b> |
| <b>2. Zorg voor het zieke kind in eerste- en tweedelij</b>                     | <b>15</b> |
| 2.1. Inleiding   |           |
| 2.2. De zorg voor het zieke kind binnen het Nederlandse gezondheidszorgsysteem |           |
| 2.3. Maatschappelijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg                     |           |
| 2.4. Samenwerking tussen eerste- en tweedelij en factoren die deze beïnvloeden |           |
| 2.5. Samenvatting  |           |

## II. Onderzoek naar de zorg voor het zieke kind door huisarts en kinderarts

### Analyse van de knelpunten in de samenwerking

|   |           |
|---|-----------|
| <b>3. De onderzoeklokaties</b>  | <b>31</b> |
| 3.1. Inleiding  |           |
| 3.2. De populatie   |           |
| 3.3. De eerstelijnsvoorzieningen  |           |
| 3.4. De kindergeneeskundige voorzieningen                                 |           |
| 3.5. Kanttekeningen   |           |
| <b>4. Opzet van de parallelregistratie en aanvullende dataverzameling</b> | <b>37</b> |
| 4.1. Inleiding  |           |
| 4.2.1. Registratieformulieren   |           |
| 4.2.2. Inhoud van de registratie  |           |
| 4.3. Duur van de registratie  |           |
| 4.4.1. Opzet in de huisartspraktijk                                       |           |
| 4.4.2. Opzet in de kinderartspraktijk                                     |           |
| 4.5. Aanvullende dataverzameling  |           |
| 4.6. Dataverwerking   |           |
| <b>5. De huisartsgeneeskundige en kindergeneeskundige zorgverlening</b>   | <b>45</b> |
| 5.1. Inleiding  |           |
| 5.2.1. Respons in de parallelregistratie                                  |           |
| 5.2.2. Samenvatting   |           |
| 5.3. Contacten in de huisartspraktijk                                     |           |
| 5.3.1. Contactgegevens  |           |
| 5.3.2. Beleid van de huisarts   |           |
| 5.3.3. Samenvatting   |           |
| 5.4.1. Verwijzingen naar de tweedelij                                     |           |
| 5.4.2. Verwijzingen naar de kinderarts                                    |           |
| 5.4.3. Zorgverlening in de neonatale periode                              |           |
| 5.4.4. Samenvatting   |           |
| 5.5.1. Nieuwe patiënten op de poliklinieken kindergeneeskunde             |           |
| 5.5.2. Samenvatting   |           |

- 5.6.1. Kinderen langer bekend bij de kinderarts
- 5.6.2. Samenvatting
- 5.7.1. Morbiditeit
- 5.7.2. Samenvatting
- 5.8. Beschouwing

**6. Vergelijking van de registratie in Krimpen aan den IJssel met gegevens uit de Nationale Studie** 83

- 6.1. Inleiding
- 6.2. Methode
- 6.3. Resultaten
- 6.3.1. Volledigheid van de contactregistratie
- 6.3.2. Vergelijking Krimpen aan den IJssel en de Nationale Studie
- 6.4. Beschouwing

**7. Mogelijke beïnvloeding van huisarts en kinderarts door het registreren** 97

- 7.1. Inleiding
- 7.2. Methode
- 7.3. Resultaten
- 7.4. Beschouwing

**8. Analyse van de zorgverlening door huisarts en kinderarts en knelpunten in de samenwerking** 105

- 8.1. De zorgverlening
- 8.2. Knelpunten

**III. De kinderarts als consulent binnen de eerstelijns**

**9. De interventiemogelijkheden** 111

- 9.1. Inleiding
- 9.2. Overzicht elders uitgevoerde experimenten betreffende samenwerking eerste- en tweedelijns
- 9.3. Besluitvorming omtrent uit te voeren interventies
- 9.4. Uitgevoerde interventies en veronderstelde effecten

**10. Eenmalig kindergeneeskundig consult in de huisartspraktijk** 121

- 10.1. Inleiding
- 10.2. Methode
- 10.3. Patiënten op het consultspreekuur
- 10.4. Nieuwe patiënten op de poliklinieken kindergeneeskunde voor en tijdens het consultspreekuur en een vergelijking met de patiënten op het consultspreekuur
- 10.5. Oordeel van ouders en huisartsen
- 10.6. Beschouwing

**11. Afstemming van zorg voor bij de kinderarts bekende kinderen; overzichten polikliniekbezoek en besprekingen** 137

- 11.1. Inleiding
- 11.2. Methode
- 11.3. Resultaten
- 11.4. Beschouwing

**12. Nascholingsbijeenkomsten in het gezondheidscentrum** 149

- 12.1. Inleiding
- 12.2. Methode
- 12.3. Nascholingsbijeenkomst betreffende gastroënteritis
- 12.4. Nascholingsbijeenkomst betreffende luchtwegproblemen
- 12.5. Beschouwing

**IV. Ten slotte**

**13. Beschouwingen en conclusies** 161

- 13.1. Gezondheidszorg voor het kind door huisarts en kinderarts
- 13.2. Problemen bij de afstemming van zorg verleend door huisarts en kinderarts
- 13.3. De kinderarts als consultant in de eerstelijns
- 13.4. Hoe kan de zorg voor het zieke kind verder verbeterd worden?

**14. Samenvatting/Summary** 169/175

**Referenties** 179

**Bijlagen** 193

- 3.1. Overzicht onderzoekopzet
- 3.2. Contract Erasmus Universiteit Rotterdam en de Stichting Huisartsen Krimpen aan den IJssel betreffende project 'Huisarts-Kinderarts'
- 3.3. Bevolkingsopbouw gemeente van onderzoek 1988-1991
- 3.4. Gegevens polikliniek algemene kindergeneeskunde 1988
- 4.1. Formulier 1
- 4.2. Formulier 2
- 4.3. Formulier 3
- 4.4. Formulier 4
- 4.5. Formulier 5
- 4.6. Formulier 6/7
- 4.7. Handleiding voor huisartsen en praktijkassistenten
- 4.8. Toelichting formulier kindergeneeskundige consulten
- 4.9. Privacy-reglement parallelregistratie
- 4.10. ICPC en toevoegingen
- 9.1. Voorstel interventies ter bespreking vergadering Stichting Huisartsen Krimpen aan den IJssel
- 10.1. Aanmeldingsformulier consultspreekuur
- 10.2. Verslagformulier eenmalig consult
- 10.3. Evaluatieformulier eenmalig consult
- 10.4. Brief ouders
- 10.5. Enquête ouders
- 10.6. Enquête huisartsen
- 11.1.-3. Consultregistratie poliklinieken kindergeneeskunde ten tijde van de interventies
- 11.4. Aanmeldingsformulier consultbespreking
- 12.1. Privacy-reglement gegevens apothekers

**Curricula vitae** 245/247

**Dankwoorden** 249/253



# 1. Inleiding

Is er een reden tot zorg over de wijze waarop de medische zorg voor kinderen in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem is verankerd? Ogenschijnlijk niet!

Vrijwel nergens ter wereld zijn de cijfers die een maat vormen voor de gezondheidstoestand van kinderen gunstiger. Zou het toch nog beter kunnen?

De zorg voor het zieke kind is in ons land primair de taak van de huisarts, dit in tegenstelling tot de situatie in veel andere landen waar zowel de curatieve als de preventieve zorg veelal door de kinderarts wordt verleend. Specialistische zorg, ook die van de kinderarts, wordt gegeven na verwijzing en de preventieve zorg is in handen van de jeugdgezondheidszorg.

Zijn er punten waarop de zorg door de huisarts te kort schiet, op welke wijze zou de kinderarts kunnen bijdragen aan een verbetering van de zorg en is de wisselwerking tussen de circuits waarin de zorg wordt verleend optimaal?

Voor de afdelingen huisartsgeneeskunde en kindergeneeskunde van de Erasmus Universiteit Rotterdam was dit begin jaren tachtig een discussiepunt.

In 1986 werden door het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen gelden beschikbaar gesteld voor projecten, gericht op onderzoek dat een bijdrage levert aan de versterking van de extramurale gezondheidszorg. Uit het Vernieuwingsfonds Extramurale Vakken/Toponderzoek Eerstelijns werden gelden toegekend aan de afdelingen Huisartsgeneeskunde en Kindergeneeskunde van de Erasmus Universiteit Rotterdam om onderzoek te verrichten naar de samenwerking tussen huisarts en kinderarts.

De doelstelling van het onderzoek was na te gaan of er knelpunten zijn in de wijze waarop de zorg voor zieke kinderen door huisarts en kinderarts wordt gerealiseerd en op welke punten de samenwerking tussen huisarts en kinderarts niet optimaal is. Indien problemen gesignaleerd werden zou worden nagegaan of de werkwijze van en de interacties tussen huisarts en kinderarts door interventies verbeterd konden worden, er van uitgaande dat dit zou bijdragen tot de verbetering van de zorg voor het zieke kind.

In eerste instantie werd door middel van een parallelregistratie nagegaan welke zorg in beide echelons wordt verleend aan een welomschreven groep kinderen.

Hierbij was de vraagstelling:

- Welke zorg wordt door de huisarts verleend?
- Voor welke problemen verwijst de huisarts kinderen naar het tweede echelon en in het bijzonder naar de kindergeneeskunde?
- Welke zorg wordt door de kinderarts verleend en door wie wordt deze zorg geïnitieerd?

Vervolgens werd nagegaan of de noodzaak bestond aspecten in de zorgverlening voor het zieke kind te verbeteren door een betere samenwerking tussen huisarts en kinderarts. De voornaamste vraagstelling was:

- Hoe is de zorgverlening van huisarts en kinderarts op elkaar afgestemd vooral bij patiënten waarbij beide hulpverleners betrokken zijn?

De gegevens van de registratie in de huisartspraktijk werden getoetst aan de gegevens verkregen uit de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). Enerzijds om de generaliseerbaarheid van de resultaten van het inventariserende onderzoek te onderzoeken en anderzijds om de betrouwbaarheid van de registratie te beoordelen.

De mogelijke invloed van de registratie op het handelen van de betrokken artsen werd nagegaan door - met behulp van patiëntendossiers in het Sophia Kinderziekenhuis - het verwijsgedrag en de informatie-overdracht ten tijde van de registratie te vergelijken met de voorafgaande periode.

In de tweede fase van het onderzoek werd naar aanleiding van de eerder gesignaleerde knelpunten in de zorgverlening en de samenwerking een aantal wenselijke interventies geformuleerd. Daarna werd in overleg met de betrokken huisartsen besloten welke interventies uitgevoerd konden worden. Uitgangspunt bij deze interventies was een kinderarts te laten functioneren als consulent binnen de eerstelijns. Hiertoe werd een kindergeneeskundig spreekuur in het gezondheidscentrum, waar alle betreffende huisartspraktijken gevestigd zijn, ingesteld voor een eenmalige beoordeling van patiënten die niet bekend waren bij een kinderarts. Tevens werden besprekingen in de diverse praktijken en nascholingsbijeenkomsten voor alle betrokken huisartsen georganiseerd. De vragen met betrekking tot deze interventies waren:

- Voor welke patiënten werd gebruik gemaakt van de mogelijkheid tot eenmalig kindergeneeskundig consult in de huisartspraktijk en in hoeverre werden de huisartsgeneeskundige zorgverlening en de verwijzingen naar de kinderarts beïnvloed door deze vorm van consultatie?
- Kan door consultbesprekingen betreffende patiënten die bij de kinderarts onder behandeling zijn, de afstemming van de zorgverlening door huisarts en kinderarts worden verbeterd?
- Beïnvloeden nascholingsbijeenkomsten het beleid van de huisarts?

Ten slotte worden enkele aanbevelingen voor de verbetering van de zorg verleend door huisarts en kinderarts geformuleerd.

## 2. Zorg voor het zieke kind in eerste- en tweedelij

### 2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de wijze waarop binnen het Nederlandse gezondheidszorgsysteem de zorg voor het zieke kind is georganiseerd beschreven. Daarbij wordt tevens een overzicht gegeven van wat bekend is betreffende de morbiditeit op de kinderleeftijd, met name zoals aangeboden wordt in de huisarts- en kinderartspraktijk.

Vervolgens worden de historische ontwikkelingen samengevat, die hebben geleid tot de maatschappelijke belangstelling voor de samenwerking tussen eerste- en tweedelij.

Ten slotte worden verschillende factoren beschreven, die in de opeenvolgende fasen na het besluit tot verwijzen van invloed zijn op de samenwerking tussen huisarts en specialist.

### 2.2. De zorg voor het zieke kind binnen het Nederlandse gezondheidszorgsysteem

Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem is, mede door afspraken binnen het verzekeringsstelsel, gebaseerd op een structuur waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Uitgangspunt is dat de zorg voor de individuele patiënt in eerste instantie wordt gerealiseerd binnen de eerstelijnsgezondheidszorg en dat zorg binnen de tweedelij uitsluitend wordt verleend na verwijzing. De eerstelijnsgezondheidszorg wordt in ministeriële stukken omschreven als een op de wijk gerichte vorm van gezondheidszorg met vier kerndisciplines te weten: de huisarts, het kruiswerk, het algemeen maatschappelijk werk en de gezinszorg. Om deze kern functioneren binnen de eerstelijnsgezondheidszorg: verloskundige, apotheker, tandarts en diverse paramedici (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1985, 1986). Het belangrijkste kenmerk van deze zorg is dat deze zonder tussenkomst toegankelijk is, in een ambulante setting wordt geleverd en generalistisch van aard is. De situering is dichtbij of te midden van de doelpopulatie (Van der Zee 1989).

Tot de gezondheidsvoorzieningen in de tweedelij wordt gerekend alle specialistische zorg zowel klinisch als poliklinisch, verleend vanuit ziekenhuizen waarin basisspecialistische zorg wordt gegeven of vanuit (academische) centra voor topklinische zorg, waarbij de topklinische- en topreferentiezorg ook wel derdelijnsgezondheidszorg genoemd worden.

Voorts onderscheidt men basisgezondheidsdiensten en de voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1986).

De tweedeling tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg is in een aantal opzichten minder gelukkig. Een zodanige organisatie van het zorgaanbod dat er sprake is van een continuüm verdient in een aantal opzichten de voorkeur, waarbij dan gesproken wordt van generalistische zorg, transmurale zorg en specialistische zorg (Commissie modernisering curatieve zorg 1994).

Ook de gezondheidszorg voor kinderen wordt in ons land primair geregeld binnen de eerstelij, met name door de huisarts. Specialistische zorg, door kinderarts en anderen, wordt in principe verleend na een verwijzing.

In de Nota 2000 is het gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen door kinderen weergegeven in twee leeftijdscategorieën. Dit in tegenstelling tot de overige publikaties van de cijfers verkregen via de continue gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1986; Centraal Bureau voor de Statistiek 1993).

De 0- tot 4-jarige kinderen hadden in de jaren 1981-1983 gemiddeld 3,6 contacten per jaar met hun huisarts en 1,2 maal contact met een specialist. Voor 5- tot 14-jarigen was deze frequentie respectievelijk 2,2 en 1,1 keer per jaar.

Belangrijk in de zorg voor kinderen zijn voorts de voorzieningen voor preventieve zorgverlening: de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters en de schoolgezondheidszorgdiensten. Er zijn 3.000 consultatiebureaus voor zuigelingen, die met uitzondering van Amsterdam, georganiseerd worden door de kruisverenigingen. In het eerste levensjaar wordt 90 procent van alle zuigelingen gecontroleerd op het consultatiebureau met een frequentie van ongeveer tien keer. Er zijn ruim 2.000 consultatiebureaus voor kleuters, waar ongeveer 70 procent van alle kleuters wordt gezien. In de leeftijd van 1 tot 4 jaar bezoekt het kind ongeveer vijf keer het consultatiebureau. De schoolgaande kinderen worden door de schoolgezondheidszorgdiensten 3 of 4 keer op de basisschool en 1 of 2 keer in het vervolgonderwijs periodiek geneeskundig onderzocht (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1986).

Met betrekking tot de pre- en perinatale zorg zijn de volgende numerieke gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek beschikbaar. In 1991 vond 69 procent van de geboorten in het ziekenhuis plaats en 41 procent thuis. De verloskundige hulp werd verleend door een arts in 53,6 procent van de bevallingen meestal in het ziekenhuis (84 procent), door de verloskundige in 45 procent van de bevallingen gelijkelijk thuis en in het ziekenhuis of door een arts en verloskundige in combinatie in 1,3 procent van de bevallingen (Centraal Bureau voor de Statistiek 1993).

Uit een prospectief onderzoek verricht in een representatief geboortecohort uit 1988 en 1989: Sociaal Medisch Onderzoek Consultatiebureau Kinderen (SMOCK) zijn met betrekking tot het aandeel van de huisarts in de pre- en perinatale zorg gegevens te herleiden. De prenatale zorg werd bij ruim de helft van de zwangerschappen verleend door de verloskundige en voorts door de huisarts (15 procent), de specialist (17 procent) en bij de overige patiënten was er sprake van gecombineerde zorg. Een groot deel van de geboorten vond thuis plaats (40 procent), de anderen poliklinisch (20 procent) en klinisch primair (23 procent) dan wel secundair (17 procent). Hulp bij de bevalling werd verleend door de verloskundige (45 procent), huisarts (12 procent), in combinatie (13 procent) of door de specialist (30 procent) (Herngreen en Reerink 1993).

Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem verschilt van dat in de diverse andere westerse landen ten aanzien van aspecten die van invloed zijn op de toegankelijkheid van het systeem voor de patiënt. De gezondheidszorgsystemen in het Verenigd Koninkrijk, Denemarken en Noorwegen zijn met name wat betreft de centrale plaats van de huisarts vergelijkbaar met het Nederlandse systeem. In andere landen bestaat de huisartsgeneeskunde wel, maar daar wordt ook veel eerstelijnsgezondheidszorg door specialisten verleend (Kirkman-Liff en Van de Ven 1989; Boerma et al. 1993; Fleming 1993). Dit is met name het geval bij de zorg voor kinderen, voor wie de preventieve en curatieve zorg in veel landen in eerste instantie wordt verzorgd door de kinderartsen, die vaak ook buiten het ziekenhuis praktijk voeren. De specialistische kindergeneeskunde is in deze landen in handen van de kinderartsen verbonden aan ziekenhuizen (Visser 1993).

Daarnaast zien we culturele verschillen en verschillen in honoreringssystemen (Payer 1990; Groenewegen 1991). Ook de medische opleidingen verschillen in de diverse landen, hoewel binnen EG-verband gestreefd wordt naar harmonisatie van de medische studie en de opleiding tot huisarts en specialist (Metz et al. 1994).

## Opleiding en functioneren van de huisarts

Een uniforme opleiding tot arts met een diploma dat recht gaf op volledige praktijkuitoefening werd in ons land wettelijk geregeld in 1865 op initiatief van Thorbecke, middels de 'Wet reglende de uitoefening der geneeskunst'. De 'arts van 1865' was een huisarts bevoegd tot de uitoefening



van de geneeskunst in haar volle omvang, dat wil zeggen genees-, heel- en verloskunde. Al spoedig begon een differentiatie in de vorm van een specialisatie na het artsexamen; aanvankelijk als een soort nascholing.

In 1933 werd door de Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst een regeling getroffen volgens welke opleidingseisen voor elk specialisme konden worden vastgesteld, alsmede inschrijving in een register. In 1960 werd voor sociaal-geneeskundigen een analoge regeling getroffen en in 1973 werd tenslotte ook de erkenning en registratie van huisartsen in het reglement van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst vastgelegd (Doeleman 1979). Daarmee was een einde gekomen aan de situatie waarin iedereen zich na het artsexamen als huisarts kon vestigen.

Belangrijk bij de professionalisering van de huisartsgeneeskunde was de oprichting van een wetenschappelijke beroepsvereniging in 1956: het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Het Nederlands Huisartseninstituut (NHI), het wetenschappelijke onderzoeksinstituut, werd door het NHG opgericht in 1964 met als doel de ondersteuning op methodologisch en administratief gebied alsmede ontwikkeling van opleiding en onderzoek voor huisartsen. Eind 1984 werden de activiteiten van het NHI overgedragen aan het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) en de Stichting Nederlands Ontwikkelings- & Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg (Stichting O & O).

In 1967 werd in Utrecht de eerste leerstoel huisartsgeneeskunde ingesteld. In het begin van de jaren zeventig werden aan alle medische faculteiten hoogleraren huisartsgeneeskunde benoemd en werden universitaire instituten opgericht ten behoeve van de beroepsopleiding huisartsgeneeskunde (Ten Cate et al. 1988; De Melker 1993). Inmiddels neemt de huisartsgeneeskunde in het medisch curriculum een duidelijke plaats in.

In 1974 werd landelijk de beroepsopleiding tot huisarts ingevoerd, deze is inmiddels door 6683 artsen voltooid. Overigens zijn niet al deze tot huisarts opgeleide artsen ook als zodanig werkzaam (Hingstman en Harmsen 1993). De beroepsgroep richtte het College voor Huisartsgeneeskunde (CHG) en de Huisartsen Registratie Commissie (HRC) op ter vaststelling en uitvoering van de opleidingseisen en (her)registratie. De universitaire huisartseninstituten kregen de taak om de beroepsopleiding te organiseren en te begeleiden. Praktische vaardigheden worden getraind tijdens stages in de huisartspraktijk, in ziekenhuizen en andere gezondheidszorginstellingen. De duur van de beroepsopleiding, aanvankelijk één jaar, is sinds 1987 verlengd tot twee jaar. De verlenging van de beroepsopleiding tot drie jaar, waartoe al eerder werd besloten, zal in 1994 gerealiseerd worden, omdat de effectivering enige tijd vertraagd werd door problemen met de financiering. In een aantal rapporten zijn de aanbevelingen van de Commissie Curriculum Constructie (meerjarige) Beroepsopleiding tot Huisarts (CCBOH) met betrekking tot de componenten van het nieuwe curriculum vastgelegd (Pollemans 1986; Verheij 1986). In de driejarige opleiding zijn meer dan voorheen klinische stages voorzien. De kennis en vaardigheden ten behoeve van de extramuraal gezondheidszorg voor 0- tot 4-jarigen wordt iedere huisarts in opleiding aangeboden sinds de applicatiecursus voor consultatiebureau-artsen is toegevoegd aan het curriculum van de beroepsopleiding (College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde 1992).

Ten behoeve van de nascholing zijn onder verantwoordelijkheid van het Nederlands Huisartsen Genootschap deskundigheidsbevorderingsprogramma's ontwikkeld. De beroepsorganisaties streven naar een koppeling van de herregistratie aan een vastgelegd nascholingsprogramma. Door middel van accreditering geeft de LHV aan of programma's aan inhoudelijke kwaliteitseisen voldoen (Landelijke Huisartsen Vereniging 1990; Kooij 1993).

Het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Landelijke Huisartsen Vereniging en de samenwerkende beroepsopleidingen besteden in hun beleid expliciet aandacht aan kwaliteitsbevordering en -bewaking. Zij ontwikkelen onder andere activiteiten in het kader van deskundigheidsbevordering, (intercollegiale) toetsing en standaardontwikkeling. De Werkgroep Onderzoek

Kwaliteit Huisartsgeneeskunde (WOK), opgericht in 1989, probeert te voorzien in de door deze organisaties gevoelde behoefte aan methoden om de kwaliteit van zorg meetbaar te maken en aan zorgvuldig opgezet en wetenschappelijk evaluatie-onderzoek. De 'doelmatigheid van het handelen' en 'patiëntgericht werken' zijn aspecten die de komende jaren meer accent zullen krijgen. Naast deze landelijke activiteiten is de werkgroep actief binnen de European Working Party on Quality in Family Practice (EQUIP) (Landelijke Huisartsen Vereniging 1993; Rutten en Thomas 1993; Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde 1993).

De huisarts vervult binnen de eerstelijnsgezondheidszorg een spilfunctie (Landelijke Huisartsen Vereniging 1986). Naast de toegang tot de gezondheidszorg biedt hij mogelijkheden tot selectie waar het de verwijzingen naar de tweedelijns betreft. De toegang van de patiënt tot de gezondheidszorg via de huisarts heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) omschreven in het 'Basistakenpakket' en de nota 'Bereikbaarheid' (Commissie Takenpakket LHV 1987; Landelijke Huisartsen Vereniging 1988; Nederlands Huisartsen Genootschap 1989).

Per 1-1-93 waren er 6.595 zelfstandig gevestigde huisartsen, waarvan 972 vrouwelijke. Van deze huisartsen werkte 52 procent in een solopraktijk, 29 procent in een duopraktijk, 10 procent in een groepspraktijk en 9 procent in een gezondheidscentrum. Daarnaast werkten 374 huisartsen in loondienst van een zelfstandig gevestigd huisarts. Het aantal huisartspraktijken was 4.777. Het aantal inwoners per zelfstandig gevestigde huisarts was 2.310. Van de huisartsen is 59 procent jonger dan 45 jaar (Hingstman en Harmsen 1994).

In de jaren zeventig leek er een trend tot het meer en meer functioneren in groepspraktijken en gezondheidscentra waarbinnen men hoopte het concept van wijkgerichte gezondheidszorg samen met andere disciplines vorm te geven (Ten Cate 1977). De toename van het aantal gezondheidscentra stagneerde later (Centraal Bureau voor de Statistiek 1976-1992). Ook binnen de samenwerking in gezondheidscentra blijft de huisarts een generalist; er is geen ontwikkeling waarneembaar waarbij de huisartsen in grotere samenwerkingsverbanden specifieke aandachtsgebieden ontwikkelen (Dokter en Van Berkel 1984).

De beschrijving van de werkzaamheden van de huisarts en de aangeboden problematiek werd in Nederland voor het eerst verricht in 1949 (Buma). Het registreren van de aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit van een omschreven populatie vond navolging op diverse locaties. In navolging van Huygen, die over de periode 1945-1965 in zijn eigen praktijk bij 200 gezinnen een morbiditeitsonderzoek had verricht, wordt in de regio Nijmegen sinds 1967 een Continue Morbiditeits Registratie verricht. Dit onderzoek werd aanvankelijk in twee en later in vier praktijken uitgevoerd. De grootte van de populatie is over de jaren heen constant ruim 12.000 personen gebleven met een wisselend percentage kinderen (Van den Hoogen et al. 1985; Van de Lisdonk et al. 1990).

Het Monitoring Project werd van mei 1979 tot mei 1981 uitgevoerd door twaalf huisartsen, waarvan tien werkzaam in de Rotterdamse regio en twee in Maastricht. De populatie omvatte op het middelpunt van de registratie 21.192 patiënten waaronder 2.901 kinderen in de leeftijd van 0 tot en met 14 jaar (Lamberts 1984).

Het Transitieproject richtte zich vooral op de transitie van klacht naar diagnose bij alle niet-telefonische contacten tussen huisarts en patiënt. De registratie werd van 1985-1988 uitgevoerd door 38 huisartsen in 22 praktijken gevestigd in de regio Amsterdam, Groningen-Friesland-Drenthe, Rotterdam en op Saba en Sint Eustatius, die allen gedurende 1 jaar registreerden. De populatie bestond uit 40.796 patiënten, waaronder 6.201 kinderen. Voor de kinderen werden 17.897 redenen voor komst en 11.644 ziekte-episoden geregistreerd (Lamberts et al. 1991). Voorts functioneert het Registratienet Huisartspraktijken van de Rijksuniversiteit Limburg waarbij in elf praktijken met een geautomatiseerd systeem de morbiditeit wordt geregistreerd (Höppener et al. 1990).

Al deze studies worden in een beperkt aantal geselecteerde praktijken uitgevoerd, waarbij gestreefd wordt naar een langdurige registratie. Uit deze studies zijn minder makkelijk landelijke gegevens af te leiden.

De Continue Morbiditeitsregistratie 'Peilstations Nederland' levert wel jaarlijks landelijke gegevens op, maar slechts met betrekking tot een beperkt aantal hulpvragen (Bartelds et al. 1990). Het eerste landelijke morbiditeitsonderzoek verricht in de huisartspraktijk, waarbij de aangeboden problematiek werd gerelateerd aan een omschreven praktijkpopulatie, werd in Nederland in 1969 gepubliceerd (Oliemans).

Door het NIVEL werd in 1987 en 1988 de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk uitgevoerd (Foets et al. 1986, Bensing et al. 1991, Van der Velden et al. 1991). Deze studie werd uitgevoerd in 103 praktijken door 161 huisartsen, die elk gedurende drie maanden in de loop van het onderzoekjaar alle contacten met patiënten registreerden.

Bij deze landelijke studie werden gegevens verzameld bij een aselechte steekproef van huisartsen, omdat men representativiteit nastreefde. Hierdoor was een groot aantal huisartsen betrokken en werd om praktische redenen niet langdurig geregistreerd.

Al deze registraties geven een beeld van de huisartsgeneeskunde in Nederland met betrekking tot morbiditeit en het gevoerde beleid. Naast vele overeenkomsten zijn er opvallende verschillen. De diverse registraties hebben voor- en nadelen, waarbij de keuze van de methode afhankelijk is van de doelstellingen en de toepassingsgebieden, zoals wetenschappelijk onderzoek, ondersteuning deskundigheidsbevordering en informatievoorziening voor het gezondheidszorgbeleid (Meyboom-de Jong 1993; Knotterus 1994).

Het is niet altijd eenvoudig de resultaten van de genoemde Nederlandse morbiditeitsstudies onderling te vergelijken, onder andere omdat verschillende coderingssystemen worden gebruikt. Wel zijn in alle onderzoeken gegevens betreffende de aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit op de kinderleeftijd en het gevoerde beleid te vinden. Het laat zien dat de aard van de problemen waarmee kinderen bij de huisarts komen zeer divers is en bovendien een grote variatie vertoont tussen de diverse leeftijdscategorieën.

Met gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie uit Nijmegen werden retrospectief achtergronden van de verschillen in de morbiditeit bij kinderen van 0 tot en met 9 jaar beschreven. Daarnaast werden trends in de aangeboden morbiditeit bij kinderen uit dezelfde leeftijdsgroep over de periode 1946-1990 gerapporteerd (Van den Bosch 1992; Van den Bosch et al. 1992). De gegevens betreffende de kinderleeftijd (0 tot en met 14 jaar) uit de Nationale Studie werden afzonderlijk en zeer gedetailleerd geanalyseerd. In een tabellenboek werd de gepresenteerde morbiditeit (redenen voor komst en diagnose) gerelateerd aan een aantal variabelen weergegeven te zamen met het beleid van de huisarts, waaronder verwijzingen naar de specialist (Bruijnzeels et al. 1993).

De gegevens uit de Nationale Studie zijn eveneens gebruikt voor een vergelijking met de resultaten van het in dit dubbelproefschrift beschreven onderzoekproject, namelijk de gelijktijdige registratie van huisartsgeneeskundige- en kindergeneeskundige zorg verleend aan kinderen van 0 tot 14 jaar (hoofdstuk 6).

In Groot-Brittannië worden geregeld registraties betreffende de aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk uitgevoerd (Royal College of General Practitioners 1974, 1986). Ook in de Verenigde Staten is er onderzoek naar de morbiditeit op de kinderleeftijd uitgevoerd door het National Centre for Health Statistics, te weten de National Ambulatory Care Survey, die gegevens levert over de totale populatie. Onderzoek verricht naar de morbiditeit, gezien door de kinderarts in de Verenigde Staten, weerspiegelt de plaats, die deze inneemt in het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem. De morbiditeit, die daar aan de kinderarts wordt aangeboden, is vergelijkbaar met die welke in Nederland aangeboden wordt aan de huisarts (Pless 1987).

## Opleiding en functioneren van de kinderarts

De geschiedenis van de kindergeneeskunde in Nederland gaat terug tot de tweede helft van de vorige eeuw toen in verschillende steden in Nederland kinderziekenhuizen werden gesticht: Rotterdam 1863, Amsterdam 1865, Arnhem 1881, 's-Gravenhage 1885, Utrecht 1888, Dordrecht 1891 en Groningen 1891. De geneesheren-directeuren van deze kinderziekenhuizen richtten op 15 juni 1892 de Nederlandsche Vereeniging voor Paediatric op. In 1909 werd de eerste leerstoel kindergeneeskunde ingesteld in Groningen. De kindergeneeskunde behoort thans in alle faculteiten tot de doctoraal- en artsexamenvakken.

In de vooroorlogse jaren was de kinderarts nog veelal werkzaam als huisarts voor kinderen. Een klein aantal was werkzaam in de universitaire kinderklinieken en kinderziekenhuizen. In de jaren vijftig besloten de kinderartsen, mede in het kader van de erkenning van medische-specialisten, zich te beperken tot de zorg voor kinderen - vanaf de geboorte tot en met de adolescentie - in het ziekenhuis, zowel klinisch als poliklinisch, na verwijzing door de huisarts. De kindergeneeskunde heeft zich meer en meer tot een specialistisch vakgebied ontwikkeld. Binnen de klinische kindergeneeskunde is sprake van praktijkvergroting; de eenmanspraktijken zijn vrijwel verdwenen zowel door groei en intensivering van de kindergeneeskunde als door fusies van ziekenhuizen. Binnen de universitaire kindergeneeskunde is sprake van toenemende subspecialisatie, waartoe inmiddels ook een aanzet gegeven wordt in de grotere perifere praktijken.

Mede als gevolg van medisch-technologische ontwikkelingen zijn er grote veranderingen opgetreden in de klinische zorg, wat misschien het best wordt geïllustreerd door de toegenomen mogelijkheden in de zorg voor de kinderen met een zeer laag geboortegewicht in de centra voor intensieve neonatale zorg. Daarnaast is er een tendens kinderen minder en korter op te nemen; de specialistische zorg wordt in toenemende mate poliklinisch verleend.

Kinderartsen speelden vanouds ook een belangrijke en initiërende rol in de preventieve zorg buiten het ziekenhuis: consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters en later de jeugdgezondheidszorg. De laatste decennia is de kindergeneeskundige participatie in deze zorg verminderd; de kindergeneeskundige betrokkenheid bij deze zorg is echter wel blijven bestaan. Het grootste deel van deze zorg wordt momenteel verleend door sociaal-geneeskundigen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg. (Van Lieburg 1975; Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde 1977, 1992; Van Zeben 1982; Visser 1993, 1994).

Momenteel zijn ongeveer 150 artsen in opleiding tot kinderarts. Zoals elke specialistische opleiding is de opleiding tot kinderarts gereguleerd door het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten en door de Specialisten Registratie Commissie in samenwerking met de betreffende wetenschappelijke vereniging in deze met het Concilium Paediatricum van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde.

De duur van de opleiding is sinds 1986 vijf jaar en de opleiding dient als regel ten dele in een academisch ziekenhuis (tenminste 2 jaar en ten hoogste 4 jaar) en ten dele in een niet-academisch (kinder)ziekenhuis (tenminste 1 jaar en ten hoogste 3 jaar) plaats te vinden. De nadruk van de opleiding valt vanouds op de praktische 'in-service-training' van de arts-assistenten die met toenemende verantwoordelijkheid betrokken zijn bij klinische en poliklinische patiëntenzorg. De opleiding kent ook groepsgewijs cursorisch onderwijs (minimaal 40 uur per jaar) gegeven in de academische klinieken en centraal cursorisch onderwijs in de vorm van weekendcursussen. Herregistratie, aan de hand van door de Specialisten Registratie Commissie vastgestelde richtlijnen en criteria, is elke vijf jaar noodzakelijk.

De verdere ontwikkeling en professionalisering van kindergeneeskundige subspecialismen is een belangrijk aandachtsgebied van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Er werd advies uitgebracht met betrekking tot algemene eisen te stellen aan opleiding en (her)registratie van kinderartsen-subspecialisten. Opleidingseisen zullen per subspecialisme worden vastgesteld door het Concilium Paediatricum op advies van de desbetreffende sectie van

de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde en van de Commissie Deelspecialisatie (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde 1991, 1992).

Als nascholingsactiviteiten kunnen worden genoemd: wetenschappelijk voordrachten georganiseerd door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde alsmede het jaarlijkse congres, universitaire en niet-universitaire refereravond, diverse een- of tweedaagse PAOG-cursussen en de klinische kinderartsenweken waarbij de nadruk ligt op groepsgericht onderwijs (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde 1977, 1992).

De zorg voor kwaliteit krijgt binnen de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde toenemende aandacht. Eind jaren zeventig werd de Werkgroep Intercollegiale Toetsing opgericht. In 1984 werd de plenaire zitting van het jaarlijks congres aan dit onderwerp gewijd. Deze werkgroep ging daarna Commissie Kwaliteitsbevordering heten, met als aandachtspunten consensusontwikkeling en hiermee kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering.

Het kwaliteitsbeleid krijgt verder gestalte in algemene eisen voor de opleiding, de organisatie van het cursorisch onderwijs en de toetsing tijdens de opleiding. Dit zal in de toekomst mogelijk leiden tot een specialistenexamen. Voorts heeft de vereniging plannen voor het coördineren en accrediteren van postacademisch onderwijs, mede in het kader van herregistratie. Met visitatie van niet-opleidingsklinieken is inmiddels ervaring opgedaan (Zoethout 1991; Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde 1992).

Er zijn momenteel ongeveer 630 praktizerende kinderartsen. Circa 30 procent werkt in de academische centra. In de algemene ziekenhuizen waren begin 1992 ruim 300 kinderartsen werkzaam in circa 120 praktijken (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde 1992).

Regionalisatie van de patiëntenzorg met een taakverdeling tussen academische centra en algemene ziekenhuizen en concentratie van voorzieningen wordt door sommigen binnen de kindergeneeskunde bepleit, maar is nog niet goed tot stand gekomen. Wel wordt in toenemende mate regionaal overleg gevoerd (Visser 1994).

Voor gegevens betreffende aan de kinderarts aangeboden problematiek kunnen we gebruik maken van een aantal registraties. Een indruk van de omvang van de klinische kindergeneeskundige zorg (aantallen ontslagen patiënten, gemiddelde verpleegduur) is te verkrijgen uit gegevens van de Landelijke Medische Registratie, die jaarlijks worden gepubliceerd. Per jaar worden van elke honderd 1- tot en met 14-jarigen 1,5 kinderen ontslagen na een gemiddelde verpleegduur van 8,6 dagen. Van de 0-jarigen worden per honderd levendgeborenen 13,7 kinderen ontslagen na een gemiddelde verpleegduur van 12,5 dagen. Hierbij zijn niet meegeteld de pasgeborenen waarbij de kinderarts in het ziekenhuis bemoeienis heeft, maar die formeel onder de zorg van de obstetricus blijven en de kinderen die door andere specialisten worden behandeld, waarbij de kinderarts optreedt als consulent of medebehandelaar. Uit de cijfers blijkt dat de door de kinderarts in het ziekenhuis opgenomen patiënten voor bijna de helft 0-jarigen zijn. De diagnoses worden geregistreerd met ICD-codering en laten zien dat de tijdens opname gestelde diagnoses sterk variëren in de diverse leeftijdscategorieën. Het betreft bij 0-jarigen congenitale afwijkingen, perinatale stoornissen, ziekten van het spijsverteringsstelsel en de ademhalingswegen. Bij kleuters en jonge schoolkinderen zijn naast ziekten van de ademhalingswegen ook ziekten van het zenuwstelsel belangrijke redenen voor opname en bij peuters en kleuters voorts vergiftigingen en ziekten van het spijsverteringsstelsel (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde 1992).

Er zijn weinig gegevens bekend over kinderen die poliklinisch behandeld worden, terwijl toch een aanzienlijk deel van de kinderen die bij de kinderarts onder behandeling komen nooit opgenomen wordt. Het enige overzicht van de op de polikliniek aan de kinderarts aangeboden morbiditeit is te vinden in de rapportage van een onderzoek dat zich primair richtte op de psychosociale zorgverlening voor patiënten van de kinderarts. In dit rapport zijn van de 858 in 1980 nieuw naar de polikliniek van twee algemene ziekenhuizen verwezen patiënten de voor-

naamste diagnoses per leeftijdsgroep te vinden, gecodeerd volgens de ICD en opgesplitst in lichamelijke en psychische stoornissen (Kuiper en Vaandrager 1982).

Op de polikliniek algemene kindergeneeskunde van het Sophia Kinderziekenhuis wordt sinds 1988 binnen het project 'Patiëntenstromen' van alle patiënten het gepresenteerde probleem en de uiteindelijke diagnose gecodeerd. De gegevens van deze registratie zijn nog niet gepubliceerd. Wel zijn de gegevens van 1988 samengevat in een intern rapport. Er is gekozen voor een coderingssysteem waarbij infectieuze aandoeningen in alle tracti in een aparte categorie worden ondergebracht; deze blijken 23 procent van het totale zorgaanbod te betreffen. Een andere belangrijke categorie zijn gastro-intestinale problemen, voorts zijn endocriene, pulmonale en neurologische problemen vaak reden voor komst naar de polikliniek (bijlage 3.4.).

Het landelijke register voor polikliniekbezoek -POLIS- bevindt zich in een test- en geleidelijke invoeringsfase; er worden nog geen diagnoses geregistreerd (Van Romunde en Rouwens 1989). Deelregistraties geven inzicht in het voorkomen van specifieke ziektebeelden. Als voorbeeld noemen we het onderzoek naar de prevalentie van aangeboren afwijkingen door de EUROCAT-registratie, de incidentie van diabetes mellitus en onderzoek verricht met de gegevens van de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (Ten Kate 1989; Cornel et al. 1991; Vaandrager et al. 1983; Van Steensel-Moll 1989). De Landelijke Neonatale Registratie, betreffende gegevens van pasgeborenen van 0 tot 28 dagen die in het ziekenhuis zijn opgenomen, werd gestart in 1991. Binnen de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde werd ook het initiatief genomen tot oprichting van het Nederlands Signalerings Centrum Kindergeneeskunde, een registratiesysteem waarbij kinderartsen gevraagd wordt bepaalde diagnoses te signaleren (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde 1990, 1992; Drewes 1993).

### **Overige specialisten betrokken bij de zorg voor kinderen**

Specialistische zorg voor kinderen wordt niet alleen verleend door de kinderarts, maar ook door andere specialisten. Van het totaal aantal verwijzingen naar de tweedelijl betreft volgens de gegevens van de Nationale Studie 21 procent de kindergeneeskunde, 25 procent de KNO-heelkunde, 18 procent de oogheelkunde en 14 procent de chirurgie (Bruijnzeels et al. 1993). Leeftijdsspecifieke gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie laten zien dat jongere kinderen vaker verwezen worden naar een specialist dan oudere kinderen. De verwijzingen naar de kindergeneeskunde betreffen vooral de jongste leeftijdsgroep: 54 procent van alle verwijzingen bij de 0- tot 4-jarigen. Een groot aantal van deze verwijzingen betreft aandoeningen in de neonatale periode waaronder ook routine-onderzoeken bij in het ziekenhuis geboren kinderen. Voorts betreft in deze leeftijdsgroep 15 procent van de verwijzingen de KNO-heelkunde en 11 procent de chirurgie. Na het vijfde levensjaar betreft 10 procent van de verwijzingen de kindergeneeskunde, 31 procent de chirurgie en 22 procent de KNO-heelkunde (Van den Bosch et al. 1992).

In 1988 en 1989 werd een prospectief onderzoek verricht naar morbiditeitspatronen bij jonge kinderen en daaraan gerelateerde pre- en perinatale factoren in een representatief geboortecohort. Sociaal Medisch Onderzoek Consultatiebureau Kinderen (SMOCK). Uit de gegevens van deze studie blijkt dat in de eerste twee levensjaren 49,3 procent van alle kinderen in contact is geweest met een specialist en dat 13,3 procent van alle kinderen één of meer keren werd opgenomen in het ziekenhuis. De gedetailleerde cijfers laten zien dat 37 procent van de kinderen werd verwezen naar de kindergeneeskunde. Als deze getallen worden gecorrigeerd voor verwijzingen gerelateerd aan de neonatale periode blijkt dat 30 procent van alle kinderen in de eerste twee levensjaren in contact is geweest met de kinderarts. In de eerste twee levensjaren werd verder 15 procent van de kinderen verwezen naar de KNO-arts, 4 procent naar de chirurg, 4,5 procent naar de orthopedisch chirurg en 4,5 procent naar de oogarts (Herngreen en Reerink 1993).

Het belang van andere specialismen voor de kinderleeftijd is ook af te lezen uit de ontwikkeling

binnen de kinderziekenhuizen en de academische ziekenhuizen, waarbij andere specialisten dan kinderartsen zich specifiek toeleggen op de zorg voor kinderen. Zo ontstonden nieuwe specialismen, zoals de kinderheelkunde en de kinderpsychiatrie en ook nieuwe subspecialismen, zoals kinderdermatologie, kinderorthopedie en kinderneurologie (Van Lieburg 1975).

Samenvattend blijkt dat de kindergeneeskunde in de neonatale periode en de eerste levensjaren het belangrijkste specialisme is. Naar de KNO-heelkunde, de chirurgie en de oogheelkunde wordt op de kindereleeftijd eveneens frequent verwezen. Een deel van deze verwijzingen betreft ongetwijfeld kortdurende behandelingen en met name ingrepen, terwijl een deel van de verwijzingen naar de kindergeneeskunde - zoals vaker bij een internistisch specialisme - zal resulteren in een langduriger begeleiding. De kinderarts vervult door de generalistische aard van het specialisme binnen de tweedelij vaak tevens een spilfunctie binnen het ziekenhuis. Hij is als consultant of medebehandelaar betrokken bij de zorg voor patiënten die door andere specialisten zijn opgenomen op de kinderafdeling en voor de in het ziekenhuis geboren kinderen.

### **2.3. Maatschappelijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg**

De afgelopen decennia heeft zich in de westerse wereld een buitengewone groei voorgedaan van gezondheidszorgvoorzieningen, mede veroorzaakt door de ontwikkelingen in de medisch-biologische wetenschap, technische voorzieningen en door economische en politieke invloeden (De Swaan 1989). Het ziekenhuis is een centrum van geavanceerde, specialistische zorg geworden. Daaraan gerelateerd zien we een veranderende vraag binnen de ambulante zorgverlening door zowel huisarts als specialist. Specialistische zorg wordt in toenemende mate poliklinisch verleend, waarmee de specialist meer betrokken is bij de behandeling van de patiënt in de thuissituatie. Dezelfde ontwikkeling is er verantwoordelijk voor dat de huisarts meer en meer geconfronteerd wordt met patiënten die thuiszorg vragen, ook bij complexe medische problematiek. Daarnaast is er een toenemende vraag naar medische zorg voor problemen die geen geavanceerde medische interventie behoeven. Mede hierdoor is het beroep op medische voorzieningen toegenomen. De overheid heeft, ook door een in 1983 in de grondwet opgenomen bepaling, de taak toe te zien op een kwalitatief goede gezondheidszorg.

De ontwikkelingen in de gezondheidszorg hebben geleid tot een discussie over ons gezondheidszorgsysteem, zowel in de zorgsector zelf als in de diverse geledingen van de overheid. Met name in de jaren zeventig realiseerde men zich, mede door de ook in ons land toenemende inflatie, dat actie nodig was om het gebruik en de kosten van medische zorg beter te beheersen en onevenwichtigheid en ondoelmatigheid te bestrijden (Van de Ven et al. 1988). Dit resulteerde in een aantal opeenvolgende rapporten, zoals de Structuurnota in 1974, de Nota-2000 in 1986, het rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg in 1987 en het rapport van de Commissie modernisering curatieve zorg (Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1974; Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1986; Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg 1987; Gezondheidsraad 1991; Commissie modernisering curatieve zorg 1994). Het beheersen van de toename in medische consumptie en van de kosten van de gezondheidszorg waren daarbij belangrijke motieven.

In de Structuurnota Gezondheidszorg van 1974 werd reeds gepleit voor herstructurering van de Nederlandse gezondheidszorg, waarbij men met name koos voor het verleggen van kostbare intramurale zorg naar relatief goedkope extramurale zorg en preventie (Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1974). Belangrijk uitgangspunt was de herziening van de financieringsstructuur en het verzekeringsstelsel. Met in deze nota omschreven beleid is maar ten dele uitgevoerd, zoals blijkt uit de intrekking van het wetsontwerp Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening in 1986 (Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg 1987).

De in 1986 door de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur uitgebrachte Nota 2000 schetst de toekomstige problemen, waarbij de vrees wordt uitgesproken dat de zorg onbetaalbaar zal worden en niet meer voor allen bereikbaar zal zijn (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1986).

Naar aanleiding van deze nota werd door de overheid de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, beter bekend als de 'commissie-Dekker', ingesteld teneinde een politiek aanvaardbare strategie voor de kostenbeheersing te ontwerpen. De uitgangspunten van de commissie waren het waarborgen van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg met handhaving van solidariteit en rechtvaardigheid, maar met grotere doelmatigheid, versterking van de marktgerichtheid en deregulering. Dit werd uitgewerkt in een stelsel met een basisverzekering, van rechtswege verplicht voor iedere ingezetene van Nederland, en het vrij verzekeren van voorzieningen die niet in het basispakket behoren. Beoogd werd een stelsel met zorg op maat waarbij door een substitutiebeleid zorg van een ongewenste naar een gewenste plaats kan worden verschoven met behoud van kwaliteit. Deze substitutie is niet alleen mogelijk tussen maar ook binnen een echelon, zoals poliklinische behandeling in plaats van ziekenhuisopname. Het is derhalve meer dan de verschuiving van tweede- naar eerstelijnszorg. Een belangrijk onderdeel van de voorstellen van deze commissie betreft de invoering van gereguleerde concurrentie in de gezondheidszorg (Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg 1987).

In een rapport van de Gezondheidsraad werden adviezen geformuleerd, gericht op het verbeteren van de doelmatigheid van het medisch handelen, waarbij nog steeds versterking van de positie van de huisarts uitgangspunt is en het belang van goede samenwerking en afspraken over taakafbakening wordt benadrukt (Gezondheidsraad 1991).

Recentelijk werd door de Commissie modernisering curatieve zorg het rapport 'Gedeelde zorg: betere zorg' gepubliceerd. Hierin wordt een visie op de organisatie van de curatieve zorg geformuleerd met daaruit voortvloeiende veranderingen in instrumenten en regelgeving. Ten aanzien van de organisatie gaat men uit van een nieuwe ordening: het zorgcontinuüm. Hierbij moeten de generalistische zorg, met de huisarts in een centrale positie, en de zorgverlening door medisch specialisten en door de ziekenhuizen beter op elkaar afgestemd zijn. In het tussengebied, in dit rapport de transmurale zorg genoemd, moet zorg op maat geleverd worden, die gestalte kan krijgen via samenwerkingsverbanden (Commissie modernisering curatieve zorg 1994).

Ook in andere Westeuropese landen werd een verscheidenheid aan beleidsvoorstellen gedaan. De uitgangspunten zijn gelijksoortig, namelijk het reguleren van de kosten van de intramurale zorg, het beïnvloeden van het inkomen en de praktijkvoering van artsen en het invoeren van marktmechanismen teneinde de doelmatigheid te vergroten (Organisation for Economic Cooperation and Development 1987). In de Verenigde Staten werd enkele jaren geleden het model van de Independent Practice Association (Health Maintenance Organization) geïntroduceerd (Kirkman-Liff 1989).

De kritiek van onder andere de Landelijke Huisartsen Vereniging op de door de diverse overheidscommissies geformuleerde standpunten is dat kostenbeheersing en doelmatigheid tot maatstaf worden verheven en kwaliteitsverbetering naar de achtergrond gedrongen wordt. Dat de kosten onbeheersbaar toenemen is maar ten dele juist, omdat de afgelopen jaren het percentage van het nationaal inkomen dat aan gezondheidszorg wordt besteed niet is toegenomen; over de periode 1980-1992 gemiddeld 9,8 procent van het Bruto Nationaal Product (Landelijke Huisartsen Vereniging 1993).

Naast alle aandacht voor doelmatigheid is er in Nederland de laatste jaren een toenemende belangstelling voor de kwaliteit van zorg. Voor de gezondheidszorg is het bieden van kwaliteit de realisatie van die verbeteringen in de gezondheidszorg die mogelijk zijn, waarbij de behoefte van de patiënt centraal dient te staan, maar niet het bieden van het recht op gezondheid. Deze beschrijving benadert de door de International Organization for Standardization gehanteerde definitie van kwaliteit, namelijk: "Het geheel van eigenschappen en kenmerken van een



produkt of dienst, dat van belang is voor het voldoen aan vastgelegde of vanzelfsprekende behoeften" (International Organization for Standardization NEN-ISO 8402 1987). De Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (1987) beschreef kwaliteit in de gezondheidszorg als het op zinvolle, doelmatige en inhoudelijk verantwoorde wijze omgaan met de ter beschikking gestelde middelen.

Het Centre for Educational Research and Innovation (CERI) pleitte voor onderzoek naar gezondheid en gezondheidsstoornissen om een accurater beeld te krijgen van de werkelijke noodzaak van de diverse faciliteiten en het testen van veranderingen, zodat niet alleen de werkzaamheid maar ook de meerwaarde voor alle betrokkenen bewezen kan worden (Centre for Educational Research and Innovation 1975).

De laatste decennia is er veel literatuur met betrekking tot de kwaliteit van zorg verschenen. Donabedian de grondlegger van een wetenschappelijke, systematische aanpak geeft vooral een theoretische fundering voor 'kwaliteit', er van uitgaande dat kwaliteit als zodanig in de gezondheidszorg aanwezig is. De beoordeling van de kwaliteit wordt gebaseerd op ervaringen van patiënten en de visie van hulpverleners volgens op binnen de beroepsgroep geldende criteria. Daarnaast staat de opvatting dat bij het bewaken en bevorderen van kwaliteit niet alleen de hulpverlener en de patiënt, maar alle geledingen van de organisatie betrokken zijn. Men moet kritisch kijken naar het eigen werk en kijken hoe het beter kan. Dit levert een continu veranderingsproces op, de kwaliteitskringloop (Deming-cyclus), waarbij als startpunt een vergelijking wordt gemaakt van de gewenste toestand met de feitelijke toestand en vervolgens stapsgewijze actie wordt ondernomen die daarna voortdurend aan toetsing en bijsturing onderhevig is. De kwaliteit wordt vanuit verschillende invalshoeken, onder andere die van de patiënt, benaderd (Donabedian 1980, 1982 en 1985; Harteloh en Casparie 1991; Harteloh et al. 1991; Casparie en Harteloh 1993).

De belangen van patiënten, zorgverleners en instanties zijn verschillend van aard; het is daarom essentieel om de diverse processen die in werking treden op het moment dat er een beroep op de gezondheidszorg wordt gedaan, te identificeren, te omschrijven en in veel gevallen te vertalen in criteria waaraan voldaan moet worden. Daarbij doen zich echter problemen voor.

Ten eerste is de organisatie van ons gezondheidszorgsysteem complex, omdat de differentiatie van de werkverdeling en de specialisatie zo groot is. Indien delen van het proces worden aangepakt zonder goed inzicht in het procesverloop en zonder rekening te houden met de organisatie in zijn geheel, kan dat leiden tot ongecoördineerde maatregelen. Een procesverloop is gediend met goede afstemming van de werkzaamheden, waarbij de taakafbakening inzichtelijk is, oftewel het aantal raakvlakken zo gering mogelijk (Waszink 1991). Dit is vooral van belang voor de patiënten die contacten hebben met diverse hulpverleners in de eerste- en tweedelijns (Fletcher et al. 1984). Daarnaast is de opstelling van de patiënt/cliënt, die zorg op maat vraagt, belangrijk. Dit bemoeilijkt standaardisatie en heeft gevolgen voor de toegankelijkheid van het gezondheidszorgsysteem (Centre for Educational Research and Innovation 1975; Boomsma en Van Borrendam 1990). Een ander probleem is de kwaliteit van de geleverde medische zorg: onderzoekers signaleren een onbegrepen variatie in behandeling (Pearson et al. 1968; Lamberts 1986).

Verondersteld wordt dat de kwaliteit van zorgverlening in belangrijke mate bepaald wordt door de mate waarin de zorgverlening van huisarts en specialist complementair is en de continuïteit tijdens de zorgepisoden is gewaarborgd (Fletcher et al. 1984). Het is met name dit aspect met betrekking tot de kwaliteit van zorg dat in dit proefschrift aandacht zal krijgen.

In het kader van het universitaire onderwijs en onderzoek wordt het belang van de eerstelijnsgezondheidszorg in toenemende mate onderkend. In het begin van de jaren tachtig nam het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen initiatieven om onderzoek uitgevoerd binnen de eerstelijnsgezondheidszorg te bevorderen, onder andere binnen het stimuleringsprogramma gezondheidszorgonderzoek/SGO (Querido 1987). Voorts kregen twee van de Nederlandse

medische faculteiten, te weten die van de Rijksuniversiteit Limburg en die van de Vrije Universiteit te Amsterdam, de opdracht zich specifiek te richten op de eerstelijnsgezondheidszorg. Tevens werden onderzoekprojecten van vier andere faculteiten uit het Vernieuwingsfonds Extramurale Vakken gefinancierd, waaronder het in dit proefschrift beschreven onderzoek, dat zich richt op de samenwerking tussen huisarts en kinderarts.

Ook door de zorgverzekeraars werd een aantal onderzoeken naar de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns gefinancierd (Kirkman-Liff en Van der Ven 1989). In Rotterdam werd met de subsidie van het Koningin Wilhelmina Fonds het onderzoek naar de zorg voor patiënten met oncologische aandoeningen verricht (Njoo et al. 1989; De Rijk et al. 1989; Van der Wouden en Dokter 1989; Reijnders en Njoo 1989).

## **2.4. Samenwerking tussen eerste- en tweedelijns en factoren die deze beïnvloeden**

Samenwerking wordt door de Melker (1986) beschouwd als op elkaar afgestemd gedrag, waarbij het gaat om een verdeling van taken en activiteiten. Deze verdeling vergt coördinatie en consensus ten aanzien van het op zich nemen respectievelijk delegeren van deeltaken. Er worden door diverse auteurs drie niveaus van samenwerking onderscheiden, namelijk het niveau dat de directe uitvoering van het werk betreft (het functionele niveau), het niveau van de planning van het werk, bijvoorbeeld voorzieningen en personeel (het organisatorische niveau) en het bestuurlijke niveau, dat wil zeggen de formele regelingen (Hillenius 1980; Vissers 1986).

Een groot deel van de samenwerking tussen huisarts en specialist speelt zich af op het functionele niveau, maar door het feit dat huisarts en kinderarts beiden deel uitmaken van een organisatie is er ook sprake van interorganisatorische relaties. Benson (1978) spreekt van netwerken waarbij er een evenwicht is indien deelnemende organisaties goed gecoördineerd met elkaar samenwerken op basis van een gemeenschappelijke consensus en wederzijds respect. Hij onderscheidt daarbij vier dimensies: consensus over het domein van de organisaties, ideologische consensus over de inhoud en taak, een positieve evaluatie van de waarde van het werk van elkaars organisatie en de effectieve en efficiënte afstemming van de werkzaamheden van beide organisaties.

Bij het operationaliseren van samenwerking en zeker bij interventies in al bestaande samenwerkingsstructuren treedt een aantal fenomenen op. Onder het individuele motivatiefenomeen wordt verstaan dat personen vanuit persoonlijke gedrevenheid samenwerking initiëren. Bij het normatieve fenomeen wordt samenwerking ondernomen vanuit bepaalde normatieve opvattingen vanuit de gedachte dat deze worden gedeeld door de samenwerkingspartner. Soms zijn deze sterk geïdealiseerd en camoufleren een onderliggende motivatie. Onder het ruilfenomeen wordt beschouwd de theorie dat samenwerking tot stand komt omdat partijen schatten meer 'opbrengsten' aan samenwerking over te houden dan dat er kosten voor worden gemaakt. Volgens de theorie van het afhankelijkheidsfenomeen start de samenwerking tussen organisaties omdat binnen de netwerken ieder organisatie gespecialiseerd is in bepaalde richtingen. Hierbij speelt afhankelijkheid van een organisatie met betrekking tot de input-leverancier, bijvoorbeeld ziekenhuis en huisarts, een rol. Hoe meer alternatieve bronnen er zijn hoe meer de organisatie aan onafhankelijkheid wint. Ook bij het ruilfenomeen speelt de afhankelijkheid een rol (De Greve en Vrakking 1983).

Afhankelijkheid kan in een interorganisatorische relatie diverse vormen hebben: opvolgend, parallel en aanvullend. Veelal wordt de relatie tussen huisarts en specialist als opeenvolgend beschouwd, na verwijzing neemt de specialist de zorg over. Met toenemende overlap van taken tussen eerste- en tweedelijns zal er vaker sprake zijn van parallelle afhankelijkheid indien men door afstemming van zorg, waarbij beiden zich vanuit hun eigen deskundigheid met de patiënt

bezighouden, niet komt tot aanvullende afhankelijkheid. Dit zal leiden tot problemen met de taakafbakening, communicatieproblemen en stoornissen in de relaties (Van Haafden en Schuringa-Boer 1983).

Met de verwijzing initieert de huisarts een keten van gebeurtenissen met verstrekkende consequenties waarop hij weinig invloed kan uitoefenen en die hij niet altijd kan voorzien en overzien (De Melker 1973).

Bij de afstemming van de zorg voor patiënten tussen eerste- en tweedelij kunnen vervolgens - in chronologie - de volgende drie fasen worden onderscheiden: de verwijzing, de interactie tussen huisarts en specialist ten tijde van de specialistische behandeling en de terugverwijzing. In de volgende alinea's worden deze fasen achtereenvolgens besproken.

Daarnaast zijn er nog andere factoren die de samenwerking beïnvloeden. Op één van deze factoren, namelijk de verschillen in de wijze waarop zorgverleners worden gehonoreerd zal, omdat dit door verschillende auteurs van groot belang wordt geacht, nader worden ingegaan.

## **De verwijzing**

Met betrekking tot de verwijzing zijn veel gegevens beschikbaar. Ten eerste zijn getalsmatige gegevens beschikbaar betreffende verwijzingen van de ziekenfondsverzekerden (Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen 1989). De eerder genoemde morbiditeitsstudies geven naast aantallen verwijzingen van de onderzochte populaties ook inzicht in de klachten en ziekten die aanleiding geven tot verwijzing.

Verscheidene onderzoeken hebben inzicht gegeven in arts-, praktijk-, populatiefactoren die de verwijzing kwantitatief en kwalitatief beïnvloeden. Een uitvoerig overzicht wordt gegeven door Dopheide (1985).

Voor de huisarts is ervaring van belang, maar ook de verschillende werkstijlen resulteren in een variatie van het aantal verwijzingen naar de diverse specialismen. Praktijk- en populatiekenmerken die het verwijscijfer lijken te beïnvloeden, zijn ondermeer de praktijkgrootte, de samenstelling van de praktijk naar leeftijd en sociaal-economische status. Voorts zijn het aanbod van tweedelijnsvoorzieningen, de afstand tot het ziekenhuis, de urbanisatiegraad en de regio van belang. De resultaten van de diverse onderzoeken, die de invloed van factoren op de verwijzing hebben onderzocht, zijn niet altijd met elkaar in overeenstemming (Dopheide 1985; Dopheide et al. 1986; Wijkkel 1985, 1986; Wijkkel et al. 1992; Mookink 1986; Post en Gubbels 1986; Wilkin en Smith 1987; Fleming 1993). Met betrekking tot de onderzoeklokatie van het in dit proefschrift beschreven onderzoek zijn vooral de volgende bevindingen van belang. Artsen die werken in gezondheidscentra verwijzen minder dan anderen (Crebolder 1977; Wijkkel 1985, 1986; Wijkkel et al. 1992). Er zijn verschillen tussen stad en platteland; in kleine gemeenten wordt minder verwezen (Kruidenier 1976; Van der Brekel 1984; Van Vliet 1988).

Om nog onbekende redenen worden de verschillen in verwijscijfer tussen stad en platteland, uitgezonderd voor de kindergeneeskunde, de laatste jaren kleiner (Post et al. 1991).

Bij de keuze van de specialist waarnaar verwezen wordt, speelt naast deze factoren ook de verwijsrelatie, die de huisarts heeft opgebouwd met het ziekenhuis of de specialisten, een rol. Hierbij zijn bovengenoemde ruil- en afhankelijkheidsfenomen van invloed (Rutten-Boonekamp 1990).

Binnen het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, waar voor kinderen preventieve zorg wordt verleend door consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters en door de schoolartsendienst, hebben ook de daar werkzame artsen invloed op verwijzing naar de tweedelij.

Uit een retrospectief onderzoek verricht op consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters blijkt dat 42 procent van de zuigelingen en 16 procent van de kleuters voor nadere beoordeling werd verwezen naar de huisarts. Dit resulteerde, voor zover dit uit de terugrapportage van de huisarts aan de consultatiebureau-arts herleid kon worden, voor 4 procent van de onderzochte populatie kinderen in een verwijzing naar de specialist (Voorhoeve et al. 1992).

Uit het SMOCK-onderzoek blijkt dat in het eerste levensjaar 96,6 procent van de kinderen en in het tweede levensjaar 81, 1 procent van de kinderen in contact is geweest met de huisarts. Van het totaal aantal geregistreerde contacten met huisartsen of artsen in de tweedelijjn bleek 7 procent betrekking te hebben op onderwerpen die op het consultatiebureau systematisch aan de orde komen. Het is echter niet duidelijk uit deze cijfers hoe vaak de kinderen vanuit het consultatiebureau worden verwezen naar de huisarts voor nader onderzoek en of signalering van problemen op het consultatiebureau leidt tot verwijzingen naar een specialist via de huisarts. (Herngreen en Reerink 1993)

Uit een onderzoek verricht in de schooljaren 1989/90 en 1990/91 bleek dat door de Jeugdgezondheidszorg in 6 procent van de contacten met schoolkinderen werd verwezen naar de huisarts. Het merendeel van de verwijzingen betrof afwijkingen aan het gezichtsvermogen (37 procent) en het gehoor (18 procent) gevolgd door rugafwijkingen (13 procent), hernia inguinalis of afwijkingen aan de genitalis externa (7 procent) en afwijkingen in de urine (4 procent). Niet duidelijk is hoe vaak een verwijzing naar de huisarts resulteerde in een verwijzing naar de specialist, maar indien dit het geval is zal het gezien de problemen veelal niet de kinderarts betreffen (Wiegersma 1994).

Het is bekend dat ook de patiënt invloed heeft op de verwijzing. Uit een internationaal onderzoek bleek dat in Nederland de huisartsen in ongeveer 60 procent van de verwijzingen ervaren dat deze mede onder invloed van de patiënt tot stand is gekomen. Huisartsen in andere Westeuropese landen ervaren minder invloed van de patiënt (Fleming 1993).

Bij verwijzing van kinderen kunnen ouders een belangrijke invloed hebben. In een in Amsterdam verricht onderzoek wordt bij ongeveer de helft van de verwijzingen duidelijke invloed van de ouders op de verwijzing waargenomen (Krol 1985). Ook een ander onderzoek geeft aan dat de ouders het initiatief nemen in veertig procent van de verwijzingen naar de kindergeneeskunde (Dopheide et al. 1986). De perceptie van de ouders ten aanzien van de ernst van de ziekte is niet altijd in overeenstemming met die van de betrokken artsen, wat nog niet wil zeggen dat de beoordeling door de ouders onjuist is. Zo bleek uit een onderzoek verricht in Rotterdam dat de helft van de binnenlopers op de EHBO een beroep doet op de specialistische zorg voor problemen die door de huisarts behandeld hadden kunnen worden. Voor een deel van de bezoekers is wel basis-specialistische en soms zelfs topklinische zorg noodzakelijk (De Beer-Buijs et al. 1992). De vele hierboven geschetste factoren die van invloed zijn op de verwijzing van de patiënt maken duidelijk dat er voor de huisarts verschillende redenen zijn om te verwijzen, niet alleen nader diagnostiseren en/of behandelen, maar ook geruststelling. Omdat specialisten het nut van een verwijzing veelal op basis van somatische criteria beoordelen, is het niet verwonderlijk dat zij soms van oordeel zijn dat een verwijzing niet zinvol is (Grace en Armstrong 1987). Dit probleem kan ondervangen worden, als de huisarts aan de specialist het doel van de verwijzing duidelijk maakt (Doeleman 1987).

Dat de interactie ten tijde van de verwijzing niet altijd vlekkeloos verloopt, wordt geïllustreerd door een aantal artikelen onder andere over de verwijsbrief en de communicatie ten tijde van de verwijzing. Goede communicatie ten tijde van de verwijzing beïnvloedt ook de verdere communicatie positief, zoals wordt geadstrueerd door onderzoek (Bado en Williams 1984; Beugeling en Van der Wouden 1989; Jacobs en Pringle 1990; Kersten en Verhage-Spliet 1990; Verhage-Spliet en Eggink 1990; Verhage-Spliet en Kersten 1990; Kersten 1991). Een en ander heeft inmiddels geleid tot richtlijnen geformuleerd in een standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG 1989).

### **Complementaire zorgverlening door huisarts en specialist**

Weinig is bekend over de samenhang tussen eerste- en tweedelijnszorg na de verwijfsfase en de mate waarin de zorgverlening complementair is.

Mede door verschuiving van klinische naar poliklinische zorgverlening wordt door specialisten

in toenemende mate zorg verleend aan ambulante patiënten, die vaak eveneens door de huisarts worden begeleid. Over de frequentie waarin en de aandoeningen waarvoor kinderen, die bij de specialist onder behandeling zijn, ook door hun huisarts worden gezien, zijn geen gegevens beschikbaar. Er zijn door veel auteurs visies over verbetering van de afstemming van zorgverlening geformuleerd, maar onderzoek naar afstemming van de zorgverlening in algemene zin ontbreekt (De Greve en Vrakking 1982; Casparie 1985; Van Es 1986; Lamberts 1987; Ten Have en Buwalda 1989, 1990). Wel is onderzoek verricht naar de afstemming van de zorgverlening bij specifieke aandoeningen, zoals kanker en acute buikpijn (Krebbler 1988; Van der Wouden en Dokter 1989). Verbetering van de zorg voor het kind met diabetes mellitus werd verkregen door zogenaemde 'home-care', zorg voor het kind in de thuissituatie gecoördineerd vanuit het ziekenhuis. In dit model vond geen integratie met de huisartsgeneeskundige zorg plaats (Bruining 1984).

De taakafbakening is één van de knelpunten bij de afstemming van zorg ten tijde van de specialistische behandeling. De eerstelijns heeft weliswaar een taakomschrijving vastgelegd in het 'Basis-takenpakket' en de Bereikbaarheidsnota (Commissie Takenpakket LHV 1987; Landelijke Huisartsen Vereniging 1988), die duidelijk zou moeten maken wat de specialist van de huisarts qua kennis, vaardigheden en organisatiestructuur kan verwachten. Desondanks is er in de tweedelijns onduidelijkheid over de taken en de functies die overgedragen kunnen worden aan de huisarts (Kersten 1991).

In een landelijk enquête over visies omtrent onderlinge taakafbakening, verricht onder huisartsen en diverse specialisten (waaronder echter geen kinderartsen) bleek ook dat opvattingen van huisarts en specialist geenszins spoorden. Onder huisartsen bestond grote overeenstemming over het zelf uit te voeren onderzoek en het onder controle houden van chronische patiënten. Bovendien waren ze van mening dat de specialist zich meer als consulent van de huisarts zou moeten opstellen. Vooral jongere huisartsen en zij die in groepspraktijken of gezondheidscentra samenwerken, blijken in hun opvatting over taakafbakening aan te geven dat versterking van de rol van de huisarts wenselijk en mogelijk is. De overeenstemming onder specialisten was minder groot. De meest positieve visie ten aanzien van het versterken van de rol van de huisarts binnen de taakafbakening hadden specialisten die minder patiënten op hun spreekuur zagen (waarschijnlijk veelal in de internistische vakken) en specialisten werkzaam in academische ziekenhuizen. Geconcludeerd kan worden dat huisartsen aanmerkelijk meer 'claimen' dan specialisten wenselijk en verantwoord achten (Beek et al. 1984). Ook bij de stagnatie van de samenwerking tussen huisarts en specialist in Hoogeveen bleken verschillen in opvatting over de taakafbakening de belangrijkste oorzaak (Swinkels en Dopheide 1983).

Ander onderzoek ter verbetering van de afstemming van de zorgverlening aan dezelfde patiënt vanuit de twee echelons, richt zich op de communicatie en het gestructureerde overleg tussen huisarts en specialist (Poels en Lagro-Janssen 1982; Fletcher et al. 1984; Reijnders en Njoo 1989). Een retrospectief onderzoek naar verwijfsbrieven en bijbehorende terugrapportage van de specialist lijkt aannemelijk te maken dat een verwijfsbrief met een procedurevoorstel in de periode van behandeling door de specialist leidt tot een meer gezamenlijke behandeling of een betere afstemming van de behandeling (Kersten en Verhage-Spliet 1990; Verhage-Spliet en Kersten 1990).

## **Terugverwijzing**

In het verlengde van het eerder genoemde liggen de problemen rond de terugverwijzing. De communicatie met de eerstelijns na ontslag uit het ziekenhuis heeft mede in het kader van de groeiende voorzieningen voor de thuiszorg de nodige aandacht gekregen. Ten aanzien van de rapportage door de specialist na een ziekenhuisopname zijn criteria geformuleerd (Meyboom en Casparie 1980; Hageman et al. 1984). Hengeveld (1975) formuleerde richtlijnen voor de brief van de kinderarts bij beëindiging van de behandeling. Van meer recente datum is de

aandacht voor de rapportage tijdens en na afloop van de (uitsluitend) poliklinische begeleiding. Onderzocht is aan welke informatie de huisarts behoefte heeft, met name naar aanleiding van oude kritiek dat de vraagstelling van de huisarts maar zelden beantwoord wordt (Verhage-Spliet en Eggink 1990). Het onderzoek naar verwijfsbrieven en de brieven van internisten bleek dat de specialistenbrief in het algemeen wel aan de gestelde eisen voldeed (Verhage-Spliet en Kersten 1990). Een naar aanleiding van deze onderzoeken ontwikkeld model voor poliklinische berichtgeving door middel van een korte gestructureerde brief werd vervolgens geevalueerd (Verhage-Spliet et al. 1993). Over wat wenselijk wordt geacht met betrekking tot de berichtgeving bij langdurige poliklinische begeleiding is weinig concreets vastgelegd.

## Honoreringstelsel

Aparte aandacht verdient de honoreringsstructuur van de medische beroepsbeoefenaren, waarin kunnen worden onderscheiden salaris, abonnementshonorering en vergoeding per verrichting. Hierin ligt volgens velen een aantal belemmeringen besloten voor het optimaliseren van de samenwerking tussen huisarts en specialist.

De honorering van de huisarts voor ziekenfondsverzekerden vindt plaats volgens het abonnementsstelsel, waarbij er sprake is van een vast bedrag voor iedere bij de huisarts ingeschreven persoon. Het kan de huisarts stimuleren om patiënten die in de eerstelijns behandeld kunnen worden, te verwijzen naar de specialist.

De betaling per consult en per verrichting (specialisten en huisartsen voor particulier verzekerden) kan onnodige zorg aanmoedigen. Het maakt voortzetting van de specialistische controles, soms ten onrechte klinische behandeling en eventueel onnodige ingrepen aantrekkelijk.

Bij een inkomen dat niet gekoppeld is aan verrichtingen is een nadeel dat geen prikkel aanwezig is om produktiviteit of consumentengevoeligheid te stimuleren. Voordelen zijn dat er voor de arts geen financiële prikkel is om moeilijke patiënten te vermijden en de kosten kunnen worden beheerst.

Hoewel de discussie over de honoreringsstructuur van zowel huisarts als specialist nog gaande is, zijn in de afgelopen jaren geen wezenlijke veranderingen doorgevoerd (Groot 1979; Van de Ven et al. 1988; Kirkman-Liff 1989; Flierman 1991; Van Kemenade en De Jong 1993; Commissie modernisering curatieve zorg 1994).

## 2.5. Samenvatting

De laatste decennia is er om uiteenlopende redenen een toenemende aandacht voor de structuur van de gezondheidszorg. Belangrijke aspecten hierbij zijn kostenbeheersing, doelmatigheid en kwaliteit.

Binnen de Nederlandse gezondheidszorg is als uitgangspunt gekozen voor een centrale plaats van de huisarts met een poortwachtersfunctie naar de specialistische zorg. Het versterken van de positie van de huisarts is een doelstelling die door velen worden onderschreven. Het is echter duidelijk dat er een tussengebied is waarbij vanuit beide echelons zorg verleend wordt aan patiënten. Het optimaal afstemmen van de zorgverlening door huisarts en specialist is juist bij deze patiënten van het grootste belang.

In de zorg voor kinderen nemen huisarts en kinderarts een belangrijke plaats in. Uit diverse studies zijn gegevens over de zorgverlening door huisartsen, kinderartsen, andere specialisten en jeugdartsen te herleiden. Onduidelijk is echter hoe de samenhang in de zorgverlening door de diverse betrokkenen is en op welke punten deze verbetering behoeft. In het in de volgende hoofdstukken te beschrijven onderzoek zal met name worden nagegaan welke zorg door huisarts en kinderarts wordt verleend en wat de problemen zijn bij de afstemming van deze zorgverlening.

## 3. De onderzoeklokaties

### 3.1. Inleiding

De eerste ideeën voor dit onderzoek ontstonden op de polikliniek algemene kindergeneeskunde van het Sophia Kinderziekenhuis, waarna in overleg door het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut een projectaanvraag voor een gemeenschappelijk onderzoek werd ingediend. De keuze van de tweedelijnslokatie in het onderzoek, namelijk de poliklinieken kindergeneeskunde van het Sophia Kinderziekenhuis, vloeide voort uit deze samenwerking. Een beknopt overzicht van de onderzoekopzet werd in november 1987 toegezonden aan alle kinderartsen werkzaam op de polikliniek algemene kindergeneeskunde en de subhoofden van de subspecialistische afdelingen van de afdeling kindergeneeskunde (bijlage 3.1.). Deze opzet werd mondeling toegelicht door de bij het onderzoek betrokken kinderarts, waarbij van een ieder de toezegging werd verkregen medewerking te verlenen aan het onderzoek.

De aan het onderzoek meewerkende huisartsen en praktijken moesten aan een aantal voorwaarden voldoen. Interesse voor wetenschappelijk onderzoek en de bereidheid tot meewerken waren de belangrijkste criteria. Voor het waarborgen van de volledigheid van de gegevensverzameling was een goede praktijkorganisatie en een goede avond- en weekenddienstregeling met patiëntenoverdracht een vereiste. Daarnaast was het van belang een groep huisartsen te kiezen, die zich voor de verwijzingen naar kindergeneeskunde meestal tot het Sophia Kinderziekenhuis wendt.

Ten slotte was het voor het onderzoek noodzakelijk dat ook op lange termijn een zo volledig mogelijk inzicht in de zorgverlening door huisarts en kinderarts werd verkregen. De populatie diende derhalve niet te sterk van samenstelling te veranderen. Dit is het geval in een kleinere gemeente, waarheen en waarvandaan weinig verhuisd wordt en waarin alle huisartsen in het onderzoek participeren.

De gekozen huisartslokatie, te weten het gezondheidscentrum te Krimpen aan den IJssel waar veertien huisartsen in vijf praktijken werken, voldeed aan bovengenoemde criteria.

De betrokken huisartsen kregen in november 1987 hetzelfde overzicht van de onderzoekopzet als de kinderartsen. Het project werd toegelicht door de onderzoekers en besproken op de vergadering van de Stichting Huisartsen Krimpen aan den IJssel (SHK) op 2 december 1987.

Op de vergadering van 16 december hebben alle huisartsen-leden van de SHK zich bereid verklaard hun medewerking te verlenen ten behoeve van het onderzoek, zowel met betrekking tot een initieel registrerend onderzoek als de vervolgens in overleg vast te stellen interventies. Hierna werd een contract opgesteld tussen de Erasmus Universiteit Rotterdam en de Stichting Huisartsen Krimpen aan den IJssel. Hierin werden de werkwijze, de verplichtingen van de zijde van onderzoekers en de huisartsen, de publicaties en gegevensverstrekking, het privacy-reglement, de oplossing van eventuele geschillen en de financiële vergoeding vastgelegd (bijlage 3.2.).

In de nu volgende paragrafen zullen na een beschrijving van de onderzochte populatie de huisartsgeneeskundige en kindergeneeskundige voorzieningen worden beschreven.

### 3.2. De populatie

Krimpen aan den IJssel is een forensengemeente in de nabijheid van Rotterdam met een totale populatie van 27.700 inwoners waaronder, volgens de opgave van de Afdeling Burgerzaken

van de gemeente per 1 januari 1988, 5.700 kinderen in de leeftijd van 0 tot en met 14 jaar met een gelijkmatige verdeling over de diverse leeftijdsjaren (bijlage 3.3.).

Het aantal inwoners heeft, na een sterke groei in de jaren zestig en zeventig, de laatste vijf jaargeen ingrijpende veranderingen ondergaan, zoals blijkt uit de statistische jaarverslagen (Gemeente Krimpen aan den IJssel 1988-1991). Het type woningen, waarmee de gemeente in de jaren zestig en zeventig uitgebreide, was voornamelijk eengezinswoningen en koopwoningen in de vrije sector (Slangen 1992). Dit was van invloed op de samenstelling van de populatie, niet alleen qua leeftijd, maar ook qua aandeel van de particulier verzekerden (tabel 3.2.1.). Van de inwoners bezit 98 procent de Nederlandse nationaliteit.

Uit een door de gemeente en de huisartsen uitgevoerde controle in november 1988 bleek dat 500 mensen, waaronder naar schatting 100 kinderen, die geregistreerd staan bij de Burgerlijke Stand, niet zijn ingeschreven bij een huisarts van deze gemeente. Een zekere stabiliteit van het aantal patiënten per praktijk mocht verwacht worden, omdat alle praktijken langer dan 15 jaar gevestigd waren en wisseling van huisartspraktijk binnen de gemeente slechts na een gesprek met de eigen huisarts kan geschieden.

Bij de aanvang van het onderzoek was de verdeling van de onderzoekpopulatie over de praktijken (door ons ten behoeve van het onderzoek genummerd in willekeurige volgorde) niet op eenvoudige wijze na te gaan vanwege het ontbreken van een bijgewerkt leeftijds- en geslachtsregister. Wel was er een door de huisartsen verstrekte schatting van de praktijkgrootte.

Om toch een inzicht te verkrijgen in de samenstelling van de patiëntenpopulatie per praktijk waren de per 1-1-1988 door het ziekenfonds verstrekte getallen betreffende bij de huisartsen ingeschreven verzekerden per leeftijdsgroep beschikbaar. Uit de ziekenfondsgegevens bleek tussen de praktijken een grote variatie in het percentage kinderen dat ingeschreven was (13,6-20,2%). De verdeling van de particulierverzekerde patiënten over de diverse praktijken werd bepaald op de navolgende wijze.

De patiëntenadministratie van praktijk 1 was bij de aanvang van het onderzoek reeds opgeslagen in een computerbestand, een zogenaamd Huisarts Informatie Systeem (HIS). In praktijk 5 gebeurde dit in juli 1989. In november 1988 werden de patiëntenadministraties in de praktijken 2 en 5 ten behoeve van een ander onderzoek op volledigheid gecontroleerd. In de praktijken 3 en 4 werd een dergelijke controle niet uitgevoerd. In de praktijken waar een HIS operationeel was (1 en 5) werd het aantal kinderen geboren in de periode 1 februari 1973 tot 1 juni 1988 geteld. In praktijk 2 kon dit aantal, dankzij de eerder genoemde controle, eveneens op betrouwbare wijze vastgesteld worden. Op basis van deze tellingen werden de aantallen van de praktijken 3 en 4 verhoudingsgewijs gecorrigeerd. De op deze wijze bepaalde opbouw van de praktijken is weergegeven in tabel 3.2.1.

**Tabel 3.2.1. Populatie per praktijk en per verzekeringsvorm**

| praktijk | patiënten<br>aantal | particulier<br>% | kinderen<br>aantal | particulier<br>% |
|----------|---------------------|------------------|--------------------|------------------|
| 1        | 7.500               | 55               | 1.412              | 62               |
| 2        | 5.300               | 42               | 1.114              | 52               |
| 3        | 4.032               | 37               | 616                | 33               |
| 4        | 3.850               | 45               | 535                | 46               |
| 5        | 6.530               | 62               | 1.923              | 74               |
| totaal   | 27.212              | 50               | 5.600              | 59               |

De volgorde waarin de praktijken zich hebben gevestigd (3, 2, 4, 1, en ten slotte 5) lijkt van invloed geweest te zijn op de praktijkopbouw.



### 3.3. De eerstelijnsvoorzieningen

#### Het gezondheidscentrum

Het centrale punt in de gezondheidszorgvoorzieningen in deze gemeente is het gezondheidscentrum. Het behoort tot de grootste in Nederland. Alle huisartsen zijn gevestigd in dit gezondheidscentrum, evenals de drie andere kerndisciplines, te weten maatschappelijk werk, wijkverpleging en gezinszorg. Daarnaast verrichten de consultatiebureau-artsen, een diëtiste, de GAK-arts, de schoolarts en de verloskundigen hun werkzaamheden in het centrum. De beide apothekers, de fysiotherapeuten en enkele andere diëtisten zijn buiten het centrum gevestigd. Er wordt samengewerkt met de Stichting Trombosedienst en Artsenlaboratorium te Rotterdam, die naast een dagelijkse gelegenheid voor bloedonderzoek in het laboratorium van het centrum ook de mogelijkheid voor bloedafname bij patiënten aan huis biedt.

De kerndisciplines hebben vrijwel wekelijks een gestructureerd overleg. Ook degenen die buiten het centrum gevestigd zijn, komen regelmatig naar het centrum voor formeel en informeel overleg (Stichting Gezondheidscentrum 1987-1990).

Krimpen aan den IJssel ligt op geringe afstand van Rotterdam (circa 10 km), maar de verkeers-technische situatie vormt een barrière. Er kan verwezen worden naar verschillende ziekenhuizen in de regio. Met een aantal tweedelijnsinstellingen worden contacten onderhouden teneinde de afstemming van de hulpverlening te verbeteren. Al jaren bestaat de gewoonte om kinderen met kindergeneeskundige problemen, vrijwel zonder uitzondering, naar het Sophia Kinderziekenhuis te verwijzen.

#### Huisartsen en praktijkassistenten

De huisartsgeneeskundige zorg wordt verleend door veertien huisartsen, allen werkzaam in één van de vijf in het gezondheidscentrum gevestigde huisartspraktijken. De onderlinge samenwerking van de huisartsen behelst onder andere geregeld overleg en avond- en weekenddienst-waarneming.

Er bestaat een historische relatie tussen de huisartsen in Krimpen aan den IJssel en het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut op het gebied van onderwijs en onderzoek.

Bij de aanvang van het onderzoek waren vijf van de veertien huisartsen tevens part-time verbonden aan het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut.

Tijdens het onderzoek hebben er in alle praktijken personeelwijzigingen plaatsgevonden, waarop om redenen van privacy niet nader zal worden ingegaan. De huisartsbezetting per praktijk en de opgetreden wijzigingen zijn samengevat in tabel 3.3.1.

**Tabel 3.3.1. Huisartsen per praktijk naar jaar van artsexamen**

| praktijk | per 1-2-88        |                   |                     |                     | per 1-9-89        |                     |                     |                     |
|----------|-------------------|-------------------|---------------------|---------------------|-------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
|          | 1955 <sup>1</sup> | 1956              | 1967                | 1976 <sup>1,2</sup> | 1955 <sup>1</sup> | 1956                | 1967                | 1976 <sup>1,2</sup> |
| 1        | 1955 <sup>1</sup> | 1956              | 1967                | 1976 <sup>1,2</sup> | 1955 <sup>1</sup> | 1956                | 1967                | 1976 <sup>1,2</sup> |
| 2        | 1970              | 1982              | 1983 <sup>1,2</sup> |                     | 1970              | 1982                | 1983 <sup>1,2</sup> |                     |
| 3        | 1965              | 1972 <sup>1</sup> |                     |                     | 1965              | 1984 <sup>1,2</sup> |                     |                     |
| 4        | 1953              | 1983 <sup>1</sup> |                     |                     | 1983              | 1985                |                     |                     |
| 5        | 1972              | 1973              | 1983 <sup>1,2</sup> |                     | 1972              | 1973                | 1983 <sup>1,2</sup> |                     |
| totaal   | 14                |                   |                     |                     | 14                |                     |                     |                     |

<sup>1</sup> part-time werkende artsen

<sup>2</sup> vrouwelijke huisartsen

In alle praktijken zijn een of twee praktijkassistenten werkzaam. In drie praktijken vertrokken tijdens de onderzoeksperiode praktijkassistenten. In twee gevallen betrof het de assistente met de meeste ervaring. De assistenten werden allen opgevolgd.

### **Organisatie van de praktijken**

Binnen de huisartspraktijken is er geen scheiding van de patiëntenpopulatie. Alle praktijken werken met spreekuren volgens afspraak en de visites worden voornamelijk aan het eind van de morgen afgelegd. Voor de contactregistratie werd, bij de aanvang van het onderzoek, in alle praktijken gebruikgemaakt van het in de huisartspraktijk meest gebruikelijke systeem, namelijk de in de jaren vijftig door het Nederlands Huisartsen Genootschap gintroduceerde 'groene kaart' (Commissie Praktijkvoering NHG 1958). Lopende het onderzoek werd in twee praktijken geleidelijk overgegaan op het gebruik van een geautomatiseerd medisch dossier (Huisartsen Informatie Systeem).

De huisartsen doen in samenwerking met de wijkverpleegkundige zelf het consultatiebureau voor zuigelingen. De praktijken 1 en 5 verlenen verloskundige zorg. Alternatieve behandelwijzen worden niet beoefend.

Alle gevestigde huisartsen, participanten in de oorspronkelijke waarneemgroep, besloten ten tijde van de oprichting van het gezondheidscentrum te gaan samenwerken in een stichting, waarin elk gelijke rechten heeft. Een van de doelstellingen van de stichting is het streven naar een goede kwaliteit van de zorgverlening, wat ondermeer tot uitdrukking komt in een controle op de bereikbaarheid van de artsen, de organisatie van de diensten en de patiëntenoverdracht. Het reglement betreffende de bereikbaarheid voldoet aan de eisen van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Er wordt twee keer per maand vergaderd door alle artsen en de apothekers. Hierbij komen zowel organisatorische als inhoudelijke zaken aan de orde. Gemaakte afspraken worden schriftelijk vastgelegd, zodat ze een bindend karakter krijgen en de continuïteit van het gekozen beleid beter gewaarborgd is.

De huisartsen hebben in onderling overleg vastgesteld dat diensten alleen door in de gemeente werkzame huisartsen worden verricht. In de vakantieperiode worden alleen waarnemers voor overdag aangetrokken. Van de laatste mogelijkheid is tijdens de onderzoeksperiode geen gebruikgemaakt.

## **3.4. De kindergeneeskundige voorzieningen**

### **Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Sophia Kinderziekenhuis**

Het Sophia Kinderziekenhuis werd in 1863 gesticht op initiatief van enkele welgestelde burgers en idealistische artsen. Het was het eerste kinderziekenhuis in Nederland. Na de vestiging van een medische faculteit te Rotterdam werd het particuliere kinderziekenhuis op 1 juli 1967 academisch. Samen met het voorheen gemeentelijke Dijkzigtziekenhuis vormt het sinds 1 mei 1971 het Academisch Ziekenhuis Rotterdam (Van Lieburg 1975). Binnen het Sophia Kinderziekenhuis zijn nagenoeg alle specialismen betrokken bij de medische zorg aan kinderen vertegenwoordigd: kindergeneeskunde, de chirurgische specialismen en anesthesie voor de kinderleeftijd, kinder- en jeugdpsychiatrie, kinderneurologie en kinderdermatologie.

Het ziekenhuis verleent zowel basis-specialistische, topklinische als topreferentiezorg.

### **Kindergeneeskunde**

De kindergeneeskunde omvat algemene kindergeneeskunde en kindergeneeskundige subspecialismen, te weten pulmonologie, cardiologie, endocrinologie, gastroënterologie, stofwissel-

lingsziekten, infectieziekten en immuunziekten, neonatologie, nefrologie en hemato/oncologie. Op de polikliniek worden jaarlijks ongeveer 30.000 consulten verricht, waarvan de helft algemene kindergeneeskunde. Tot het terrein van de algemene kindergeneeskunde behoort vooral de basis-pediatrische zorg, terwijl de topklinische en topreferentiezorg meestal tot het gebied van de subspecialismen hoort, maar deze scheiding is niet strikt. Verwijzingen van de huisarts rechtstreeks naar de subspecialistische poliklinieken is ook mogelijk.

Alle door de huisarts aangeboden patiënten, ook degenen die opgenomen moeten worden, worden eerst poliklinisch beoordeeld. Alleen te vroeg geboren en kunnen rechtstreeks opgenomen worden, evenals patiënten die van andere klinische afdelingen overgeplaatst worden. Het aantal opnamen per jaar is ongeveer 2.700 met een gemiddelde verpleegduur van 12 dagen (Academisch Ziekenhuis Rotterdam 1991; bijlage 3.4.).

Het in dit proefschrift beschreven onderzoek richt zich op poliklinische activiteiten, zowel wat betreft de inventarisatie als de interventies. Deze keuze is gemaakt op grond van het feit dat de klinische zorg is gerelateerd aan de poliklinische. Elke opname maakt deel uit van een specialistische zorgepisode, waaraan vrijwel steeds een polikliniekbezoek voorafgaat en waarop altijd controles op de polikliniek volgen. De poliklinische zorg is bovendien het deel van de specialistische zorg, dat aansluit op de zorg die door de huisarts wordt verleend.

### **Organisatie poliklinieken**

Op de polikliniek algemene kindergeneeskunde waren ten tijde van het onderzoek vijf kinderartsen werkzaam met onder hun supervisie vier assistenten in opleiding, met een stageduur van gemiddeld negen maanden. De subspecialistische spreekuren worden verricht door kinderarts-subspecialisten en kinderartsen in opleiding tot subspecialist. Een groot aantal artsen was derhalve betrokken bij de behandeling van de patiënten uit de betreffende huisartspopulatie.

Binnen het Academisch Ziekenhuis Rotterdam wordt voor de patiëntenadministratie gebruikgemaakt van het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS) dat ontwikkeld is met een aantal andere ziekenhuizen (Bakker). In de regel wordt gewerkt met spreekuren volgens afspraak. De patiënten die op korte termijn beoordeeld moeten worden, worden meestal gezien op de zogenoemde 'acute poli'. In het Sophia Kinderziekenhuis wordt voor de patiënten door alle specialismen met uitzondering van de kinderspsychiatrie een gezamenlijke status gebruikt.

## **3.5. Kanttekeningen**

Uit het bovenstaande zal duidelijk zijn dat de beschreven populatie specifieke kenmerken heeft, zoals dit ook met de medische voorzieningen het geval is. De resultaten van het onderzoek zijn niet zonder meer maatgevend voor de Nederlandse gezondheidszorg. In dezelfde periode werd door het NIVEL de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk uitgevoerd (Foets et al. 1986; Bensing et al. 1991). Binnen een samenwerkingsovereenkomst werd de methode van onderzoek afgestemd op die gebruikt door het NIVEL, waardoor de resultaten konden worden gerelateerd aan de bevindingen van dit landelijke onderzoek (Bruijnzeels et al. 1993).

Hoewel voor beide onderzoekers het uitvoeren van het onderzoek los stond van hun andere taken moet het feit dat zij beiden werkzaam waren op de onderzoeklokaties wel worden vermeld.

De betrokken huisarts werkt sinds 1986 in één van de praktijken, aanvankelijk als vaste waarnermer en sinds 1990 in part-time dienstverband. Ze is geen lid van de Stichting Huisartsen Krimpen aan den IJssel, maar woont wel regelmatig de vergaderingen van de stichting bij.

De betrokken kinderarts is sinds 1973 werkzaam in het Sophia Kinderziekenhuis; aanvankelijk als arts-assistent in opleiding tot kinderarts later als stafid van de polikliniek algemene kindergeneeskunde.

Er was bij dit onderzoek door de dubbele betrokkenheid van beide arts-onderzoekers kans op problemen die ook een rol spelen bij participerende observatie, waaronder beschouwd wordt dat een onderzoeker gegevens verzamelt vanuit de positie die hij in de groep heeft. Problemen bij participerende observatie kunnen ontstaan doordat voor de onderzoeker maar een beperkt aantal aspecten waarneembaar zijn (biased-viewpoint effect), de onderzoeker het groepsgebeuren beïnvloedt (control-effect) en er rolconflicten kunnen ontstaan (Segers 1977). Daartegenover kunnen ook andere aspecten worden genoemd zoals: eenvoudige toegang tot de organisatie, de mogelijkheid kennis die men heeft over de organisatie in te brengen bij de opzet en de uitvoering van het onderzoek en de mogelijkheid anderen, werkzaam in de betreffende organisatie, te motiveren. Er waren dus naast voordelen ook nadelen, die in de diverse fasen van het totale onderzoek in wisselende mate een rol hebben gespeeld. Zo was de bereidheid van de collegae huisartsen en kinderartsen mee te doen vrij groot, hetwelk ook kan betekenen dat men zijn gedrag liet beïnvloeden. Voor de onderzoekers bestond de mogelijkheid op eenvoudige wijze toe te zien op het uitvoeren van de registratie, hetwelk de volledigheid van de uitgevoerde registraties positief beïnvloed heeft. Soms was het moeilijk voldoende objectiviteit te bewaren. Gedurende het gehele onderzoek is waar mogelijk gebruikgemaakt van methoden om gegevens zo objectief mogelijk vast te leggen door anderen dan de onderzoekers en zijn effecten op verschillende wijzen getoetst.

## 4. Opzet van de parallelregistratie en aanvullende dataverzameling

### 4.1. Inleiding

In het navolgende hoofdstuk wordt de opzet van een contactregistratie in de huisartspraktijk en een consultregistratie in de kinderartspraktijk beschreven. Het doel van deze registratie was tweërlei. Voorafgaande aan de interventies diende inzicht verkregen te worden in de huisarts-geneeskundige en kindergeneeskundige zorg verleend aan de onderzoekpopulatie, zodat analyse van knelpunten kon plaatsvinden. Bij de evaluatie van de gekozen interventies wilden we opnieuw gebruikmaken van gegevens over de verleende zorg.

De opzet van de contactregistratie in de huisartspraktijk was vergelijkbaar met die welke werd uitgevoerd tijdens de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijns gezondheidszorg (NIVEL) (Foets en Van der Velden 1990; Bensing et al. 1991). Aanleiding hiervoor was de mogelijkheid om de gegevens te vergelijken teneinde te kunnen aangeven in hoeverre de uitkomsten gegeneraliseerd kunnen worden.

In het Sophia Kinderziekenhuis werd een registratie uitgevoerd van alle consulten op de poliklinieken kindergeneeskunde betreffende de kinderen uit de onderzoekpopulatie. Tevens werd de visie van de betrokken huisartsen gevraagd over kinderen, die de kindergeneeskundige gesprekken bezocht hadden.

Omdat door de bovengenoemde methode van onderzoek een deel van de kindergeneeskundige zorgverlening mogelijk niet vastgelegd zou worden, werd de zorgverlening in de neonatale periode via gegevens uit de huisartspraktijk geanalyseerd en werden kindergeneeskundige opnamen ook via het ZIS gesignaleerd.

#### 4.2.1. Registratieformulieren

Voor de registratie werd een aantal formulieren ontworpen. Door de huisartsen werd voor de contactregistratie gebruikgemaakt van twee verschillende formulieren. Een uitgebreid formulier was beschikbaar voor contacten tijdens spreekuren en visites (formulier 1), vergelijkbaar met het door het NIVEL gebruikte formulier (Foets en Van der Velden 1990). Een eenvoudiger formulier kon, indien gewenst, worden gebruikt voor telefonische contacten en contacten tijdens de dienst. In overleg met de huisartsen volgde dit formulier (formulier 5) zoveel mogelijk de indeling van de door deze waarnemgroep gebruikte waarneembrieven. Tijdens de registratie zou formulier 5 voor wat betreft de kinderconsulten de waarneembrief vervangen en kregen de onderzoekers het formulier, nadat de praktijkassistente de gegevens hiervan, zoals gebruikelijk, had overgenomen in het medisch dossier. De registratie van de consulten tijdens de dienst volgde zo de in de praktijken gebruikelijke procedure.

Verwijzingen binnen de eerstelijns konden op formulier 1 worden vermeld. Indien aansluitend aan een consult een patiënt naar de tweedelijns werd verwezen, moest tevens formulier 2 ingevuld worden. Door vermelding van het nummer van formulier 1 op formulier 2 was het mogelijk deze formulieren te koppelen.

Voor verlenging van de verwijzing en de zogenaamde achteraf-verwijzingen, waarbij de patiënt

een verwijskaart wil hebben nadat hij de specialist heeft bezocht, werd een apart formulier gemaakt (formulier 3), omdat dit meestal alleen een administratieve handeling is.

Voor de consultregistratie in het Sophia Kinderziekenhuis werd gebruikgemaakt van één formulier, dat uit twee bladen bestond (formulier 6/7). Op dit formulier verschilde het invultraject voor patiënten met een nieuw te evalueren probleem (eerste en tweede consult) van dat voor patiënten met vervolggconsulten. Indien een consult de eerste controle na opname was, werd dit apart vermeld. Om van kinderen die niet recent waren verwezen toch de visie van de huisarts te verkrijgen, werd - indien een kind het Sophia Kinderziekenhuis voor een vervolggconsult bezocht - een formulier 4 naar de huisarts gezonden.

Alle formulieren staan vermeld in tabel 4.2.1. en zijn als bijlage (4.1. tot en met 4.6.) opgenomen.

**Tabel 4.2.1. Formulieren.**

| type formulier  | nummer | invuller            |
|---|--------|---------------------|
| uitgebreid contactformulier   | 1      | huisarts/assistente |
| verkort contactformulier  | 5      | huisarts/assistente |
| verwijzing naar specialist aansluitend aan contact  | 2      | huisarts            |
| verlenging of achteraf-verwijzing   | 3      | huisarts            |
| consult polikliniek kindergeneeskunde<br>Sophia Kinderziekenhuis  | 6/7    | kinderarts          |
| visie huisarts over kind, meer dan tweemaal<br>gezien op polikliniek kindergeneeskunde<br>Sophia Kinderziekenhuis | 4      | huisarts            |

De concept-formulieren werden getoetst op bruikbaarheid door de betrokken huisartsen en enkele kinderartsen teneinde nog verbeteringen van de formulieren en de handleiding te kunnen doorvoeren. Voor de huisartsen en praktijkassistenten werd een uitvoerige handleiding geschreven, die tijdens een instructiebijeenkomst nader werd toegelicht (bijlage 4.7.). Een handleiding voor de registrerende kinderartsen werd afgedrukt op de achterzijde van formulier 6/7 en eveneens mondeling toegelicht aan de betrokkenen (bijlage 4.8.).

Tijdens de dataverzameling was het noodzakelijk de naam van de patiënt op het registratieformulier vast te leggen. Ten behoeve van de privacy werd het uiteindelijke databestand geanonimiseerd bewerkt. De waarborg voor het recht op privacy werd vastgelegd in een reglement, dat aan alle bij de uitvoering van de registratie betrokken personen werd toegezonden en dat voor alle patiënten in de huisartspraktijk ter inzage aanwezig was (bijlage 4.9.).

## 4.2.2. Inhoud van de registratie

Geregistreerd werden de volgende rubrieken.

*Patiëntgegevens*, waaronder verzekeringsvorm en gezinssamenstelling te weten: aanwezigheid van de ouders, aantal kinderen en plaats van het kind in de kinderrij. De etnische groep waartoe het kind behoort, werd bepaald door - behalve de nationaliteit van het kind - ook het geboorteland van kind en ouders te laten registreren.

*Contactgegevens van de huisarts* te weten: spreekuur of visite; al dan niet met spoed; tijdstip van de dag; eerste consult, herhalingsconsult, consult voor een recidiverend probleem dan wel periodieke controle. Daarnaast werd gevraagd wie het initiatief tot het contact had genomen, met name om te kunnen signaleren hoe vaak contacten worden geïnitieerd door andere hulpverleners, zoals consultatiebureau-artsen en schoolartsen.

*Consultgegevens van de specialist*: spreekuur of acute beoordeling overdag of tijdens de diensturen; eerste, tweede, vervolgsconsult of een eerste controle na opname.

*De reden voor contact en diagnose* werden door de huisarts en de kinderarts naar eigen inzicht ingevuld en later door de onderzoekers gecodeerd. De mate waarin de reden voor contact somatisch dan wel psychosociaal van aard was en in hoeverre de invullend arts zeker was van zijn diagnose, moest in een vijfpuntsschaal worden aangegeven.

Om de gepresenteerde klacht in het kader van eventueel aanwezige andere ziekten, dan wel gezinsproblematiek, te kunnen plaatsen en de daaruit voortvloeiende interventies te begrijpen, hadden de huisartsen de mogelijkheid een bijkomend probleem te registreren.

#### *Diagnostiek en behandeling*

Aan de huisarts werd gevraagd in hoeverre lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek en röntgendiagnostiek werd verricht. Eveneens werd vastgelegd: de aard van de behandeling, eventueel voorgeschreven medicatie, vervolgsafspraken en overleg met andere hulpverleners.

Van de kinderartsconsulten werden de procedures, die tijdens en na het spreekuur plaatsvonden, in een beperkt aantal categorieën geregistreerd.

#### *Verwijzing*

Door de huisarts werd geregistreerd naar welk specialisme en welke instelling werd verwezen. Spoedverwijzingen werden onderscheiden van reguliere verwijzingen. De duur van de klachten en het aantal contacten in de ziekte-episode voorafgaande aan de verwijzing werden vastgelegd. Het doel van de verwijzing, de instemming van de huisarts met de verwijzing, alsmede de mate waarin ouders, andere hulpverleners en andere dan medische factoren de verwijzing hadden beïnvloed, moesten genoteerd worden.

De kinderarts werd bij het eerste en tweede consult voor een nieuw probleem een aantal vragen gesteld betreffende de procedures rond de verwijzing, te weten wie de verwijzer was en de wijze van informatie-overdracht. Tevens werd een visie gevraagd ten aanzien van de motivatie van de verwijzing, in hoeverre deze als zinvol werd beschouwd en in hoeverre de ouders en andere dan medische factoren de verwijzing hadden beïnvloed.

#### *Specialistische vervolgsafspraken en terugverwijzing*

Bij de patiënten met een nieuw probleem werd vastgelegd hoe naar het oordeel van de kinderarts de verdere medische begeleiding voor de patiënt geregeld diende te worden. Bij de reeds bekende patiënten werd geïnventariseerd hoe lang zij onder controle waren. Bij alle patiënten diende, indien verdere kindergeneeskundige controle noodzakelijk werd geacht, de reden hiervan te worden aangegeven in een van de volgende categorieën: evaluatie nog niet afgerond, beoordeling ingestelde therapie wenselijk, beoordeling ziektebeeld wenselijk, regelmatige diagnostiek nodig, specialistische expertise nodig, de ouders wensen verdere specialistische begeleiding. Ook de vermoedelijke duur en frequentie van de vervolgsafspraken werd gevraagd.

Bij de reeds bekende patiënten werd gevraagd naar het oordeel van de kinderarts over de taakafbakening tussen huisarts en specialist. Tevens werd het oordeel gevraagd over de informatie, zowel die vanuit het Sophia Kinderziekenhuis aan de huisarts als die welke de kinderarts van de huisarts kreeg over relevante gebeurtenissen ten tijde van de poliklinische begeleiding.

#### *Visie huisartsen bij langer op de polikliniek bekende patiënten*

De huisartsen noteerden of zij op de hoogte waren van de voortdurende specialistische controles, deze ondersteunden, de diagnose kenden en in hoeverre hun initiële vraagstelling beantwoord was. Geïnformeerd werd of er overleg was geweest over de noodzaak van specialisti-

sche begeleiding en afstemming van zorg. Tevens werd de eventuele huisartsgeneeskundige zorg, verleend in het voorafgaande jaar aan de patiënt en de andere gezinsleden, geïnventariseerd. Daarna werd ook gevraagd of de huisarts de specialist hieromtrent geïnformeerd had. Ten slotte werd de huisarts een oordeel over het beleid en de informatie van de specialist en de taakafbakening gevraagd.

De antwoorden waren zoveel mogelijk voorgecodeerd. Bij enkele vragen diende vrije tekst ingevuld te worden. De vragen die zich daarvoor leenden, werden gesteld in de vorm van een vijfpuntsschaal. Bij alle vijfpuntsschalen luidde de instructie dat, indien de arts geen mening had omtrent het gevraagde, niets ingevuld diende te worden.

### 4.3. Duur van de registratie

Om de duur van de registratie te bepalen werden aantallen contacten en verwijzingen betreffende 0- tot 14-jarige kinderen uit andere registraties, die voor de aanvang van deze studie beschikbaar waren, geanalyseerd. Hierbij werd gebruik gemaakt van de ter beschikking gestelde praktijkgegevens betreffende 1986 van drie huisartspraktijken in Twello met een reeds jarenlang geautomatiseerde praktijkorganisatie en bekende populatiegegevens. Tevens werden leeftijdspecifieke gegevens uit het Monitoring Project verkregen (Lamberts 1984).

**Tabel 4.3.1. In Twello en tijdens het Monitoring Project geregistreerde contacten c.q. episoden en verwijzingen gedurende één jaar.**

|                                | Twello | Monitoring Project  |
|--------------------------------|--------|---------------------|
| kinderen 0-14 jaar             | 1.434  | 2.995               |
| contacten                      | 3.151  | 12.733 <sup>1</sup> |
| verwijzingen tweedelijns       | 247    | 823                 |
| verwijzingen kindergeneeskunde | 35     | 97                  |

<sup>1</sup> geen aantallen contacten maar episoden bekend

Op basis van deze getallen zouden in Krimpen aan den IJssel bij registratie gedurende een jaar circa 12.000 contacten/24.000 episoden, circa 950-1.500 verwijzingen naar de tweedelijns en 135 à 180 verwijzingen naar de kindergeneeskunde te verwachten zijn. De grote verschillen tussen de bovengenoemde registraties kon zeker niet geheel verklaard worden uit het verschil in samenstelling van de populaties. Er werd daarom afgezien van het verbeteren van de prognose met betrekking tot het aantal te verwachten contacten en verwijzingen door standaardisatie naar leeftijd mede door het ontbreken van een aantal daartoe benodigde gegevens. Bovendien is het voorspellen van het verwachte aantal verwijzingen tijdens korte registraties moeilijk doordat een deel van de verschillen verklaard kan worden door toeval (Moore en Roland 1989). De gegevens lieten ook zien dat naast de kinderarts andere specialisten een belangrijk aandeel in de zorg voor kinderen hebben.

Het aantal te verwachten nieuwe patiënten op de poliklinieken kindergeneeskunde werd tevens geschat met behulp van de ZIS-gegevens van voorgaande jaren (tabel 4.3.2.).

Uiteindelijk werd besloten dat een vier maanden durende registratie in de huisartspraktijken voldoende gegevens zou opleveren zonder de werkbelasting voor de registrerende huisartsen al te groot te maken. Een langdurigere registratie zou wel wenselijk zijn geweest om inzicht te



**Tabel 4.3.2. Overzicht aantal verwijzingen poliklinieken kindergeneeskunde per huisartspraktijk van 1-1-85 tot en met 30-6-86<sup>1</sup>**

| polikliniek                | praktijken |           |           |           |           | totaal     |
|----------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
|                            | 1          | 2         | 3         | 4         | 5         |            |
| algemene kindergeneeskunde | 34         | 43        | 31        | 20        | 48        | 176        |
| subspecialismen            | 32         | 14        | 13        | 16        | 18        | 93         |
| <b>totaal</b>              | <b>66</b>  | <b>57</b> | <b>44</b> | <b>36</b> | <b>66</b> | <b>269</b> |

<sup>1</sup>gegevens ZIS d.d. 14-8-1986

krijgen de seizoensvariatie, voor het completeren van zorgepisoden en om meer verwijzingen vast te leggen. Bij de registratie in de huisartspraktijk werden alle verwijzingen naar de tweedelijns vastgelegd.

De registratie op de poliklinieken kindergeneeskunde werd langer gecontinueerd, namelijk zes maanden. Daardoor konden patiënten, die gedurende de laatste fase van de registratie door de huisarts verwezen werden, in de poliklinische registratie vervolgd worden. Een bijkomend voordeel was dat op deze wijze een groter aantal patiënten met een lage frequentie van controlebezoeken in het onderzoek kon worden betrokken.

De registratie werd gestart op 1 februari 1988. Het winterseizoen werd in het onderzoek betrokken vanwege het hoge klachtenaanbod. Daarnaast was het feit dat er in deze maanden minder vakantieperiodes zijn een voordeel. De kans werd hierdoor verkleind dat de registratie met een lagere personeelsbezetting moest gebeuren of dat waarnemers moesten worden geïnstrueerd.

#### 4.4.1. Opzet in de huisartspraktijk

Door de huisartsen werd een registratieformulier ingevuld bij elk contact met een kind uit de genoemde leeftijdsgroep. De praktijkassistenten noteerden de administratieve gegevens vaak al voorafgaand aan het contact. De huisartsen was gevraagd om de formulieren zoveel mogelijk in aansluiting op het contact in te vullen. De praktijkassistente vulde na ieder contact dat zij zelfstandig met een patiënt had, een formulier 1 of 5 in.

De formulieren werden twee keer per week door een van de onderzoekers opgehaald en in de betreffende praktijk op hun volledigheid gecontroleerd, zodat ontbrekende gegevens door de arts of praktijkassistente alsnog ingevuld konden worden. Tijdens deze praktijkbezoeken bestond de mogelijkheid om problemen met het invullen van de formulieren te bespreken.

In de praktijken 1, 2 en 5 werd in overleg met de praktijkassistente aan de hand van de spreekuurlijsten gecontroleerd of alle contacten met kinderen waren geregistreerd. Indien een contact niet was geregistreerd werd de huisartsen gevraagd de formulieren alsnog met behulp van de groene kaarten in te vullen. In de andere twee praktijken bleek deze controle niet te kunnen worden uitgevoerd.

In alle praktijken werden één keer per week vijf willekeurig gekozen registratieformulieren vergeleken met de gegevens op de groene kaart. Door de onderzoekers uitgevoerde correcties betroffen uitsluitend administratieve gegevens. Of de verwijzingen correct werden geregistreerd op formulier 2 kon slechts ten dele worden gecontroleerd.

Door de onderzoekers werd gecontroleerd of alle formulieren 4 geretourneerd waren door de huisartsen. Indien nodig ontving de huisarts een herinnering. De formulieren werden door één van de onderzoekers te zamen met de praktijkassistente op hun volledigheid gecontroleerd, zonodig werd het formulier ter correctie aan de arts teruggezonden.

#### 4.4.2. Opzet in de kinderartspraktijk

In het Sophia Kinderziekenhuis werd, met behulp van het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS), elke afspraak van een kind ingeschreven bij een aan het onderzoek meewerkende huisarts geïdentificeerd. Voor dit doel werd een speciaal door de medewerkers van het ZIS ontworpen computerprogramma gebruikt.

Het reeds met personalia, datum van bezoek, arts en subspecialisme ingevulde formulier 6/7 werd vervolgens bij de balie van de polikliniek afgegeven, zodat het formulier bij de status gevoegd kon worden. De spreekuurhoudend arts werd verzocht het formulier in te vullen ten tijde van of kort na het consult. Om geen consulten te missen, werd aan het eind van elke dag met het eerder genoemde programma een actueel overzicht verkregen vooral om de annuleringen en de op korte termijn gemaakte afspraken te signaleren.

De formulieren werden door één van de onderzoekers verzameld en op hun volledigheid gecontroleerd, zodat ontbrekende gegevens alsnog door de behandelend arts ingevuld konden worden. Daarnaast werd steekproefsgewijs gecontroleerd of de gegevens op het registratieformulier met de gegevens van de status correspondeerden.

Aan het eind van elke maand werd met een overzicht geleverd door het ZIS, gecontroleerd of er consulten op de polikliniek kindergeneeskunde hadden plaatsgevonden die niet getraceerd waren tijdens de eerder genoemde identificatieprocedure en waarvoor de behandelend arts geen formulier had ingevuld. De behandelend kinderarts werd dan alsnog verzocht een formulier aan de hand van de status in te vullen. Van de resterende, niet aldus geregistreerde consulten werden de administratieve gegevens en de in de status nazoekbare gegevens ingevuld door de kinderarts-onderzoeker.

#### 4.5. Aanvullende dataverzameling

De kindergeneeskundige zorgverlening werd door de parallelregistratie niet volledig in beeld gebracht. Dit betrof met name de zorg verleend aan een pasgeborene en een deel van de opnames. Specialistische zorg in de neonatale periode wordt immers deels geïnitieerd door anderen dan de huisarts en de bevallingen vinden in verschillende ziekenhuizen in de regio plaats. De kindergeneeskundige opnames werden tijdens de registratie alleen geïnventariseerd bij patiënten die een eerste of tweede bezoek aan de polikliniek brachten. Bij de patiënten voor wie een vervolgconsult werd geregistreerd, werd op het formulier wel gevraagd of het betreffende consult het eerste was na een opname, maar aanvullende gegevens betreffende die opname, waaronder de opnamedatum, werden niet verzameld. Voorts werden opnames die niet volgden op een op de poliklinisch consult niet geregistreerd. Dit betrof met name de opname van neonaten, die veelal werden overgeplaatst uit andere ziekenhuizen.

De gegevens werden op de navolgende wijze gecompleteerd. Van alle kinderen geboren gedurende de periode 1-2-1988 tot en met 31-7-1988 werd met behulp van het dossier in de huisartspraktijk nagegaan of de partus onder begeleiding van de huisarts, de verloskundige of de gynaecoloog plaats had gevonden. Ook werd nagegaan of er in de eerste twee levensweken kindergeneeskundige bemoeienis was geweest als routinecontrole, zoals in sommige ziekenhui-

zen gebruikelijk, of als consult in verband met een probleem dat specialistische zorg vereiste. Van alle opnames van kinderen uit de onderzoekpopulatie werden na afloop van de registratie de gegevens met behulp van het ZIS verkregen.

## 4.6. Dataverwerking

Er werd gebruikgemaakt van optisch leesbare formulieren, die elk voorzien waren van een uniek nummer. Aan de patiënten werd geen onderzoeksnummer toegekend wegens de daartoe ontbrekende infrastructuur in de huisartspraktijk. De invullers, de huisartspraktijken en de aandachtsgebieden binnen de kindergeneeskunde, kregen een eigen code. Voor geboorteland en nationaliteit werden Indonesië, Suriname/Antillen, Noord-Afrika en Oost- en West-Europa, de Verenigde Staten van Amerika en Zuid-Amerika apart gecodeerd, alle overige werden samengevoegd. Deze keuze werd bepaald door het aanbod vanuit de populatie.

Voor het coderen van morbiditeit bestaan verschillende classificatiesystemen.

Het proces van klacht via hulpzoekgedrag naar diagnostische interpretatie en de daaropvolgende interventies verschaft essentiële informatie voor zowel de huisartsgeneeskundige als de poliklinische kindergeneeskundige zorg. Het was derhalve van belang om zowel de reden van komst als de diagnose te coderen.

De International Classification of Primary Care (ICPC) is een classificatiesysteem met de mogelijkheid een gezondheidsprobleem te benoemen, zoals de patiënt deze aan de arts aanbiedt. De ICD-9, een in de kliniek frequent toegepast en gevalideerd systeem, biedt de mogelijkheid diagnoses te coderen. Het is als ziekenhuisclassificatiesysteem ongeschikt voor gebruik in de huisartspraktijk en heeft ook nadelen voor de classificatie van poliklinische patiënten. De ICD-9 en de ICPC zijn te koppelen, maar dit geeft nogal wat problemen (Lamberts en Wood 1987; Lamberts et al. 1987; Meijer et al. 1987; Van der Horst et al. 1989).

Op de polikliniek kindergeneeskunde was bij het plannen van de parallelregistratie nog geen coderingssysteem voor klachten of diagnoses operationeel, dat ook voor dit onderzoek kon worden gebruikt. Het NIVEL had voor de codering van de Nationale Studie voor de ICPC-classificatie gekozen (Van der Velden et al. 1989; bijlage 4.10).

Bovenstaande overwegingen, alsmede de wens de gegevens te kunnen toetsen aan de gegevens van de Nationale Studie, bepaalde de keuze voor de NIVEL-versie van de ICPC voor de codering van zowel huisartsgeneeskundige als kindergeneeskundige consulten.

Ten behoeve van specifieke problemen van de kinderleeftijd bleek het noodzakelijk de classificatie te verfijnen. De uitbreiding van de codes werd beperkt om de vergelijkbaarheid met ander onderzoek niet in gevaar te brengen. Nieuwe specificaties werden alleen gebruikt voor problemen die ten aanzien van morbiditeit, beleid en/of het beantwoorden van deelvragen relevant waren (bijlage 4.10.).

De uniformiteit van de codering werd door de arts-onderzoekers onderling getoetst.

Bij de weergave van de vijfpuntsschalen in tabellen werden de beide uiterste antwoorden samen genomen, zodat drie categorieën overbleven. Ten aanzien van de categorie 'onbekend' moet bedacht worden dat het gevraagde onbekend is aan de onderzoeker. Er kon achteraf geen onderscheid gemaakt worden tussen het feit dat de invuller geen mening had of had verzuimd het gevraagde in te vullen.

Het was gezien de onderzoeksvragen niet noodzakelijk om de 'behandeling in de eigen praktijk' tot in detail te kennen. De door de huisartsen ingevulde rubrieken 'ingreep (HA)' en 'medicatie' werden door de onderzoekers gecodeerd.

Als bij de rubriek 'ingreep HA' een therapie- of observatieadvies werd ingevuld, werd dit ondergebracht in de rubriek 'voorlichting'. De ingevulde diagnostische ingrepen, zoals audiogram,

hielprik en piekstroømmeting, werden apart gecodeerd en toegevoegd aan de rubriek 'overige klinische diagnostiek'. De door de huisarts voorgeschreven medicatie werd gerubriceerd in een aantal veel voorkomende groepen.

Tijdens de bewerking van de vervolgspraken van de formulieren 1 en 5 werden de volgende rubrieken samengevoegd: 'hoeft niet terug te komen' en 'geen verdere controle noodzakelijk'; 'terugkomen bij geen verbetering' en 'patiënt neemt zonodig opnieuw contact op'; 'opbellen over', 'terugkomen', 'patiënt zal spreekuur bezoeken' en 'bezoek aan huis gewenst'.

Na codering werden de formulieren verwerkt met behulp van de bij het rekencentrum van de Erasmus Universiteit Rotterdam beschikbare apparatuur, waarna analyse met behulp van de facultaire main-frame computer mogelijk werd.

De identificatie van een patiënt vond plaats met behulp van geboortedatum, geslacht, praktijknummer, verzekeringsvorm en rangnummer in het gezin. Op deze wijze was het mogelijk van elke patiënt de consultgegevens van kinderarts en huisarts te koppelen en kon het beloop van de ziektegeschiedenis bij huisarts en kinderarts worden gevolgd.

Er is gebruikgemaakt van het statistische software pakket SPSS, zowel de versies voor de PC als voor de mainframe (Norusis 1988). Voor de bepaling van de statistische betekenis van de resultaten zijn drie verschillende toetsen gehanteerd, afhankelijk van het meetniveau van de variabelen en de grootte van de categorieën. Indien de data bestaan uit frequenties in discrete categorieën (nominaal of ordinaal meetniveau), dan is de chikwadraat-toets gebruikt. Bij 2x2 tabellen is de Yates-correctie voor continuïteit toegepast. Als één van de categorieën een zeer kleine frequentie verwacht (<5), dan is de Fisher-exact-test voor 2x2 tabellen gebruikt. Indien de data bestaan uit continue variabelen dan is voor het toetsen van verschillen tussen twee groepen gebruikgemaakt van de t-toets. Het significantieniveau en de gebruikte toets zijn alleen weergegeven indien de toets in een statistisch significant niveau onder de 5 procent resulteerde. Een onderscheid tussen het 5%- en het 1%-significantieniveau zal worden weergegeven.

# 5. Inventarisatie van de huisartsgeneeskundige en kindergeneeskundige zorgverlening

## 5.1. Inleiding

De eerste fase van het onderzoek is opgezet om inzicht te krijgen in de zorg voor kinderen door huisarts en kinderarts met het oog op daarna te ontwikkelen en uit te voeren interventies. Hiertoe werd vanaf 1 februari 1988 een parallelregistratie uitgevoerd gedurende vier maanden in de huisartspraktijken in Krimpen aan den IJssel en gedurende zes maanden op de poliklinieken kindergeneeskunde van het Sophia Kinderziekenhuis.

In de volgende paragrafen zal de respons in beide registraties worden besproken. Eerst de resultaten van de contactregistratie bij de huisarts, de gegevens betreffende alle verwijzingen door de huisarts naar de tweedelijns en die naar de kindergeneeskunde in het bijzonder. Vervolgens de zorgverlening door de kinderarts in de neonatale periode, de gegevens van de consultregistratie op de poliklinieken kindergeneeskunde met betrekking tot de nieuwe patiënten en met betrekking tot de langer bekende patiënten in relatie tot de enquêtegegevens van de huisartsen. Ten slotte worden de gegevens betreffende de aangeboden morbiditeit bij de huisarts en op de poliklinieken kindergeneeskunde gerapporteerd. Alle paragrafen worden besloten met een korte samenvatting. Het hoofdstuk wordt afgerond met een beschouwing over de wijze waarop de inventarisatie van de zorgverlening door huisarts en kinderarts tot stand kwam. De inhoudelijke aspecten zullen worden besproken in hoofdstuk 8, gevolgd door een analyse van de knelpunten in de samenwerking tussen huisarts en kinderarts.

### 5.2.1. Respons in de parallelregistratie

Tijdens de registratie werden verschillende formulieren gebruikt zoals beschreven in hoofdstuk 4. In tabel 5.2.1.1. zijn het aantal ontvangen formulieren en de tijdsduur van de registratie weergegeven. Zoals vermeld in de vorige paragraaf was de duur van de registratie voor huisarts en kinderarts verschillend.

**Tabel 5.2.1.1. Ontvangen formulieren.**

| formuliernummer en type   | aantal ontvangen | registratieduur (maanden) |
|---|------------------|---------------------------|
| 1 uitgebreid contactformulier   | 2.887            | 4                         |
| 5 verkort contactformulier  | 493              | 4                         |
| 2 verwijzing naar specialist aansluitend aan contact  | 184              | 4                         |
| 3 verlenging of achteraf-verwijzing   | 3                | 4                         |
| 6/7 consult polikliniek kindergeneeskunde Sophia Kinderziekenhuis   | 289              | 6                         |
| 4 visie huisarts over kind, meer dan tweemaal gezien op polikliniek kindergeneeskunde Sophia Kinderziekenhuis | 92               | 6                         |

In vier maanden werden 3.380 contacten met de huisartsen en de praktijkassistenten geregistreerd. Deze contacten betroffen 37 procent van de onderzoekpopulatie, te weten 2.082 van de 5.600 kinderen. De verdeling van de contacten was als volgt: 2.668 spreekuurcontacten, 404 visites en 308 telefonische contacten. De 243 contacten waarbij werd aangegeven dat een patiënt van een collega werd gezien, zijn in de tabel 5.2.1.2. toegerekend aan de praktijken, die de betreffende contacten registreerden. De huisartsen registreerden vijf contacten van kinderen met een woonplaats elders; deze contacten werden niet verder geanalyseerd.

**Tabel 5.2.1.2. Aantal contacten per huisartspraktijk in vier maanden.**

| praktijk | aantal kinderen | geregistreerde contacten | contacten per 1.000 kinderen |
|----------|-----------------|--------------------------|------------------------------|
| 1        | 1.412           | 1.011                    | 716                          |
| 2        | 1.114           | 713                      | 640                          |
| 3        | 616             | 229                      | 371                          |
| 4        | 535             | 149                      | 278                          |
| 5        | 1.923           | 1.278                    | 664                          |
| totaal   | 5.600           | 3.380                    | 604                          |

Bij het verwerken van de formulieren bleek dat de code voor een contact tijdens de dienst niet altijd consequent was ingevuld en dat voor contacten tijdens normale praktijkuren het hier niet voor bedoelde verkorte contactregistratieformulier was gebruikt. Daarom werd met behulp van de registratiedatum het onderscheid tussen week- en weekenddagen gemaakt, waarna mede afhankelijk van het op het formulier aangegeven dagdeel gedifferentieerd werd tussen contacten tijdens de dienst en contacten tijdens reguliere praktijkuren. De telefonische contacten werden zowel tijdens de reguliere contacten als tijdens de dienst geregistreerd. Vanwege de beperkingen van deze contacten zal deze groep afzonderlijk beschreven worden. Aldus werd de volgende verdeling gekregen:

- Contacten tijdens spreekuren en visites op normale werktijden (verder reguliere contacten te noemen) (n=2.746).
- Spreekuurcontacten en visites tijdens de dienst (n=326).
- Telefonische contacten (n=308).

Bij de analyse van de gepresenteerde problematiek en het beleid van de huisarts zal naast de indeling in spreekuurcontacten en visites het onderscheid tussen reguliere en dienstcontacten gemaakt worden.

Tijdens de registratieperiode werden door de huisartsen 182 kinderen verwezen naar de tweedelij: 111 jongens en 71 meisjes. Twee meisjes werden tweemaal verwezen.

Op de poliklinieken kindergeneeskunde werden 289 bezoeken geregistreerd van in totaal 136 patiënten. Doordat alle consulten van patiënten met een huisarts in Krimpen werden geregistreerd, bevat de registratie negen kinderen ouder dan 14 jaar.

Zoals eerder vermeld verschilden de door de kinderarts te beantwoorden vragen op het registratieformulier afhankelijk van het type consult. In tabel 5.2.1.3. is van elk geregistreerd consult de aard weergegeven. Tevens is van elke patiënt aangegeven wat de aard van het eerste consult was, dat in de registratieperiode werd geregistreerd. De discrepantie in de tabel is ontstaan doordat een patiënt na bezoek aan de algemene polikliniek bij een daaropvolgend bezoek aan een subspecialistische polikliniek wederom als nieuw werd aangemerkt. Bij de verdere beschrijving van nieuwe patiënten zullen die consulten als zodanig worden beschouwd waarbij een

**Tabel 5.2.1.3. Aard van alle geregisteerde kindergeneeskundige consulten en van het eerst geregisteerde consult per patiënt.**

| aard consult                | alle consulten<br>(n=289) | eerst geregisteerde<br>consult per patiënt<br>(n=136) |
|-----------------------------|---------------------------|---|
| nieuw probleem              | 50                        | 49  |
| tweede consult              | 35                        | 10  |
| verdere herhalingsconsulten | 198                       | 73  |
| eerste consult na opname    | 6                         | 4   |

patiënt voor de eerste maal met een bepaalde aandoening op één der kindergeneeskundige poliklinieken wordt gezien.

Van alle consulten waren 263 spreekuurconsulten. De andere vonden plaats op de acute poli, waarvan acht tijdens de diensturen. Van twee consulten ontbreken deze gegevens.

De consultfrequentie van de patiënten gedurende de registratieperiode van zes maanden staat in tabel 5.2.1.4.

**Tabel 5.2.1.4. Consultfrequentie bij de kinderarts in zes maanden (n=136).**

| consultfrequentie | aantal kinderen | percentage |
|-------------------|-----------------|------------|
| 1                 | 68              | 50         |
| 2                 | 39              | 29         |
| 3                 | 14              | 10         |
| 4                 | 11              | 8          |
| 5 of meer         | 4               | 3          |

Tabel 5.2.1.5. toont de verdeling van de consulten over de poliklinieken algemene kindergeneeskunde en de diverse subspecialismen voor alle consulten en voor het eerste consult van elke patiënt.

**Tabel 5.2.1.5. Verdeling consulten over poliklinieken kindergeneeskunde.**

|                               | alle consulten<br>(n=289) | eerste consult per patiënt<br>(n=136) |
|-------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| algemene kindergeneeskunde    | 134                       | 71                                    |
| subspecialismen:              |                           |                                       |
| cardiologie                   | 10                        | 7                                     |
| endocrinologie/diabetes       | 30                        | 16                                    |
| gastroënterologie             | 2                         | 2                                     |
| nefrologie                    | 3                         | 1                                     |
| neonatologie                  | 4                         | 4                                     |
| oncologie                     | 39                        | 4                                     |
| pulmonologie                  | 43                        | 25                                    |
| reumatologie en immuunziekten | 7                         | 4                                     |
| stofwisselingsziekten         | 17                        | 2                                     |

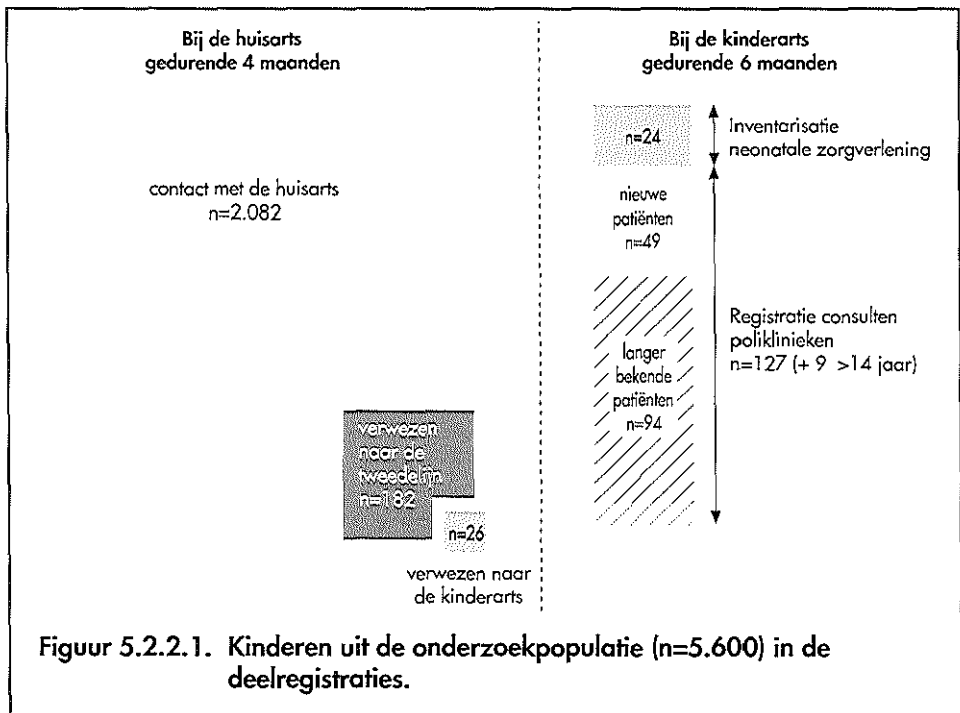
Er waren 94 patiënten voor wie een vervolgsconsult geregistreerd werd. Aan de huisarts van deze kinderen werd formulier 4 toegestuurd. Behalve de mening van de kinderarts werd ook die van de huisarts gevraagd. Eén patiënt bleek niet meer bij een huisarts in Krimpen ingeschreven te staan en van een ander werd geen formulier terugontvangen, zodat 92 formulieren 4 voor analyse beschikbaar waren.

Uit de huisarts-dossiers bleek dat 24 neonaten in de 6 maanden durende inventarisatieperiode door een kinderarts waren gezien.

### 5.2.2. Samenvatting

Recapitulerend werd een deel van de totale populatie kinderen (5.691), van wie er 5.600 ingeschreven staan bij een huisarts gevestigd in Krimpen aan den IJssel, gedurende de registratieperiode in de huisartspraktijk en/of op de poliklinieken kindergeneeskunde gezien.

Figuur 5.2.2.1. verduidelijkt hoeveel kinderen door een huisarts of kinderarts werden gezien.



**Figuur 5.2.2.1. Kinderen uit de onderzoekpopulatie (n=5.600) in de deelregistraties.**

### 5.3. Contacten in de huisartspraktijk

In de navolgende paragrafen worden de resultaten van de registratie in de huisartspraktijk besproken. Achtereenvolgens komen aan de orde de contactgegevens en het beleid van de huisarts. De tijdens deze contacten gepresenteerde morbiditeit wordt te zamen met de morbiditeit op het kindergeneeskundig spreekuur besproken in paragraaf 5.7.



### 5.3.1. Contactgegevens

Ten behoeve van de 3.380 contacten in de huisartspraktijk vulden de huisartsen 93,3 procent van de formulieren 1 en 5 in. De overige formulieren werden door de praktijkassistenten ingevuld.

Het aantal geregistreerde contacten per praktijk toont een grote variatie, 278-716 per 1.000 kinderen (tabel 5.2.1.2.). De verdeling van de contacten over de vier maanden was zeer gelijkmatig uiteenlopend van 24-26 procent per maand. De belangrijkste kenmerken van de contacten zijn samengevat in tabel 5.3.1.1.

**Tabel 5.3.1.1. Kenmerken van de 3.380 geregistreerde contacten in afgeronde percentages.**

|  |    |    |   |   |
|--|----|----|---|---|
| <b>contactgegevens</b>                 |    |    |   |   |
| spreekuur - visite - telefoon          | 79 | 12 | 9 |   |
| overdag                                | 96 |    |   |   |
| spoed                                  | 6  |    |   |   |
| eerste - herhaal - recidief - CB       | 69 | 26 | 4 | 1 |
| initiatief huisarts - ouders - overige | 13 | 84 | 3 |   |
| <b>patiëntgegevens</b>                 |    |    |   |   |
| jongens - meisjes                      | 54 | 46 |   |   |
| ziekenfonds - particulier              | 43 | 57 |   |   |
| Nederlandse nationaliteit:             |    |    |   |   |
| kind                                   | 98 |    |   |   |
| vader                                  | 93 |    |   |   |
| moeder                                 | 94 |    |   |   |
| volledig gezin                         | 95 |    |   |   |

Aanvullend op deze tabel kan gerapporteerd worden dat contacten 's nachts zeldzaam waren, slechts 0,3 procent van de contacten die niet overdag plaatsvonden.

Het merendeel van de contacten betrof eerste contacten voor een nieuw probleem. Contacten voor een recidiverend probleem maakten slechts vier procent van het totaal uit. Eén procent van de contacten vond plaats tijdens de door de huisarts verrichte consultatiebureaucontroles, maar hadden het karakter van een huisartsgeneeskundig contact. Overige door de huisarts verrichte consultatiebureaucontroles werden niet geregistreerd.

Het initiatief tot contact werd meestal genomen door de ouders en in 13 procent, met name bij herhaalcontacten, door de huisarts. Drie procent van de contacten kwam tot stand op advies van anderen. De schoolarts of de consultatiebureau-arts initieerden twee procent van de contacten. Het percentage kinderen en ouders met de Nederlandse nationaliteit komt overeen met de in hoofdstuk 3 beschreven bevolkingsopbouw van de onderzoekpopulatie. Bij de onvolledige gezinnen ontbrak vrijwel altijd de vader.

De contactfrequentie voor alle kinderen van de onderzoekpopulatie staat in tabel 5.3.1.2. met daarbij een onderverdeling naar verzekeringsvorm.

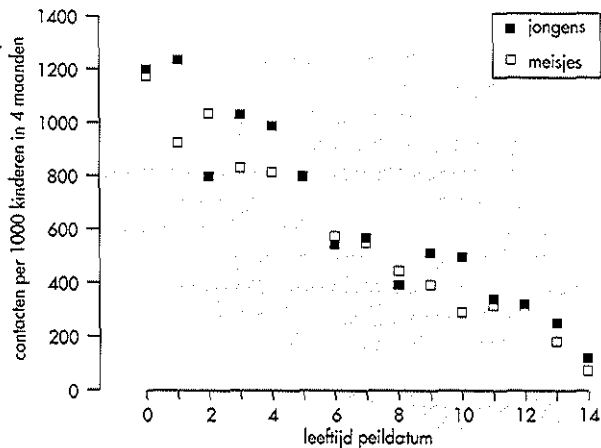
**Tabel 5.3.1.2. Contactfrequentie bij de huisarts in vier maanden naar verzekeringsvorm.**

| contactfrequentie | aantal kinderen |              | totaal       | % van de contacten |
|-------------------|-----------------|--------------|--------------|--------------------|
|                   | ziekenfonds     | particulier  |              |                    |
| 0                 | 1.375           | 2.143        | 3.518        | -                  |
| 1                 | 581             | 804          | 1.385        | 66,5               |
| 2                 | 185             | 212          | 397          | 19,1               |
| 3                 | 59              | 92           | 151          | 7,2                |
| 4                 | 38              | 32           | 70           | 3,4                |
| 5 of meer         | 32              | 47           | 79           | 3,8                |
| <b>totaal</b>     | <b>2.270</b>    | <b>3.330</b> | <b>5.600</b> | <b>100</b>         |

De kinderen uit de populatie hadden een contactfrequentie van gemiddeld 0,6 in een periode van vier maanden. Het aantal contacten per kind verschilde naar verzekeringsvorm, namelijk 0,65 voor ziekenfonds-verzekerden en 0,58 voor particulier verzekerden ( $p < 0,01$ ; t-toets). De contactfrequentie toont een duidelijke daling met het vorderen van de leeftijd (tabel en figuur 5.3.1.3). Bij de bepaling van de leeftijdsverdeling van de populatie is gebruikgemaakt van de gegevens op 1 januari 1988. Van de 111 kinderen, die in de periode 1 januari 1988 tot 1 juni 1988 werden geboren, hebben er 68 in totaal 138 contacten gehad met de huisarts.

**Tabel en figuur 5.3.1.3. Aantal contacten per 1.000 kinderen per leeftijdsgroep in vier maanden en percentage kinderen met contact in de huisartspraktijk.**

| leeft. peil-datum | contacten per 1.000 kinderen | % kinderen met contact |
|-------------------|------------------------------|------------------------|
| 0                 | 1.187                        | 61                     |
| 1                 | 1.101                        | 61                     |
| 2                 | 910                          | 50                     |
| 3                 | 933                          | 53                     |
| 4                 | 904                          | 50                     |
| 5                 | 783                          | 51                     |
| 6                 | 558                          | 37                     |
| 7                 | 563                          | 39                     |
| 8                 | 418                          | 28                     |
| 9                 | 447                          | 31                     |
| 10                | 399                          | 28                     |
| 11                | 328                          | 25                     |
| 12                | 317                          | 24                     |
| 13                | 218                          | 17                     |
| 14                | 100                          | 7                      |



Jonge kinderen hebben meer contact met de huisarts. Dit verschil wordt niet verklaard door verschillen in geslacht en verzekeringsvorm tussen de diverse leeftijdsgroepen.

Tijdens één contact konden meerdere redenen voor komst gepresenteerd worden. Tijdens de 3.380 contacten werden in totaal 4.542 redenen voor komst geregistreerd, dit is 1,49 redenen voor komst per contact. Het aantal redenen voor komst per contactvorm staat in tabel 5.3.1.4.

**Tabel 5.3.1.4. Contacten in de huisartspraktijk en het aantal redenen voor komst per contactvorm.**

| contactvorm | aantal contacten<br>(n=3.380) | aantal redenen<br>(n=4.542) |
|-------------|-------------------------------|-----------------------------|
| regulier    | 2.746                         | 3.629                       |
| dienst      | 326                           | 477                         |
| telefoon    | 308                           | 436                         |

De betrokken huisartsen bestempelden 79 procent van de eerste redenen voor komst als somatisch. De visie van de arts ten aanzien van het somatische dan wel psychosociale karakter van de reden voor komst staat in tabel 5.3.1.5.

**Tabel 5.3.1.5. Reden voor komst somatisch dan wel psychosociaal<sup>1</sup>.**

|               | eerste reden<br>(n=2.887) |    | tweede reden<br>(n=1.162) |    |
|---------------|---------------------------|----|---------------------------|----|
|               |                           | %  |                           | %  |
| somatisch     | 2.277                     | 79 | 172                       | 15 |
| ◇             | 151                       | 5  | 21                        | 2  |
| psychosociaal | 83                        | 3  | 20                        | 2  |
| niet ingevuld | 376                       | 13 | 949                       | 81 |

<sup>1</sup> Deze tabel betreft alleen contacten geregistreerd op formulier 1.

Op formulier 1 konden twee diagnoses geregistreerd worden. De 4.542 redenen voor komst resulteerden uiteindelijk in 3.712 diagnoses respectievelijk werkhypothesen.

Op formulier 1 werd de huisartsen gevraagd hun zekerheid ten aanzien van de diagnose/werkhypothese te vermelden. Het resultaat staat in tabel 5.3.1.6.

**Tabel 5.3.1.6. Zekerheid omtrent de diagnose/werkhypothese<sup>1</sup>.**

|          | eerste diagnose<br>(n=2.887) |    | tweede diagnose<br>(n=559) |    |
|----------|------------------------------|----|----------------------------|----|
|          |                              | %  |                            | %  |
| zeker    | 2.241                        | 78 | 181                        | 32 |
| ◇        | 192                          | 7  | 13                         | 2  |
| onzeker  | 142                          | 5  | 19                         | 4  |
| onbekend | 312                          | 10 | 346                        | 62 |

<sup>1</sup> Deze tabel betreft alleen contacten geregistreerd op formulier 1.

Bij de eerste diagnose gaf de huisarts in 78 procent aan zeker te zijn van zijn diagnose. Bij de 559 tweede diagnoses werd dit zeer frequent niet ingevuld.

De gepresenteerde morbiditeit zal inhoudelijk worden besproken in paragraaf 5.7.

### 5.3.2. Beleid van de huisarts

Ten aanzien van het beleid van de huisarts worden de door de huisarts verrichte diagnostiek, de geregistreerde behandeling in de eigen praktijk, de prescriptie en de verrichte ingrepen besproken. Na de beschrijving van de door de arts met de patiënt i.c. de ouders gemaakte afspraken wordt besloten met het naar aanleiding van het consult gevoerde overleg.

#### Diagnostiek

Van 2.887 contacten geregistreerd op formulier 1 werden onder de rubriek 'klinische diagnostiek' gegevens betreffende het door de huisarts verrichte lichamelijke onderzoek geregistreerd. Hierbij konden meerdere mogelijkheden worden aangegeven. Tevens mochten de onderdelen lengte, gewicht en psychomote ontwikkeling tegelijk met algemeen lichamenlijk onderzoek aangestreept worden. In totaal werden er tijdens de 2.887 contacten 3.665 onderdelen van verricht lichamenlijk onderzoek aangegeven. Bij 241 contacten (8,3 procent), waaronder 54 telefonische contacten, gaf de huisarts aan geen lichamenlijk onderzoek te hebben verricht (tabel 5.3.2.1.).

**Tabel 5.3.2.1. Items van lichamenlijk onderzoek (n=3.665) verricht door de huisarts tijdens 2.887 contacten<sup>1</sup>.**

| diagnostiek                     | aantal | per 1.000 contacten |
|---------------------------------|--------|---------------------|
| geen                            | 239    | 83                  |
| algemeen lichamenlijk onderzoek | 235    | 81                  |
| ogen                            | 119    | 41                  |
| thorax                          | 733    | 254                 |
| huid                            | 730    | 253                 |
| kno                             | 1.030  | 357                 |
| abdomen                         | 181    | 63                  |
| psychomote ontwikkeling         | 10     | 3                   |
| lengte                          | 13     | 5                   |
| gewicht                         | 18     | 6                   |
| bewegingsapparaat               | 203    | 70                  |
| audiogram                       | 19     | 7                   |
| hielprik                        | 17     | 6                   |
| piekstroømmeting                | 1      | -                   |
| overige                         | 117    | 41                  |

<sup>1</sup> Deze tabel betreft alleen contacten geregistreerd op formulier 1.

De huisarts verrichtte vooral lichamenlijk onderzoek van thorax, huid en keel-, neus-, oorgebied, wat verklaarbaar is uit de gepresenteerde morbiditeit (paragraaf 5.7.).

Gewicht en lengte werden zelden gemeten en ook specifiek onderzoek van de psychomote ontwikkeling werd kennelijk zelden verricht.

Slechts bij 199 contacten (7 procent) werd aanvullende diagnostiek noodzakelijk geacht.

In 64 procent van de contacten vermeldde de huisarts het contact te hebben afgerond zonder aanvullende diagnostiek, bij 29 procent van de contacten werd het niet ingevuld. Een overzicht van de verrichte aanvullende diagnostiek staat in tabel 5.3.2.2.

**Tabel 5.3.2.2. Aanvullende diagnostiek verricht in 199 van de 2.887 contacten<sup>1</sup>.**

| diagnostiek          | aantal |
|----------------------|--------|
| in eigen praktijk    | 74     |
| huisartslaboratorium | 110    |
| laboratorium elders  | 15     |
| röntgendiagnostiek   | 29     |

<sup>1</sup> Deze tabel betreft alleen contacten geregistreerd op formulier 1.

Hoewel het huisartslaboratorium in het gezondheidscentrum gevestigd is, verrichtten de huisartsen nog een aanzienlijk deel van de aanvullende diagnostiek in de eigen praktijk.

## Behandeling

In de term behandeling werden in dit onderzoek alle therapeutische interventies ondergebracht. De huisartsen hadden de mogelijkheid om per contact meerdere behandelingen te registreren. Tijdens de 3.380 contacten registreerden de huisartsen 5.076 door hen in de eigen praktijk toegepaste behandelingen, dit is 1,5 behandelingen per contact. Bij 110 contacten werd geen behandeling geregistreerd. Het aantal behandelingen door de huisarts was tijdens de verschillende contactvormen nagenoeg gelijk (tabel 5.3.2.3.).

**Tabel 5.3.2.3. Aantal behandelingen per contact naar contactvorm in afgeronde percentages<sup>1</sup>.**

| aantal | spreekuur<br>(n=2.668) | visite<br>(n=404) | telefoon<br>(n=308) | regulier<br>(n=2.746) | dienst<br>(n=326) | totaal<br>(n=3.380) |
|--------|------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------|-------------------|---------------------|
| geen   | 3                      | 5                 | 3                   | 3                     | 8                 | 3                   |
| 1      | 53                     | 47                | 63                  | 52                    | 57                | 53                  |
| 2      | 35                     | 35                | 25                  | 36                    | 24                | 34                  |
| 3      | 9                      | 12                | 8                   | 9                     | 10                | 9                   |
| 4 of 5 | 0                      | 1                 | 1                   | 0                     | 1                 | 1                   |

<sup>1</sup>De indeling spreekuur/visite en regulier/dienst betreft dezelfde contacten.

De aard van de ingestelde behandeling is in tabel 5.3.2.4. weergegeven naar contactvorm.

Voor de huisartsen waren het geven van voorlichting en het voorschrijven van medicatie de belangrijkste behandelingen. In 61 procent van de contacten werd voorlichting gegeven of gepoogd de patiënt gerust te stellen. Bij 50 procent van de contacten werd medicatie voorgeschreven. De aard van de behandeling werd in geringe mate bepaald door de contactvorm. Tijdens de telefonische contacten werden er meer dieetadviezen gegeven en werd er minder gerustgesteld. Als de groepen 'geruststellen' en 'voorlichten' samengenomen worden, werd er tijdens de reguliere contacten vaker gebruikgemaakt van deze technieken dan tijdens de dienst en de telefonische contacten, namelijk 63 procent versus respectievelijk 51 en 52 procent.

**Tabel 5.3.2.4. Aard van de 5.076 behandelingen in percentages van het aantal contacten waarin de betreffende behandeling werd toegepast naar contactvorm<sup>1</sup>.**

| behandeling    | spreekuur<br>(n=2.668) | visite<br>(n=404) | telefoon<br>(n=308) | regulier<br>(n=2.746) | dienst<br>(n=326) | totaal<br>(n=3.380) |
|----------------|------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------|-------------------|---------------------|
| geruiststellen | 23                     | 28                | 11                  | 23                    | 23                | 22                  |
| voorlichten    | 38                     | 37                | 41                  | 40                    | 28                | 39                  |
| expectatief    | 17                     | 26                | 21                  | 18                    | 16                | 18                  |
| ingreep        | 16                     | 9                 | 0                   | 13                    | 12                | 12                  |
| medicatie      | 49                     | 54                | 53                  | 49                    | 53                | 50                  |
| dieet          | 2                      | 3                 | 10                  | 2                     | 4                 | 3                   |
| verwijzing     | 6                      | 4                 | 0                   | 6                     | 5                 | 5                   |

<sup>1</sup>De indeling spreekuur/visite en regulier/dienst betreft dezelfde contacten.

### Prescriptie

Tijdens de geregistreerde contacten werd 2.024 maal een medicament voorgeschreven. In de helft van de contacten (1.694) werd geen prescriptie gegeven. In de andere 1.686 contacten werd één of meer voorschriften voor één of meer diagnoses gegeven. In totaal betrof het 2.024 voorschriften voor 3.712 diagnoses (paragraaf 5.7.1.). Dit komt dan overeen met 0,5 prescriptie per gestelde diagnose en 0,6 prescriptie per contact.

**Tabel 5.3.2.5. Aantal voorschriften per contact naar contactvorm.**

| aantal voorschriften | regulier<br>(n=2.746) | dienst<br>(n=326) | telefoon<br>(n=308) | totaal<br>(n=3.380) | %    |
|----------------------|-----------------------|-------------------|---------------------|---------------------|------|
| geen                 | 1.394                 | 154               | 146                 | 1.694               | 50,1 |
| 1                    | 1.089                 | 140               | 150                 | 1.379               | 40,8 |
| 2                    | 236                   | 29                | 12                  | 277                 | 8,2  |
| 3                    | 26                    | 3                 | -                   | 29                  | 0,9  |
| 4                    | 1                     | -                 | -                   | 1                   | 0    |

De door de huisarts voorgeschreven medicatie werd gerubriceerd in een aantal veel voorkomende groepen en staat in tabel 5.3.2.6.

Het blijkt dat tijdens alle vormen van contact ongeveer even vaak een medicament werd voorgeschreven. De aard van het voorgeschreven medicament verschilde sterk met het soort contact. De dermatologica werden voornamelijk tijdens het spreekuur voorgeschreven. Analgetica en antipyretica werden vaker voorgeschreven tijdens de dienst of aansluitend aan een telefonisch contact. Er werden geen duidelijke verschillen in prescripties naar verzekeringsvorm gevonden. De huisartsen verstrekten aan ziekenfondsverzekerden 604 prescripties/1.000 contacten c.q. 387 prescripties/1.000 kinderen en aan particulier verzekerden 595 prescripties/1.000 contacten c.q. 344 prescripties/1.000 kinderen. Het aandeel van de diverse medicamenten binnen deze prescripties staat naar verzekeringsvorm in tabel 5.3.2.7. Het beleid van de huisartsen verschilt voor ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten ook qua soort prescripties niet in belangrijke mate.

**Tabel 5.3.2.6. Aantal voorschriften per medicatierubriek tijdens de diverse vormen van contact absoluut en het percentage contacten waarin de medicatie werd voorgeschreven.**

| medicatie                   | regulier<br>(n=2.746) % |           | dienst<br>(n=326) % |           | telefoon<br>(n=308) % |           | totaal<br>(n=3.380) % |           |
|-----------------------------|-------------------------|-----------|---------------------|-----------|-----------------------|-----------|-----------------------|-----------|
|                             | analgetica/antipyretica | 128       | 5                   | 62        | 19                    | 45        | 15                    | 235       |
| antibiotica                 | 383                     | 14        | 58                  | 18        | 26                    | 8         | 467                   | 14        |
| antihistaminica             | 127                     | 5         | 9                   | 3         | 5                     | 2         | 141                   | 4         |
| bronchospasmolytica         | 87                      | 3         | 11                  | 3         | 4                     | 1         | 102                   | 3         |
| dermatologica               | 322                     | 12        | 9                   | 3         | 10                    | 3         | 341                   | 10        |
| expectorantia               | 218                     | 8         | 22                  | 7         | 37                    | 12        | 277                   | 7         |
| maagdarmmedicatie           | 58                      | 2         | 6                   | 2         | 22                    | 7         | 86                    | 3         |
| neusdecongestiva            | 281                     | 10        | 27                  | 8         | 22                    | 7         | 330                   | 10        |
| overige                     | 39                      | 1         | 3                   | 1         | 3                     | 1         | 45                    | 1         |
| <b>totaal voorschriften</b> | <b>1.643</b>            | <b>60</b> | <b>207</b>          | <b>64</b> | <b>174</b>            | <b>56</b> | <b>2.024</b>          | <b>60</b> |

**Tabel 5.3.2.7. Voorschriften per medicatierubriek naar verzekeringsvorm.**

| medicatie           | ziekenfonds<br>(n=878) % |     | particulier<br>(n=1.146) % |     | totaal<br>(n=2.024) % |     |
|---------------------|--------------------------|-----|----------------------------|-----|-----------------------|-----|
|                     | analgetica/antipyretica  | 101 | 11                         | 134 | 12                    | 235 |
| antibiotica         | 202                      | 23  | 265                        | 23  | 467                   | 23  |
| antihistaminica     | 50                       | 6   | 91                         | 8   | 141                   | 7   |
| bronchospasmolytica | 50                       | 6   | 52                         | 5   | 102                   | 5   |
| dermatologica       | 143                      | 16  | 198                        | 17  | 341                   | 17  |
| expectorantia       | 142                      | 16  | 135                        | 12  | 277                   | 14  |
| maagdarmmedicatie   | 35                       | 4   | 51                         | 4   | 86                    | 4   |
| neusdecongestiva    | 133                      | 15  | 197                        | 17  | 330                   | 16  |
| overige             | 22                       | 3   | 23                         | 2   | 45                    | 2   |

### **Ingrepen**

De huisartsen verrichtten tijdens de 3.380 contacten in totaal 409 ingrepen in de eigen praktijk, waarvan 40 tijdens de dienst. Dit komt overeen met 123 ingrepen/1.000 dienstcontacten en 134 ingrepen/1.000 reguliere contacten. Het verrichten van een ingreep in de eigen praktijk werd derhalve niet beïnvloed door de vorm van het contact.

De wondverzorging, het hechten en de behandeling van wratten waren de meest voorkomende ingrepen (tabel 5.3.2.8.).

Ingrepen werden frequenter verricht bij particulier verzekerden. Het aantal ingrepen was voor ziekenfondsverzekerden 54/1.000 kinderen c.q. 85/1.000 contacten en voor particulier verzekerden 86/1.000 kinderen c.q. 150/1.000 contacten ( $p < 0,01$ ; t-toets).

**Tabel 5.3.2.8. Aantal ingrepen in de eigen praktijk (n=409).**

| ingreep                | aantal |
|------------------------|--------|
| aanstippen/coaguleren  | 10     |
| extractie/incisie      | 18     |
| vaccinatie             | 39     |
| injectie               | 28     |
| wondverzorging         | 94     |
| repositie luxatie      | 6      |
| hechten/histoacryl     | 60     |
| hechtingen verwijderen | 13     |
| uitspuiten oren        | 11     |
| wratten (cryo/lepel)   | 130    |

### Vervolgafspraken

Een belangrijk punt bij het beleid is de afspraak die door de arts met de patiënt c.q. de ouders gemaakt werd (tabel 5.3.2.9.).

Ongeveer de helft van de vervolgafspraken betrof een duidelijke afspraak om terug te komen. Verder werden vervolgafspraken niet noodzakelijk geacht of werd het initiatief aan de ouders overgelaten.

**Tabel 5.3.2.9. Vervolgafspraken gemaakt tijdens de diverse vormen van contact.**

| afpraak              | regulier<br>(n=2.746) % |     | dienst<br>(n=326) % |    | telefoon<br>(n=308) % |    | totaal<br>(n=3.380) % |     |
|----------------------|-------------------------|-----|---------------------|----|-----------------------|----|-----------------------|-----|
|                      | niets afgesproken       | 217 | 8                   | 50 | 15                    | 67 | 22                    | 334 |
| geen controle nodig  | 355                     | 13  | 30                  | 9  | 22                    | 7  | 407                   | 12  |
| terugkomen bij...    | 909                     | 33  | 136                 | 42 | 169                   | 55 | 1.214                 | 36  |
| terugkomen           | 573                     | 21  | 66                  | 20 | 33                    | 11 | 672                   | 20  |
| verwijzing tweedelij | 151                     | 5   | 30                  | 9  | 3                     | 1  | 184                   | 5   |
| niet geregistreerd   | 541                     | 20  | 14                  | 5  | 14                    | 4  | 569                   | 17  |

### Overleg

Ten aanzien van de door de huisartsen geregistreerde contacten op formulier 1, die niet gevolgd werden door een verwijzing, gaven de huisartsen aan dat in 97 procent overleg over het gepresenteerde probleem niet noodzakelijk was. Bij 15 contacten zou overleg zinvol geweest zijn, maar was dit om praktische redenen niet mogelijk. In totaal werd naar aanleiding van 64 contacten overleg gepleegd. Tabel 5.3.2.10. geeft aan met welke hulpverleners dit overleg plaatsvond.

Het overleg met de associé betrof in 50 procent het geven van informatie naar aanleiding van het contact en voor 30 procent beraadslaging ten aanzien van de behandeling of diagnostiek. Het overleg met de specialist betrof niet het regelen van een verwijzing, maar 16-maal het geven van informatie en viermaal een consultatie ten aanzien van de behandeling of de diagnostiek. Het overleg, gepleegd rond de verwijzing, komt aan de orde in paragraaf 5.4.



**Tabel 5.3.2.10. Overleg naar aanleiding van het contact (n=64).**

| overleg (met...)   | aantal |
|--------------------|--------|
| associé            | 27     |
| wijkverpleging     | 9      |
| fysiotherapeut     | 1      |
| medisch specialist | 20     |
| overige            | 7      |

### 5.3.3. Samenvatting

Het grootste deel van de contacten van kinderen vond plaats tijdens het spreekuur met de eigen huisarts in de reguliere praktijken. Het merendeel van de contacten betrof nieuwe episoden, die voornamelijk als somatisch werden aangemerkt. De huisarts gaf in 78 procent aan zeker te zijn van zijn werkhypothese, waarbij opgemerkt kan worden dat dit niet een bevestigde diagnose hoeft te betreffen. Behoudens lichamelijk onderzoek werd weinig aanvullende diagnostiek verricht. Parameters voor de algemene gezondheidstoestand van kinderen, zoals lengte en gewicht, kregen weinig aandacht. De behandeling bestond vooral uit geruststellen en voorlichten en in 50 procent van de contacten vond prescriptie plaats. Bij 12 procent van de contacten werd een ingreep verricht, verhoudingsgewijs vaker bij een particulier verzekerde patiënt. Ten aanzien van de vervolgspraken werd veel verantwoordelijkheid bij de ouders gelegd. Er werd door de huisarts weinig overlegd met andere hulpverleners, noch in het eigen echelon noch met de tweedelij.

### 5.4.1. Verwijzingen naar de tweedelij

In de volgende paragraaf wordt een aantal eigenschappen besproken van de problemen, die in een verwijzing resulteerden. Na de bespreking van de duur van de klacht en de aan de verwijzing voorafgaande hulpverlening, wordt ingegaan op een aantal factoren, die de verwijzing beïnvloedden en interacties tussen deze factoren. Ten slotte worden enkele specifieke aspecten van verwijzingen naar de verschillende specialismen besproken, waarna verwijzingen naar de kindergeneeskunde uitvoeriger worden toegelicht.

Tijdens de registratieperiode werden door de huisartsen 182 kinderen naar de tweedelij verwezen, betreffende 184 problemen. Het aantal verwijzingen op basis van het aantal contacten met de huisarts is 5,4 procent. Tabel 5.4.1.1. laat een verschil in verwijscijfer zien tussen de vijf praktijken.

De praktijken 3 en 4 hebben een aanzienlijk hoger verwijscijfer op basis van het aantal contacten ( $p < 0,01$ ; chikwadrat-toets), maar niet per 1.000 kinderen.

Van de 184 verwijzingen volgde 173 (94 procent) na een contact overdag, waarvan 6 in het weekend. De meeste kinderen (174) werden verwezen na contact met de eigen huisarts. Uit tabel 5.4.1.2. blijkt dat de kinderen 163 keer in aansluiting op een spreekuurcontact werden verwezen en 18 keer na een visite.

Van alle contacten leidde 5,4 procent tot een verwijzing naar de tweedelij (tabel 5.4.1.3). Tijdens contacten voor een recidiverend probleem werd frequenter verwezen, namelijk in elf procent ( $p < 0,05$ ; chikwadrat-toets).

**Tabel 5.4.1.1. Aantal verwijzingen per huisartspraktijk in vier maanden.**

| praktijk      | aantal kinderen | geregistreeerde verwijzingen | per 1.000 kinderen | per 1.000 contacten |
|---------------|-----------------|------------------------------|--------------------|---------------------|
| 1             | 1.412           | 54                           | 38,2               | 53,4                |
| 2             | 1.114           | 40                           | 35,9               | 56,1                |
| 3             | 616             | 25                           | 40,5               | 109,1**             |
| 4             | 535             | 14                           | 26,2               | 93,9**              |
| 5             | 1.923           | 51                           | 26,5               | 39,9                |
| <b>totaal</b> | <b>5.600</b>    | <b>184</b>                   | <b>32,8</b>        | <b>54,4</b>         |

\*\*p<0,01; chikwadraat-toets.

**Tabel 5.4.1.2. Kenmerken van het contact waarin de verwijzing tot stand kwam.**

| soort contact | regulier<br>(n=2.746) | dienst<br>(n=326) | telefoon<br>(n=308) | totaal<br>(n=3.380) |
|---------------|-----------------------|-------------------|---------------------|---------------------|
| spreekuur     | 150                   | 13                | -                   | 163                 |
| visite        | 12                    | 6                 | -                   | 18                  |
| telefoon      | -                     | -                 | 3                   | 3                   |
| <b>totaal</b> | <b>162</b>            | <b>19</b>         | <b>3</b>            | <b>184</b>          |

**Tabel 5.4.1.3. Verwijzingen tijdens de diverse vormen van contact (n=3.380)**

|                               | aantal contacten<br>(n=3.380) | aantal verwijzingen<br>(n=184) | %  |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----|
| eerste contact nieuwe episode | 1.983                         | 100                            | 5  |
| herhaalcontact nieuwe episode | 754                           | 54                             | 7  |
| episode met recidief probleem | 112                           | 12                             | 11 |
| periodieke controle           | 36                            | 1                              | 3  |
| onbekend/formulier 5          | 495                           | 17                             | 3  |

**Tabel 5.4.1.4. Duur van de klacht in relatie tot het aantal contacten met de huisarts voorafgaande aan de verwijzing.**

| aantal contacten | duur van de klacht |           |           |            |          | totaal     | (%)          |
|------------------|--------------------|-----------|-----------|------------|----------|------------|--------------|
|                  | <24 uur            | 2-7 dg.   | 1-4 wk.   | >4 wk.     | onbekend |            |              |
| 1                | 29                 | 12        | 8         | 54         | 5        | 108        | ( 59)        |
| 2                | -                  | 5         | 8         | 18         | 1        | 32         | ( 17)        |
| >3               | -                  | 1         | 3         | 38         | -        | 42         | ( 23)        |
| onbekend         | -                  | 1         | -         | -          | 1        | 2          | ( 1)         |
| <b>totaal</b>    | <b>29</b>          | <b>19</b> | <b>19</b> | <b>110</b> | <b>7</b> | <b>184</b> | <b>(100)</b> |
| (%)              | (16)               | (10)      | (10)      | (60)       | (4)      |            |              |

Door een onderscheid te maken naar de duur van de klacht en het aantal contacten met de huisarts met betrekking tot deze klacht, wordt verder inzicht verkregen in wat voorafgaat aan een verwijzing (tabel 5.4.1.4.).

Het blijkt dat 16 procent van de verwijzingen kinderen met een acuut probleem betrof. Opvallend is dat ook kinderen met langer bestaande problemen vaak al na één consult verwezen werden. Voor drie kinderen betrof dit ene consult een recidiverend probleem.

De ouders vroegen voor 33 kinderen het contact dat leidde tot een verwijzing, met spoed aan. Bij 21 kinderen bestond het probleem korter dan 24 uur, maar bij de anderen al langer, te weten zevenmaal 2-7 dagen, tweemaal 1-4 weken en driemaal langer dan 4 weken. Van deze 33 patiënten werden er twaalf ook met spoed verwezen. Van alle 184 verwijzingen waren er 24 met spoed.

### Factoren van invloed op de verwijzing

Bij de analyse van factoren die mogelijk van invloed zijn op de verwijzing wordt eerst nagegaan wie het initiatief nam tot het contact met de huisarts voorafgaande aan de verwijzing en vervolgens de mate waarin de huisarts de invloed van ouders, andere hulpverleners en andere dan medische factoren op de verwijzing inschatte.

Het initiatief tot het contact dat leidde tot de verwijzing werd meestal door de ouders genomen (70 procent), maar ook door de schoolarts (11 procent), de huisarts zelf (8 procent), de consultatiebureau-arts (3 procent) en anderen (1 procent). Voor zeven procent is dit gegeven onbekend. Uiteraard is bij contacten, geïnitieerd door hulpverleners werkzaam in de jeugdgezondheidszorg, de vraagstelling vaak gericht op een verwijzing naar de tweedelij, maar dit is niet altijd zo. Eénentwintig van de in totaal 38 door een schoolarts geïnitieerde contacten resulteerden in een verwijzing naar de tweedelij; hierbij waren geen verwijzingen naar kindergeneeskunde. Op de 30 door een consultatiebureau-arts geïnitieerde contacten met de huisarts volgden zes verwijzingen naar de tweedelij, waaronder één naar kindergeneeskunde. Deze verwijzingen vonden vrijwel alle met nadrukkelijke instemming van de huisarts plaats.

Voor alle verwijzingen moest de huisarts op een vijfpuntsschaal aangeven in welke mate hij de invloed van de ouders op het totstandkomen van de verwijzing had ervaren. Dit wordt weergegeven in relatie tot de duur van de klacht in de veronderstelling dat, naast de aard en de ernst van de aandoening, ook de duur van de klachten de acties en interacties van huisarts en ouders ten aanzien van de verwijzing kan beïnvloeden (tabel 5.4.1.5.).

**Tabel 5.4.1.5. Initiatief tot verwijzen in relatie tot de duur van de klacht.**

| duur      | huisarts | beiden | ouders | onbekend | totaal | (%)   |
|-----------|----------|--------|--------|----------|--------|-------|
| <24 uur   | 28       | -      | -      | 1        | 29     | ( 16) |
| 2-7 dagen | 14       | 3      | 1      | 1        | 19     | ( 10) |
| 1-4 weken | 13       | 4      | 2      | -        | 19     | ( 10) |
| >4 weken  | 67       | 22     | 18     | 4        | 111    | ( 61) |
| onbekend  | 2        | 2      | -      | 2        | 6      |       |
| totaal    | 124      | 31     | 21     | 8        | 184    | (100) |
| (%)       | (67)     | (17)   | (12)   | (4)      |        |       |

In totaal ervoeren de huisartsen weinig invloed van de ouders. Het is alleen bij de groep langerbestaande klachten dat de huisarts aangaf dat de ouders soms het initiatief tot de verwijzing beïnvloed hebben ( $p < 0,01$ ; chikwadrat-toets).

De invloed van andere dan medische factoren op de verwijzing werd door de huisartsen slechts in vier procent als sterk beoordeeld, in 81 procent werd geen invloed ervaren en in 5 procent enigszins. In tien procent van de verwijzingen werd geen mening gegeven.

### Specialismen waarnaar verwezen werd

De meeste patiënten werden verwezen naar de KNO-arts en de chirurg. Van de 184 verwijzingen waren er 26 naar de kinderarts. In totaal werd 26 keer voorafgaande aan de verwijzing met de specialist overlegd, negenmaal betrof dit een verwijzing naar de kinderarts. De specialismen waarnaar werd verwezen, staan in tabel 5.4.1.6.

**Tabel 5.4.1.6. Verwijzingen naar de tweedelij per specialisme (n=184).**

| specialisme       | aantal kinderen |
|-------------------|-----------------|
| kno               | 57              |
| chirurgie         | 47              |
| kindergeneeskunde | 26              |
| dermatologie      | 17              |
| oogheelkunde      | 16              |
| neurologie        | 8               |
| orthopedie        | 7               |
| overige           | 6               |

Uit de tabel blijkt dat naast de eerder genoemde specialisten ook naar de dermatoloog en de oogarts veel kinderen werden verwezen. De gegevens in figuur 5.4.1.7. laten zien dat er een aanzienlijke variatie per leeftijdsgroep is voor wat betreft de drie belangrijkste specialismen waarnaar werd verwezen.

Zoals eerder vermeld hadden de jongere kinderen vaker contact met hun huisarts. Indien het aantal verwijzingen per leeftijdsgroep wordt geanalyseerd, blijkt dat de jongere kinderen ook vaker naar de tweedelij werden verwezen. Verwijzingen naar de kinderarts betreffen vooral de jongste leeftijdsgroepen, van de nuljarigen 2,8 procent in de vier maanden durende registratie.

Ook de duur van de klachten verschilde bij verwijzingen naar de diverse specialismen.

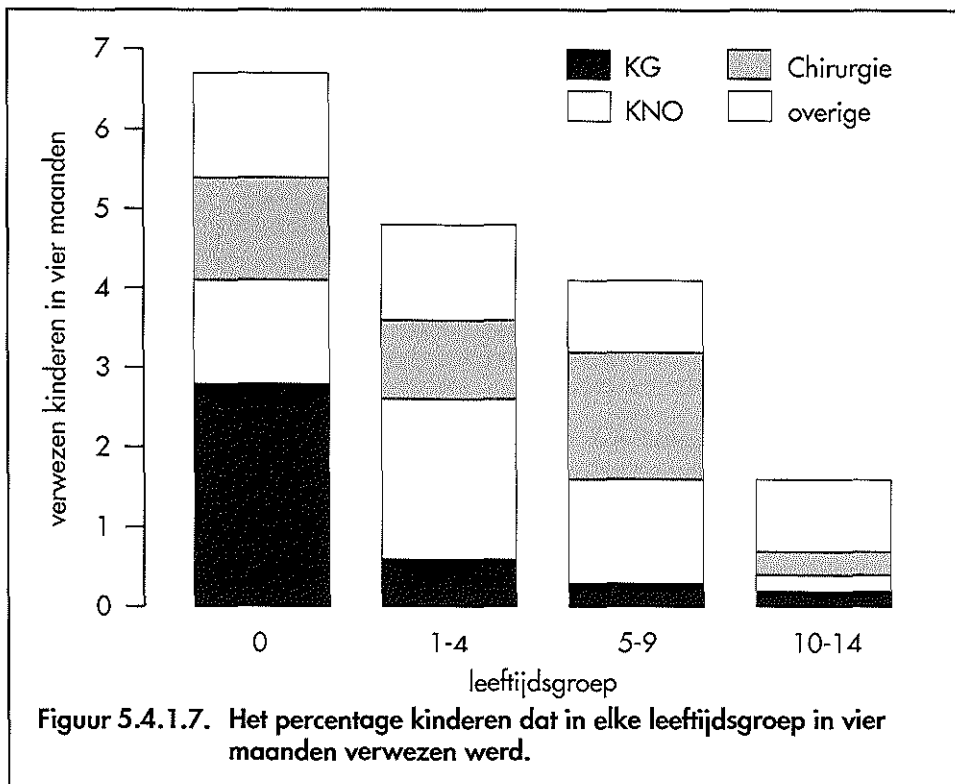
Van de 29 kinderen waarbij de klachten minder dan 24 uur bestonden, gingen er 18 naar de chirurg en 7 naar de kinderarts. De 110 kinderen met problemen die langer dan vier weken bestonden, werden voornamelijk verwezen naar de KNO-arts (44), de chirurg (18), de dermatoloog (14) en de oogarts (12).

Het doel van de verwijzing kon worden gedifferentieerd naar diagnostiek, behandeling of een combinatie van beide, dan wel voornamelijk geruststelling.

Het resultaat opgesplitst per specialisme staat in tabel 5.4.1.8.

Verwijzingen ter diagnose ( $n=10$ ) en ter geruststelling ( $n=8$ ) zijn klein in aantal. Beide rubrieken worden zowel bij de beschouwende als bij de snijdende specialisten aangegeven.

Verwijzing alleen ter behandeling komt voornamelijk voor bij verwijzing naar de chirurg en de KNO-arts. Bij verwijzing naar kindergeneeskunde is het doel meestal diagnostiek en behandeling.



**Tabel 5.4.1.8. Doel van de verwijzing per specialisme.**

| specialisme       | diagnostiek | behandeling | diagnostiek & behandeling | geruststelling | totaal     |
|-------------------|-------------|-------------|---------------------------|----------------|------------|
| kno               | 2           | 34          | 20                        | 1              | 57         |
| chirurgie         | -           | 27          | 20                        | -              | 47         |
| kindergeneeskunde | 5           | 3           | 16                        | 2              | 26         |
| dermatologie      | -           | 3           | 14                        | -              | 17         |
| oogheekunde       | -           | 7           | 9                         | -              | 16         |
| neurologie        | 1           | -           | 6                         | 1              | 8          |
| orthopedie        | 1           | 1           | 2                         | 3              | 7          |
| overige           | 1           | 1           | 3                         | 1              | 6          |
| <b>totaal</b>     | <b>10</b>   | <b>76</b>   | <b>90</b>                 | <b>8</b>       | <b>184</b> |

Onzekerheid omtrent de diagnose lijkt een factor die van invloed is op het besluit tot en het doel van de verwijzing. Voor alle contacten gaven de artsen in 78 procent aan zeker te zijn van hun diagnose (tabel 5.3.1.6.). De mate waarin de huisarts bij verwijzing zeker was over de diagnose is alleen berekend voor zover de gegevens van het contact dat leidde tot de verwijzing werden genoteerd op formulier 1, omdat op formulier 5 deze vraag niet gesteld werd (tabel 5.4.1.9 en tabel 5.4.1.10). De zekerheid omtrent de diagnose was lager bij verwijzing, te weten 69 procent ( $p < 0,01$ ; chikwadraat-toets).

**Tabel 5.4.1.9. Zekerheid arts met betrekking tot de diagnose bij verwijzing in relatie tot het doel van de verwijzing.**

| doel van de verwijzing    | zekerheid  |           |           | geen antwoord | totaal     |
|---------------------------|------------|-----------|-----------|---------------|------------|
|                           | zeker      | ↔         | onzeker   |               |            |
| diagnostiek               | 5          | 1         | 3         | 1             | 10         |
| behandeling               | 64         | 1         | 1         | 8             | 74         |
| diagnostiek & behandeling | 42         | 13        | 13        | 7             | 75         |
| geruststelling            | 5          | 2         | -         | 1             | 8          |
| <b>totaal</b>             | <b>116</b> | <b>17</b> | <b>17</b> | <b>17</b>     | <b>167</b> |
| onbekend (formulier 5)    | -          | -         | -         | 17            | 17         |

Bij verwijzingen ter diagnostiek is er frequenter sprake van onzekerheid omtrent de diagnose. Eenderde van de patiënten werd verwezen uitsluitend ter behandeling met een voor de huisarts reeds zekere diagnose. In tabel 5.4.1.10. staat de zekerheid omtrent de diagnose in relatie tot het specialisme waarnaar verwezen wordt.

**Tabel 5.4.1.10. Zekerheid omtrent de diagnose in relatie tot het specialisme waarnaar verwezen wordt.**

| specialisme       | zekerheid  |           |           | geen antwoord | onbekend form. 5 | totaal     |
|-------------------|------------|-----------|-----------|---------------|------------------|------------|
|                   | zeker      | ↔         | onzeker   |               |                  |            |
| kno               | 41         | 5         | 2         | 9             | -                | 57         |
| chirurgie         | 30         | 4         | 2         | 1             | 10               | 47         |
| kindergeneeskunde | 14         | 3         | 4         | 2             | 3                | 26         |
| dermatologie      | 12         | 2         | 3         | -             | -                | 17         |
| oogheelkunde      | 10         | 1         | 2         | 1             | 2                | 16         |
| neurologie        | 2          | 2         | 3         | 1             | -                | 8          |
| orthopedie        | 4          | -         | -         | 3             | -                | 7          |
| overige           | 3          | -         | 1         | -             | 2                | 6          |
| <b>totaal</b>     | <b>116</b> | <b>17</b> | <b>17</b> | <b>17</b>     | <b>17</b>        | <b>184</b> |

Van alle specialismen waarnaar een aanzienlijk aantal kinderen wordt verwezen, is de zekerheid bij verwijzing naar de kindergeneeskunde het laagst te weten 61 procent. Voor de chirurgie is dit 81 procent, KNO-heelkunde 72 procent, oogheelkunde 71 procent en dermatologie 70 procent. Al deze percentages zijn weer berekend uitsluitend met de gegevens van de contacten genoteerd op formulier 1.

## 5.4.2. Verwijzingen naar de kinderarts

Gedurende de registratieperiode werden 26 kinderen naar de kindergeneeskunde verwezen. Drie van deze patiënten werden na overleg met een kinderarts van het Sophia Kinderziekenhuis elders beoordeeld, omdat opname noodzakelijk was, hetgeen op dat moment in het Sophia Kinderziekenhuis niet mogelijk was.

Voor de 26 kinderen die naar de kinderarts werden verwezen, was bij 17 kinderen het aan de verwijzing voorafgaande contact met de huisarts geïnitieerd door de ouders; driemaal kwam het kind op verzoek van de huisarts terug. Voor één kind werd het initiatief tot dit contact door een consultatiebureau-arts genomen. Voor de resterende 5 kinderen was de initiator onbekend. Er werden geen kinderen verwezen in aansluiting op een contact geïnitieerd door een schoolarts.

**Tabel 5.4.2.1. Aantal contacten met de huisarts voorafgaande aan de verwijzing.**

| aantal contacten | verwijzingen tweedelij n |    | verwijzingen kinderarts |    |
|------------------|--------------------------|----|-------------------------|----|
|                  | (n=184)                  | %  | (n=26)                  | %  |
| 1                | 108                      | 59 | 14                      | 54 |
| 2                | 32                       | 17 | 5                       | 19 |
| 3 of meer        | 42                       | 23 | 6                       | 23 |
| onbekend         | 2                        | 1  | 1                       | 4  |

Het aantal contacten met de huisarts voorafgaande aan de verwijzing toont geen verschil ten opzichte van de verwijzingen naar de tweedelij n in totaal. Ook bij de verwijzingen naar de kinderarts werd meer dan de helft van de kinderen verwezen na in de betreffende episode één keer door de huisarts te zijn gezien (tabel 5.4.2.1.). Toch betreft een belangrijk deel van de verwijzingen langerbestaande klachten. Tabel 5.4.2.2. toont de relatie tussen de duur van de klachten en het aantal contacten met de verwijzer, beide in de episode voorafgaande aan de verwijzing. Zeven kinderen werden verwezen met een probleem, dat minder dan 24 uur aanwezig was. Hierbij was er vier keer sprake van een spoedverwijzing.

**Tabel 5.4.2.2. Duur van de klacht in relatie tot het aantal contacten met de huisarts voorafgaande aan de verwijzing.**

| aantal contacten | duur van de klacht |         |         |        | totaal |
|------------------|--------------------|---------|---------|--------|--------|
|                  | <24 uur            | 2-7 dg. | 1-4 wk. | >4 wk. |        |
| 1                | 7                  | 2       | -       | 5      | 14     |
| 2                | -                  | 1       | 2       | 2      | 5      |
| >3               | -                  | 1       | 2       | 3      | 6      |
| onbekend         | -                  | 1       | -       | -      | 1      |
| totaal           | 7                  | 5       | 4       | 10     | 26     |

Het doel van de verwijzing was vijfmaal diagnostiek, driemaal behandeling, tweemaal ter geruststelling en zestienmaal diagnostiek en behandeling. Tabel 5.4.2.3. toont de zekerheid van de huisarts in relatie tot het doel van de verwijzing.

De huisartsen gaven bij deze verwijzingen, voor zover dit vermeld kon worden, in 61 procent aan zeker te zijn van de diagnose. Dit is een duidelijk, maar niet significant, verschil ten opzichte van de eerder beschreven zekerheid voor alle verwijzingen naar de tweedelij n (69 procent).

In paragraaf 5.7. zal bij het bespreken van de morbiditeit nader worden ingegaan op de overeenkomst tussen de diagnose van de huisarts en die van de specialist, mede in relatie tot de door de huisarts aangegeven zekerheid omtrent de diagnose.

**Tabel 5.4.2.3. Zekerheid huisarts omtrent de diagnose bij verwijzen naar kindergeneeskunde in relatie tot het doel van de verwijzing.**

| doel van de verwijzing    | zekerheid |          |          | geen antwoord | totaal    |
|---------------------------|-----------|----------|----------|---------------|-----------|
|                           | zeker     | ↔        | onzeker  |               |           |
| diagnostiek               | 4         | -        | 1        | -             | 5         |
| behandeling               | 2         | -        | -        | -             | 2         |
| diagnostiek & behandeling | 7         | 2        | 3        | 2             | 14        |
| geruststelling            | 1         | 1        | -        | -             | 2         |
| <b>totaal</b>             | <b>14</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>2</b>      | <b>23</b> |
| onbekend (formulier 5)    | -         | -        | -        | 3             | 3         |

Door de huisartsen werd bij de verwijzingen naar de kindergeneeskunde, evenals bij alle verwijzingen naar de tweedelij, de invloed van andere dan medische factoren niet groot geacht. De huisarts ervoer in 77 procent geen invloed, in vier procent enige invloed en in vier procent een sterke invloed van andere dan medische factoren. In vijftien procent werd geen mening gegeven.

Het initiatief tot verwijzen naar de kinderarts werd volgens de huisartsen achttienmaal door henzelf genomen, driemaal gezamenlijk met de ouders en drie keer door de ouders alleen. Van twee kinderen ontbreekt dit gegeven.

De verwijzing van een kind betekent niet dat het kind niet meer door de huisarts wordt gezien. Van de naar de kinderarts verwezen kinderen consulteerden er achttien na de verwijzing opnieuw hun huisarts; de helft van hen voor hetzelfde probleem als waarvoor ze verwezen waren (tabel 5.4.2.4.). Voor twee kinderen was deze contactfrequentie na verwijzing extreem hoog, namelijk zeven en elf keer.

**Tabel 5.4.2.4. Contactfrequentie bij de huisarts en reden voor het contact na verwijzing naar de kinderarts (n=26).**

| contactfrequentie na verwijzing | zelfde probleem | ander probleem | n.v.t. |
|---------------------------------|-----------------|----------------|--------|
| geen                            | -               | -              | 8      |
| 1                               | 2               | 4              | -      |
| 2                               | 1               | 2              | -      |
| 3                               | 1               | 1              | -      |
| 4                               | 1               | 1              | -      |
| 5 of meer                       | 4               | 1              | -      |

### 5.4.3. Zorgverlening in de neonatale periode

in de periode 1-2-1988 tot en met 31-7-1988 werden in de diverse huisartspraktijken 143 nieuwgeborenen ingeschreven. Van deze kinderen vond de geboorte 12-maal plaats onder leiding van de huisarts, 103-maal onder leiding van de verloskundige en 28-maal onder leiding van de gynaecoloog. Kindergeneeskundige zorg binnen de eerste twee levensweken werd verleend aan 24 kinderen, waarbij inbegrepen 10 routine-controles door de kinderarts bij klinisch geboren gezonde zuigelingen. Vijf kinderen werden gedurende de opname van de moeder



kindergeneeskundig begeleid wegens respectievelijk (rand)prematuuritas, dysmatuuriteit, meconiumhoudend vruchtwater en vanwege gemelli-zwangerschap met intra-uterien overlijden van één van beide kinderen; viermaal op verzoek van de gynaecoloog, éénmaal in aansluiting op een door de verloskundige begeleide partus. Twee van deze vijf kinderen werden vervolgens kortdurend poliklinisch vervolgd.

Een opname op een kindergeneeskundige afdeling was noodzakelijk voor negen patiënten: zevenmaal wegens prematuritas waarbij eenmaal in combinatie met ernstige congenitale afwijkingen, één patiënt werd in de neonatale periode opgenomen wegens voedingsproblemen mogelijk op basis van een infectie en één patiënt werd opgenomen wegens failure to thrive. Alleen de patiënt met de prematuriteit en ernstige congenitale afwijkingen geboren op de afdeling Verloskunde van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam werd opgenomen op de afdeling neonatologie van het Sophia Kinderziekenhuis. De andere patiënten werden meestal opgenomen in het ziekenhuis waar de moeder (poli)klinisch was bevallen; geen van deze patiënten behoefde intensieve neonatale zorg. Eén van deze patiënten werd na de opname langdurig poliklinisch gecontroleerd in het ziekenhuis waar het opgenomen was geweest in combinatie met controles op een van de subspecialistische poliklinieken van het Sophia Kinderziekenhuis. Alle patiënten die in de neonatale periode onder de zorg van de kinderarts kwamen werden verwezen door de gynaecoloog met uitzondering van de patiënt die op de vijfde levensdag voedingsproblemen kreeg waarbij de verloskundige de verwijzing regelde.

In de neonatale periode werd één kind via de kinderarts verwezen naar de orthopedisch chirurg. Verder werden geen verwijzingen naar andere specialisten getraceerd.

#### 5.4.4. Samenvatting

Van de onderzoekpopulatie werd gedurende vier maanden 3,3 procent verwezen naar de tweedelij. Op basis van het aantal contacten is dit 5,4 procent. De verwijzing vond in 59 procent plaats na het eerste contact in de betreffende episode. Toch betroffen verwijzingen frequenter recidiverende en langerbestaande problemen (60 procent). KNO-heelkunde, chirurgie en kindergeneeskunde zijn de belangrijkste specialismen voor de kinderleeftijd. Jongere kinderen hadden frequenter contact met hun huisarts en werden vaker verwezen naar de tweedelij. Het jonge kind werd relatief vaker naar de kinderarts verwezen. Ook bij verwijzing naar de kinderarts werd de helft van de kinderen in het eerste contact van de episode verwezen. Zoals ook uit ander onderzoek bekend is, betreffen verwijzingen naar de kinderarts frequenter dan bij andere verwijzingen naar de tweedelij acute aandoeningen, namelijk 27 versus 16 procent (Van Gool en De Groot 1991).

De artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg initieerden twee procent van de contacten in de huisartspraktijk, relatief vaak met een verzoek om verwijzing naar de tweedelij. Van de 30 door de consultatiebureau-arts en de 38 door de schoolarts geïnitieerde contacten resulteerden respectievelijk 6 en 21 in een verwijzing naar de tweedelij, waarvan overigens slechts één naar de kindergeneeskunde. Dit betekent dat van alle verwijzingen ruim veertien procent volgde op een contact geïnitieerd door school- of consultatiebureau-arts.

In de neonatale periode kwamen kinderen onder specialistische behandeling, met name bij de kinderarts, in de regel zonder dat hierover met de huisarts overlegd werd. Veelal was er sprake van een verwijzing door de gynaecoloog, soms door de verloskundige. Vrijwel steeds betrof het kindergeneeskundige zorg over een korte periode.

De zekerheid van de huisarts omtrent de diagnose was bij de verwezen patiënten minder dan bij alle contacten (69 versus 78 procent). Het opvallendst was dit bij verwijzing naar de kinderarts (61 procent). De huisarts ervoer weinig invloed van de ouders op de verwijzing behalve bij langerbestaande problemen.

### 5.5.1. Nieuwe patiënten op de poliklinieken kindergeneeskunde

In deze paragraaf worden de 49 patiënten uit de onderzoekpopulatie beschreven, die gedurende het half jaar dat de consultregistratie werd uitgevoerd met een nieuw probleem naar de polikliniek kwamen. Vervolgens komen de diverse aspecten van de verwijzing, zoals het initiatief, de communicatie en de kwaliteit aan de orde.

De leeftijdsverdeling van de nieuwe patiënten staat in tabel 5.5.1.1.

**Tabel 5.5.1.1. Leeftijd nieuwe patiënten poliklinieken Sophia Kinderziekenhuis februari tot en met juli 1988.**

| leeftijd<br>in jaren | aantal | cumulatief<br>percentage |
|----------------------|--------|--------------------------|
| 0                    | 11     | 22                       |
| 1                    | 6      | 35                       |
| 2                    | 4      | 43                       |
| 3                    | 4      | 51                       |
| 4                    | 2      | 55                       |
| 5                    | 1      | 57                       |
| 6                    | 2      | 61                       |
| 7                    | 3      | 67                       |
| 8                    | 2      | 71                       |
| 9                    | 3      | 77                       |
| 10                   | 3      | 84                       |
| 11                   | 1      | 86                       |
| 12                   | 3      | 92                       |
| 13                   | 1      | 94                       |
| 14                   | 3      | 100                      |

Vooral jonge kinderen worden verwezen naar de kinderarts. Van de nieuw verwezen patiënten is 22 procent jonger dan een jaar en 50 procent jonger dan vier jaar. De verdeling van de patiënten over de polikliniek algemene kindergeneeskunde en de subspecialistische poliklinieken staat in tabel 5.5.1.2.

**Tabel 5.5.1.2. Nieuwe patiënten naar subspecialisme (n=49).**

|                            |    |
|----------------------------|----|
| algemene kindergeneeskunde | 42 |
| subspecialismen:           |    |
| endocrinologie             | 2  |
| gastroënterologie          | 1  |
| pulmonologie               | 3  |
| reumatologie               | 1  |

#### Verwijzers

Van de patiënten die voor de eerste maal op de polikliniek werden gezien waren er 35 door de huisarts verwezen. Soms werd het initiatief tot verwijzing door een andere arts genomen.

Dit bleek zesmaal het geval. Door een andere specialist werd viermaal verwezen, waarbij tweemaal binnen het Sophia Kinderziekenhuis. Consultatiebureau- of schoolarts initieerde driemaal een verwijzing, de feitelijke verwijzing vond bij twee van deze drie patiënten wel via de huisarts plaats. Slechts eenmaal verwees iemand anders dan bovengenoemden. De overige acht patiënten zijn waarschijnlijk op initiatief van de ouders naar de polikliniek gekomen.

### Communicatie ten tijde van de verwijzing

Van de 35 door de huisarts verwezen patiënten hadden er 29 een verwijsbrief. Er was achtmaal sprake van telefonisch contact met de huisarts. Bij drie van de door de huisarts verwezen patiënten was er telefonische noch schriftelijke informatie van de huisarts.

Bij deze 35 patiënten was er naar het oordeel van de kinderarts vijf maal geen duidelijke vraagstelling.

### Factoren die de kwaliteit van de verwijzing beïnvloeden

Zoals eerder beschreven, werd de kinderarts gevraagd zijn oordeel te geven over: de invloed van de ouders en andere dan medische factoren op de verwijzing, de zinvolheid van de verwijzing en de mate waarin de motivatie voor de verwijzing duidelijk was. Bij patiënten die zonder verwijzing kwamen, moet in plaats van verwijzing "komst naar de polikliniek" gelezen worden.

Bij het weergeven van het oordeel van de kinderarts over deze aspecten wordt een onderverdeling gemaakt in de volgende groepen: door de huisarts verwezen, door anderen verwezen en op eigen initiatief gekomen patiënten (tabel 5.5.1.3. tot en met 5.5.1.6.).

**Tabel 5.5.1.3. Invloed van de ouders op de komst naar de polikliniek in relatie tot het soort verwijzing.**

| invloed ouders | verwijzing |          | ouders   | totaal    |
|----------------|------------|----------|----------|-----------|
|                | huisarts   | anderen  |          |           |
| niet           | 15         | 3        | -        | 18        |
| ◊              | 6          | 2        | -        | 8         |
| sterk          | 12         | 1        | 8        | 21        |
| onbekend       | 2          | -        | -        | 2         |
| <b>totaal</b>  | <b>35</b>  | <b>6</b> | <b>8</b> | <b>49</b> |

**Tabel 5.5.1.4. Invloed van andere dan medische factoren op de komst naar de polikliniek in relatie tot het soort verwijzing.**

| andere factoren | verwijzing |          | ouders   | totaal    |
|-----------------|------------|----------|----------|-----------|
|                 | huisarts   | anderen  |          |           |
| niet            | 24         | 4        | -        | 28        |
| ◊               | 5          | 1        | 4        | 10        |
| sterk           | 6          | 1        | 3        | 10        |
| onbekend        | -          | -        | 1        | 1         |
| <b>totaal</b>   | <b>35</b>  | <b>6</b> | <b>8</b> | <b>49</b> |

**Tabel 5.5.1.5. Ervaren zinvolheid van de komst naar de polikliniek in relatie tot het soort verwijzing.**

| zinvolheid    | huisarts  | verwijzing<br>anderen | ouders   | totaal    |
|---------------|-----------|-----------------------|----------|-----------|
| zeer          | 24        | 4                     | 2        | 30        |
| ◇             | 5         | 1                     | 1        | 7         |
| niet          | 6         | 1                     | 4        | 11        |
| onbekend      | -         | -                     | 1        | 1         |
| <b>totaal</b> | <b>35</b> | <b>6</b>              | <b>8</b> | <b>49</b> |

**Tabel 5.5.1.6. Duidelijkheid van de motivatie in relatie tot het soort verwijzing.**

| motivatie     | huisarts  | verwijzing<br>anderen | ouders   | totaal    |
|---------------|-----------|-----------------------|----------|-----------|
| duidelijk     | 32        | 6                     | 3        | 41        |
| ◇             | -         | -                     | -        | -         |
| onduidelijk   | 3         | -                     | 4        | 7         |
| onbekend      | -         | -                     | 1        | 1         |
| <b>totaal</b> | <b>35</b> | <b>6</b>              | <b>8</b> | <b>49</b> |

Uit deze tabellen blijkt dat de kinderarts bij veel van de nieuwe patiënten (21/49), ook bij degenen die door de huisarts zijn verwezen (12/35), een aanzienlijke invloed van de ouders op de verwijzing ervoer. Dit verschilt duidelijk doch niet significant van wat de huisarts aangeeft. Slechts bij drie van 26 verwezen patiënten ervoer de huisarts een aanzienlijke invloed van de ouders.

De door de kinderarts ervaren invloed van andere dan medische factoren op de verwijzing was niet zo groot (10/49). De kwaliteit van de verwijzing (zinvolheid en duidelijkheid) werd duidelijk beïnvloed door de wijze waarop de verwijzing tot stand is gekomen. Bij verwijzingen door de huisarts of andere zorgverleners werd de komst naar de polikliniek bij tweederde van de patiënten als zinvol ervaren (28/41) en was de motivatie vrijwel steeds duidelijk (38/41).

Bij patiënten die op initiatief van hun ouders naar de polikliniek kwamen werd deze komst lang niet altijd als zinvol ervaren (2/8) en liet ook de duidelijkheid te wensen over (4/8). In tabel 5.5.1.7. wordt het verband tussen de invloed van de ouders en de zin van de komst naar de polikliniek getoond bij alle nieuwe patiënten.

Van de 21 patiënten waarbij er volgens de kinderarts sprake was van een sterke invloed van de ouders op de komst naar de polikliniek, werd dit zevenmaal als minder zinvol beoordeeld. Van alle nieuwe patiënten werd de komst elf maal als minder zinvol beoordeeld en van de patiënten waarbij geen invloed van de ouders werd ervaren werd nog minder vaak de komst naar de polikliniek als niet zinvol beoordeeld (2/18). De ervaren invloed van de ouders blijkt een relatie te vertonen met de gepercipieerde zinvolheid van de verwijzing, maar de verschillen zijn niet significant.

**Tabel 5.5.1.7. Door de kinderarts ervaren zinvolheid van de komst naar de polikliniek in relatie tot de door de kinderarts ervaren invloed van de ouders op de verwijzing.**

| invloed ouders | zinvolheid |          |             |          | totaal    |
|----------------|------------|----------|-------------|----------|-----------|
|                | zinvol     | ↔        | niet zinvol | onbekend |           |
| niet           | 14         | 2        | 2           | -        | 18        |
| ◇              | 6          | 1        | 1           | -        | 8         |
| sterk          | 10         | 4        | 7           | -        | 21        |
| onbekend       | -          | -        | 1           | 1        | 2         |
| <b>totaal</b>  | <b>30</b>  | <b>7</b> | <b>11</b>   | <b>1</b> | <b>49</b> |

### Beleid kinderarts

De aangeboden morbiditeit wordt elders besproken in samenhang met de morbiditeit van de patiënten, die contact met de huisarts hadden (paragraaf 5.7.1.).

De registratieformulieren geven in beperkte mate informatie omtrent de procedures, die werden verricht bij de nieuwe patiënten in aansluiting op het eerste polikliniekbezoek (tabel 5.5.1.8.).

**Tabel 5.5.1.8. Procedures bij het eerste bezoek van 49 nieuwe patiënten.**

| procedure                 | aantal |
|---------------------------|--------|
| laboratoriumonderzoek     | 40     |
| röntgenonderzoek          | 20     |
| dieetadvies door diëtiste | 2      |
| overige                   | 12     |

De volgende tabel (5.5.1.9.) toont het aantal opnamen volgend op het eerste polikliniekbezoek en geeft een overzicht van de verdere poliklinische vervolgfafspraken.

Van de vijf patiënten, die aansluitend aan het eerste consult werden opgenomen, gingen er drie naar een intensive-care-afdeling. Tijdens de opname werd de behandeling van drie patiënten aan andere specialismen overgedragen, respectievelijk urologie, chirurgie en neurologie.

**Tabel 5.5.1.9. Aard en verwachte duur van de kindergeneeskundige vervolgcontroles (n=49).**

|                         |    |
|-------------------------|----|
| opname                  | 5  |
| poliklinische controles |    |
| niet nodig              | 9  |
| <3 maanden              | 17 |
| 3-6 maanden             | 8  |
| >6 maanden              | 10 |

Van de negen patiënten waarvoor geen verdere kindergeneeskundige begeleiding noodzakelijk werd geacht, bleek een sterke invloed van de ouders op de komst naar de polikliniek. Vier van hen waren niet door de huisarts verwezen. Bij vijf patiënten was er sprake van onduidelijkheid bij de specialist over de motivatie van de komst naar de polikliniek. Drie van deze negen patiënten werd geadviseerd zich voor de betreffende klacht door de huisarts te laten behandelen. Voor 35 patiënten werd verdere kindergeneeskundige controle noodzakelijk geoordeeld. Meestal omdat de evaluatie nog niet afgerond was (25 keer). Het oordeel van een andere specialist werd bij vier kinderen gevraagd, al dan niet in combinatie met verdere kindergeneeskundige vervolgccontroles.

## 5.5.2. Samenvatting

Van de kinderen die na de neonatale periode als nieuwe patiënt bij de kinderarts op de polikliniek kwamen, werd 71 procent verwezen door de huisarts. Bij deze verwijzingen werd de communicatie als goed beoordeeld. Dertien procent van de nieuwe patiënten werd verwezen door andere zorgverleners en zestien procent kwam zonder verwijzing op initiatief van de ouders. De kinderarts ervoer bij ongeveer de helft de 49 patiënten een aanzienlijke invloed van de ouders op de verwijzing. De kwaliteit van de verwijzing werd beïnvloed door de wijze waarop de verwijzing tot stand is gekomen. Opvallend was dat voor de helft van de patiënten geen of slechts kortdurende kindergeneeskundige begeleiding voorzien werd.

### 5.6.1. Kinderen langer bekend bij de kinderarts

Voor 94 kinderen met een huisarts in Krimpen aan den IJssel werden één of meer vervolgcconsulten geregistreerd, wat betekende dat zij reeds twee of meer bezoeken aan de polikliniek kindergeneeskunde gebracht hadden. Dit was het van te voren vastgestelde criterium om te spreken van een langere controleduur, ervan uitgaande dat een eerste evaluatie en adviesgesprek heeft plaatsgevonden en patiënten voor wie verdere controle niet nodig is reeds zijn terugverwezen naar de huisarts.

Aan de huisartsen van deze 94 kinderen werd een enquêteformulier gezonden met vragen omtrent de huisartsgeneeskundige bemoeienis met deze patiënten en de manier waarop de communicatie met de kinderarts verliep. Van de 92 patiënten waarvoor formulier 4 werd ingevuld, werden de gegevens van dit formulier met de gegevens van de consultregistratie (formulier 6/7) vergeleken. Van deze kinderen worden onderstaand de gegevens vermeld en de visies van huisarts en kinderarts betreffende taakafbakening en communicatie vergeleken.

De morbiditeit van deze groep patiënten staat beschreven in de volgende paragraaf. Het betrof vooral patiënten met luchtwegproblemen alsmede diabetes mellitus en groei problemen, beide gecodeerd in ICPC-hoofdstuk 'endocrien, metabool en voeding' (T).

De leeftijdsverdeling van deze patiënten staat in tabel 5.6.1.1. De verdeling van deze groep patiënten over de algemene kindergeneeskunde en de subspecialismen staan in tabel 5.6.1.2. In overeenstemming met de morbiditeit bij patiënten die langduriger vervolgd worden door de kinderarts (paragraaf 5.7.1.), blijken er naast de controles op de polikliniek algemene kindergeneeskunde veel patiënten te zijn die door de kinderpulmonologen en kinderendocrinologen werd gecontroleerd.

Het betreft voor het grootste deel patiënten die al langdurig onder controle zijn, 60 procent langer dan 1 jaar, terwijl voor de meeste van hen ook nog langdurige verdere kindergeneeskundige begeleiding werd voorzien. De relatie tussen de tijd dat deze patiënten al op de polikliniek bekend waren en de door de kinderarts verwachte duur van de verdere begeleiding is weergegeven in tabel 5.6.1.3.

**Tabel 5.6.1.1. Leeftijd langer bekende patiënten poliklinieken Sophia Kinderziekenhuis februari tot en met juli 1988 (n=92).**

| leeftijd in jaren | aantal | cumulatief percentage |
|-------------------|--------|-----------------------|
| 0                 | 7      | 8                     |
| 1                 | 13     | 22                    |
| 2                 | 4      | 26                    |
| 3                 | 7      | 34                    |
| 4                 | 2      | 36                    |
| 5                 | 4      | 40                    |
| 6                 | 6      | 47                    |
| 7                 | 3      | 50                    |
| 8                 | 3      | 53                    |
| 9                 | 5      | 59                    |
| 10                | 8      | 67                    |
| 11                | 8      | 76                    |
| 12                | 6      | 83                    |
| 13                | 5      | 88                    |
| 14                | 3      | 91                    |
| 15 en ouder       | 8      | 100                   |

**Tabel 5.6.1.2. Langer bekende patiënten naar subspecialisme (n=92).**

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| algemene kindergeneeskunde    | 36 |
| subspecialismen:              |    |
| cardiologie                   | 7  |
| endocrinologie/diabetes       | 12 |
| gastroënterologie             | 1  |
| nefrologie                    | 1  |
| neonatologie                  | 4  |
| oncologie                     | 5  |
| pulmonologie                  | 21 |
| reumatologie en immuunziekten | 3  |
| stofwisselingsziekten         | 2  |

**Tabel 5.6.1.3. Relatie tussen periode bekend en verwachte duur van de verdere begeleiding.**

| hoe lang bekend | laatste bezoek | verwachte controleduur |           |           | onbekend | totaal    |
|-----------------|----------------|------------------------|-----------|-----------|----------|-----------|
|                 |                | <3 mnd.                | 3-6 mnd.  | >6 mnd.   |          |           |
| <6 maanden      | 5              | 9                      | 3         | 7         | -        | 24        |
| 6 mnd.-1 jaar   | 3              | -                      | 2         | 6         | -        | 11        |
| 1-3 jaar        | 3              | -                      | 4         | 17        | 1        | 25        |
| >3 jaar         | 1              | -                      | 3         | 26        | -        | 30        |
| onbekend        | -              | -                      | -         | 1         | 1        | 2         |
| <b>totaal</b>   | <b>12</b>      | <b>9</b>               | <b>12</b> | <b>57</b> | <b>2</b> | <b>92</b> |

De kinderarts kon diverse en meer dan één reden voor het voortzetten van de kindergeneeskundige begeleiding aangeven. In de tabel 5.6.1.4. is een overzicht gegeven waarbij allereerst de groep patiënten is geselecteerd bij wie de kinderarts aangaf dat de evaluatie nog niet was afgerond. Vervolgens zijn de patiënten geselecteerd bij wie de kinderarts aangaf dat specialistische expertise noodzakelijk was. De restgroep bevat de patiënten waarbij de bovengenoemde motieven niet werden aangegeven, maar de diverse andere motieven, te weten 'beoordeling ingestelde therapie c.q. ziektebeeld wenselijk' en 'regelmatig diagnostiek nodig'. De groep patiënten waarbij uitsluitend de wens van de ouders de reden voor verdere controles was, wordt apart vermeld.

**Tabel 5.6.1.4. Motivatie voor verdere kindergeneeskundige begeleiding (n=92).**

| motivatie                       | aantal |
|---------------------------------|--------|
| evaluatie niet afgerond         | 15     |
| specialistische expertise nodig | 33     |
| restgroep                       | 39     |
| uitsluitend ouderwens           | 5      |

Uit de ZIS-gegevens blijkt dat uit deze groep al langer op de polikliniek bekende patiënten, gedurende de registratieperiode van een half jaar, zes kinderen werden opgenomen.

Het feit dat deze patiënten onder kindergeneeskundige begeleiding staan, betekent niet dat de huisarts geen bemoeienis met hen heeft. Uit de formulieren ingevuld door de huisartsen blijkt dat de huisarts in het voorafgaande jaar met 72 procent van deze patiënten persoonlijk en bij 93 procent van deze patiënten met gezinsleden contact heeft gehad. Over 10 procent van deze patiëntencontacten informeert de huisarts de specialist.

Tevens werd met behulp van de contactregistratie van de huisarts de contactfrequentie van deze patiënten gedurende de betreffende vier maanden berekend. Acht van de 92 patiënten vielen door hun leeftijd (>14 jaar) buiten de huisartsregistratie. De gemiddelde contactfrequentie van de overige patiënten bedroeg 1,3 per vier maanden (tabel 5.6.1.5.). Dit is meer dan het gemiddelde huisartsbezoek van de gehele onderzoekpopulatie, te weten 0,6 per vier maanden ( $p < 0,01$ ; t-toets). Tijdens deze 109 huisartscontacten betrof het 23 keer een probleem, gerelateerd aan de problematiek waarvoor het kind ook bij kinderarts onder controle was.

**Tabel 5.6.1.5. Aantal huisartscontacten van langer in het Sophia Kinderziekenhuis bekende 0- tot 14-jarige kinderen gedurende vier maanden (n=84).**

| contacten met huisarts | aantal kinderen |
|------------------------|-----------------|
| geen                   | 35              |
| 1                      | 20              |
| 2                      | 13              |
| 3                      | 7               |
| 4                      | 5               |
| 5                      | 2               |
| 6                      | 2               |



## Taakafbakening en communicatie

In de enquête werd de huisartsen een aantal vragen gesteld met betrekking tot de kindergeneeskundige vervolgcontroles. Het betrof de bekendheid van de huisarts hiermee en de mate van afstemming van zorg door onderling overleg. De antwoorden zijn weergegeven in tabel 5.6.1.6.

**Tabel 5.6.1.6. Antwoorden van de huisarts ten aanzien van de kindergeneeskundige begeleiding (n=92).**

|  | ja | nee | onbekend |
|--|----|-----|----------|
| Wist u dat het kind nog onder specialistische behandeling was? | 66 | 23  | 3        |
| Is uw initiële vraag beantwoord?                               | 62 | 11  | 19       |
| Is er overleg geweest met betrekking tot:                      |    |     |          |
| - noodzaak specialistische follow-up?                          | 6  | 80  | 6        |
| - beleid bij acute situaties?                                  | 5  | 76  | 11       |
| - mogelijkheid eerstelijnscontroles?                           | 3  | 76  | 13       |

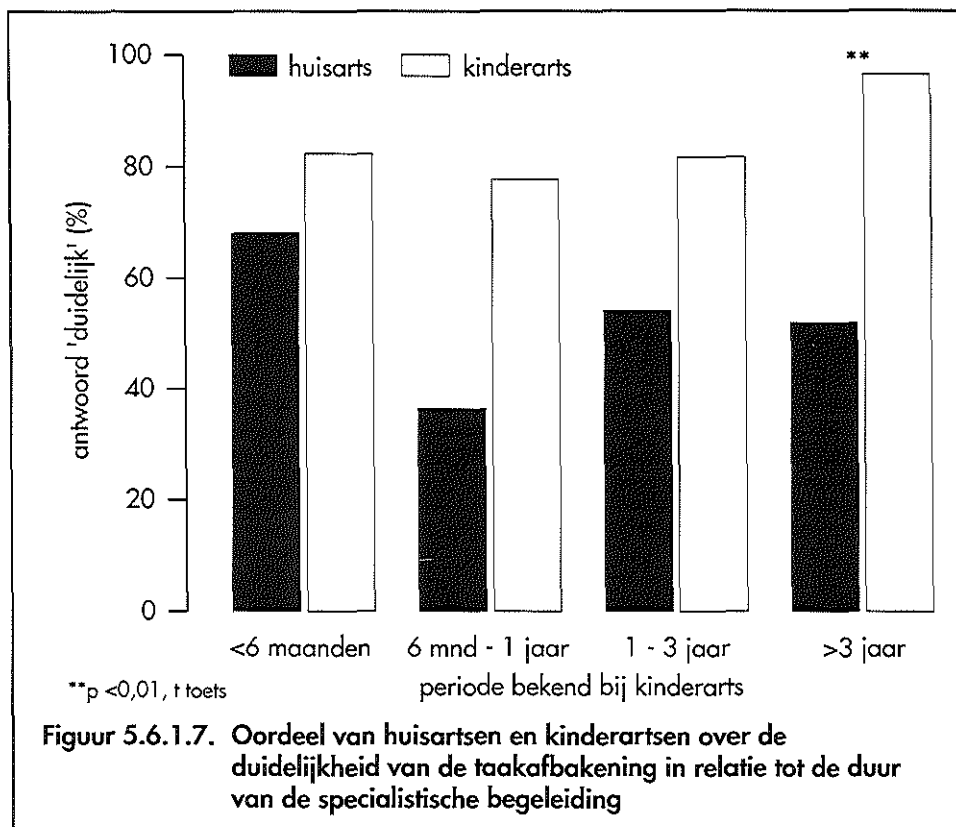
Opvallend is dat over de zorgverlening slechts voor enkele patiënten overleg tussen huisarts en kinderarts heeft plaatsgevonden. Van de 23 patiënten waarvan de huisarts niet wist dat het kind bij de kindergeneeskunde onder behandeling was, zijn er 13 langer dan een jaar bekend in het Sophia Kinderziekenhuis en al deze patiënten zouden naar verwachting nog langer dan een half jaar door de specialist begeleid worden. De vraag of de specialistische begeleiding ondersteund werd door de huisarts, werd in 61 procent positief beantwoord.

Vragen over taakafbakening en berichtgeving van de kinderarts werden zowel aan de huisartsen als aan de kinderartsen gesteld. De antwoorden moesten op een vijfpuntsschaal worden gegeven. Uit de geregistreerde antwoorden bleek dat de huisarts in 56 procent en de specialist in 87 procent de taakafbakening bij de betreffende patiënten duidelijk vonden. De visies ten aanzien van de taakafbakening lijken beïnvloed door de duur van de voorafgaande kindergeneeskundige begeleiding (figuur 5.6.1.7.). Bij de kinderen die langer dan drie jaar door de kinderarts werden begeleid, was de discrepantie het grootst namelijk 52 versus 97 procent ( $p < 0,01$ ; t-toets).

Het oordeel van huisarts en kinderarts over de informatie vanuit het Sophia Kinderziekenhuis staat in tabel 5.6.1.8. Globaal is het oordeel van huisarts en kinderarts over de kwaliteit van de informatie van uit het Sophia Kinderziekenhuis met elkaar in overeenstemming. Bij zestig procent van de patiënten beoordeelde men deze als goed. Als op patiëntniveau wordt vergeleken, blijken er grotere verschillen te bestaan, bij slechts 40 patiënten (43 procent) spraken zowel huisarts als kinderarts zich positief uit over de informatie uit het Sophia Kinderziekenhuis.

Aan de kinderartsen werd de vraag gesteld hoe zij oordeelden over de informatie van de huisarts ten tijde van de specialistische begeleiding bij relevante gebeurtenissen. Het oordeel was bij 32 procent van de patiënten positief, bij 18 procent negatief en bij 23 procent werd de midden-categorie aangegeven. In een opvallend hoog percentage (27 procent) van alle formulieren gaf de kinderarts geen mening. Verondersteld kan worden dat dit vooral komt, omdat de kinderarts van de huisarts geen informatie verwacht c.q. zich niet bewust is van de frequentie waarmee de huisarts betrokken is bij deze kinderen.

Evenzo werd op de vraag aan de huisarts of hij de kinderarts op de hoogte had gebracht, indien hij een contact had gehad met het kind, slechts in 8 procent positief geantwoord. Ook hieruit blijkt dat de mogelijkheid om informatie uit te wisselen bij patiënten die langer onder behandeling zijn, niet werd benut.



**Tabel 5.6.1.8. Oordeel over de informatie uit het Sophia Kinderziekenhuis (n=92).**

| huisarts      | kinderarts |           |          | onbekend  | totaal    |
|---------------|------------|-----------|----------|-----------|-----------|
|               | goed       | ↔         | slecht   |           |           |
| goed          | 40         | 5         | 2        | 8         | 55        |
| ↕             | 9          | 4         | 1        | 1         | 15        |
| slecht        | 5          | 6         | 3        | 4         | 18        |
| onbekend      | 1          | 2         | 1        | -         | 4         |
| <b>totaal</b> | <b>55</b>  | <b>17</b> | <b>7</b> | <b>13</b> | <b>92</b> |

## 5.6.2. Samenvatting

In deze paragraaf worden de patiënten beschreven voor wie op de polikliniek kindergeneeskunde een vervolgsconsult werd geregistreerd. Over deze patiënten werd door de huisarts tevens zijn visie gegeven met betrekking tot de interactie tussen huisarts en specialist.

De helft van deze patiënten werd al langer dan een jaar begeleid door de kinderarts en zou waarschijnlijk ook nog langere tijd onder controle blijven. Van een deel van hen was dit niet bij de huisarts bekend. Deze kinderen werden ook en zelfs frequenter dan anderen door hun huisarts gezien. De wederzijdse communicatie omtrent het gevoerde beleid liet te wensen over. Vooral bij de groep patiënten die langdurig door de kinderarts werd gevolgd, verschilde het oordeel van huisarts en specialist over het duidelijk zijn van de taakafbakening.

### 5.7.1. Morbiditeit

In de navolgende paragrafen wordt de gepresenteerde morbiditeit in de huisartspraktijk en op het kindergeneeskundig spreekuur besproken, alsmede welke problemen door de huisarts werden verwezen in het bijzonder naar de kindergeneeskunde.

#### Redenen voor komst en diagnoses in de huisartspraktijk

Tijdens de 3.380 contacten presenteerden de kinderen i.c. de ouders 4.542 redenen voor komst. Door de opzet van de registratie konden per contact meerdere redenen voor komst geregistreerd worden. Meerdere redenen voor komst kunnen tot één of meer diagnoses leiden. Bij 227 van de 308 telefonische contacten stelde de huisarts geen diagnose. In totaal werden 3.712 diagnoses geregistreerd. De totale morbiditeit die de huisarts kreeg aangeboden, zowel redenen van komst als de diagnose c.q. werkhypothese, gerubriceerd naar ICPC-hoofdstuk, staat in tabel 5.7.1.1.

**Tabel 5.7.1.1. Aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk per 1.000 kinderen.**

| ICPC-hoofdstuk                    | reden voor komst | diagnose |
|-----------------------------------|------------------|----------|
| A algemeen en niet gespecificeerd | 171              | 149      |
| B bloed en bloedvormende organen  | 5                | 8        |
| D tractus digestivus              | 75               | 39       |
| F oog                             | 22               | 18       |
| H oor                             | 83               | 70       |
| K tractus circulatorius           | 0                | 1        |
| L bewegingsapparaat               | 73               | 43       |
| N zenuwstelsel                    | 11               | 6        |
| P psychische stoornissen          | 6                | 10       |
| R tractus respiratorius           | 183              | 153      |
| S huid                            | 148              | 137      |
| T endocrien, metabool en voeding  | 10               | 8        |
| U urinewegen                      | 11               | 6        |
| X vrouwelijk genitaal             | 5                | 5        |
| Y mannelijk genitaal              | 6                | 7        |
| Z sociale problemen               | 1                | 2        |

De hoofdstukken 'algemeen en niet gespecificeerd' (A), 'tractus respiratorius' (R) en 'huid' (S) zijn, zoals verwacht, sterk vertegenwoordigd.

Om de verschillen in de redenen van komst tijdens reguliere, dienst- en telefonische contacten te illustreren, toont tabel 5.7.1.2. hoe de verdeling volgens ICPC-hoofdstukken tijdens de genoemde contactvormen is.

**Tabel 5.7.1.2. Redenen voor komst naar contactvorm in afgeronde percentages.**

| ICPC-hoofdstuk                    | regulier<br>(n=3.629) | dienst<br>(n=477) | telefoon<br>(n=436) |
|-----------------------------------|-----------------------|-------------------|---------------------|
| A algemeen en niet gespecificeerd | 18                    | 33                | 37                  |
| B bloed en bloedvormende organen  | 1                     | 0                 | 0                   |
| D tractus digestivus              | 8                     | 10                | 21                  |
| F oog                             | 3                     | 3                 | 1                   |
| H oor                             | 11                    | 8                 | 6                   |
| K tractus circulatorius           | 0                     | 0                 | 0                   |
| L bewegingsapparaat               | 10                    | 11                | 3                   |
| N zenuwstelsel                    | 1                     | 1                 | 1                   |
| P psychische stoornissen          | 1                     | 0                 | 0                   |
| R tractus respiratorius           | 23                    | 19                | 20                  |
| S huid                            | 20                    | 12                | 8                   |
| T endocrien, metabool en voeding  | 1                     | 1                 | 2                   |
| U urinewegen                      | 1                     | 1                 | 1                   |
| X vrouwelijk genitaal             | 0                     | 0                 | 0                   |
| Y mannelijk genitaal              | 1                     | 0                 | 0                   |
| Z sociale problemen               | 0                     | 0                 | 0                   |

Het blijkt dat met name voor klachten gerubriceerd in de hoofdstukken 'algemeen en niet gespecificeerd' (A), 'tractus digestivus' (D), 'bewegingsapparaat' (L) en 'huid' (S) grote verschillen bestaan tussen de diverse vormen van contact.

In tabel 5.7.1.3. zijn de redenen voor komst in de belangrijkste ICPC-hoofdstukken weergegeven per leeftijdscategorie.

**Tabel 5.7.1.3. Redenen voor komst naar leeftijdsgroep per ICPC-hoofdstuk in afgeronde percentages.**

| leeftijd                          | 0<br>(n=311) | 1-4<br>(n=1.260) | 5-9<br>(n=1.819) | 10-14<br>(n=2.210) |
|-----------------------------------|--------------|------------------|------------------|--------------------|
| ICPC-hoofdstuk                    |              |                  |                  |                    |
| A algemeen en niet gespecificeerd | 30           | 20               | 20               | 18                 |
| D tractus digestivus              | 5            | 6                | 5                | 5                  |
| H oor                             | 7            | 14               | 10               | 5                  |
| L bewegingsapparaat               | 1            | 3                | 7                | 15                 |
| R tractus respiratorius           | 23           | 25               | 21               | 17                 |
| S huid                            | 16           | 16               | 24               | 23                 |
| overige                           | 10           | 10               | 9                | 14                 |
| onbekend                          | 8            | 7                | 4                | 3                  |

De tabel toont een aantal trends. Redenen voor komst uit het hoofdstuk 'algemeen en niet gespecificeerd' (A) worden het meest gepresenteerd bij 0-jarigen. De frequentie van klachten betreffende het bewegingsapparaat en de huid neemt toe met de leeftijd. Klachten van het oor blijken een probleem van de 1- tot 9-jarigen te zijn.

De bovenstaande tabellen laten zien in welke ICPC-hoofdstukken de redenen voor komst en diagnose bij contacten van kinderen in de huisartspraktijk gerangschikt worden.

Over de aard van het probleem geven deze tabellen slechts globale informatie. In de tabellen 5.7.1.4. en 5.7.1.5. zijn de vijftien meest voorkomende redenen voor komst en diagnoses vermeld.

**Tabel 5.7.1.4. De vijftien meest frequent gepresenteerde redenen voor komst als percentage van het totaal aantal redenen voor komst (n=4.542).**

| reden voor komst      | code  | percentage |
|-----------------------|-------|------------|
| hoesten               | (R05) | 9,7        |
| koorts                | (A03) | 8,5        |
| oorpijn               | (H01) | 4,6        |
| wratten               | (S03) | 3,5        |
| ongeval               | (A80) | 2,7        |
| klachten keel         | (R21) | 2,5        |
| algehele zwakte       | (A04) | 2,3        |
| braken                | (D10) | 2,1        |
| klachten voet/tenen   | (L17) | 2,1        |
| buikpijn              | (D01) | 2,0        |
| gehoorproblemen       | (H02) | 2,0        |
| jeuk                  | (S02) | 1,9        |
| niezen, loopneus      | (R07) | 1,8        |
| diarree               | (D11) | 1,7        |
| scheur- of snijwond   | (S18) | 1,7        |
| cumulatief percentage |       | 49,1       |

**Tabel 5.7.1.5. De vijftien meest gestelde diagnoses/werkhypothesen als percentage van het totale aantal gestelde diagnoses (n=3.712).**

| diagnose                       | code  | percentage |
|--------------------------------|-------|------------|
| geen ziekte                    | (A97) | 8,6        |
| bovenste-luchtweginfectie      | (R74) | 7,2        |
| virusinfectie nno <sup>1</sup> | (A77) | 5,0        |
| acute otitis media             | (H71) | 4,0        |
| wratten                        | (S03) | 3,8        |
| bronchitis                     | (R78) | 3,2        |
| ontsteking tuba Eustachii      | (H73) | 2,5        |
| acute laryngitis               | (R77) | 2,5        |
| acute tonsillitis              | (R76) | 2,3        |
| scheur- of snijwond            | (S18) | 2,2        |
| eczeem                         | (S88) | 2,0        |
| vermoede darminfectie          | (D74) | 2,0        |
| astma                          | (R96) | 1,5        |
| niet-purulente otitis media    | (H72) | 1,3        |
| koorts                         | (A03) | 1,2        |
| cumulatief percentage          |       | 49,3       |

<sup>1</sup> niet nader omschreven

Indien de scheur- en snijwonden beschouwd worden als ongeval vormen ze met de overige als 'ongeval' gecodeerde problemen de vierde reden voor komst. De vijftien klachten vormen bijna de helft van alle gepresenteerde redenen voor komst. Ook de vijftien meest gestelde diagnoses maken de helft uit van alle diagnoses.

### Verwijzingen

Tijdens de registratieperiode werden 184 verwijzingen geregistreerd bij in totaal 182 kinderen. De specialismen waarnaar verwezen werd, staan vermeld in paragraaf 5.4.1.

De diagnoses/werkhypothesen van de huisarts konden bij verwijzing werden vergeleken met de uiteindelijke diagnose die werd nagezocht in de correspondentie van de specialist, voor zover aanwezig in het dossier van de huisarts. Vergelijking van beide diagnoses was bij 51 patiënten niet mogelijk, tienmaal omdat het kind inmiddels verhuisd was, 38-maal vanwege het ontbreken van de specialistenbrief en driemaal vanwege het ontbreken van een diagnose van de huisarts. De ontbrekende specialistische correspondentie betrof voornamelijk verwijzingen naar de chirurg (13-maal) en de oogarts (12-maal).

**Tabel 5.7.1.6. Vergelijking van de diagnose/werkhypothese van de huisarts bij de verwijzing met de diagnose van de specialist (n=133).**

| diagnose huisarts       | aantal | percentage |
|-------------------------|--------|------------|
| conform specialist      | 115    | 86         |
| niet conform specialist | 18     | 14         |

### Nieuwe patiënten bij de kinderarts

Voor alle 49 nieuwe patiënten staat de diagnose van de kinderarts, wederom gerangschikt naar ICPC-hoofdstuk, in tabel 5.7.1.7.

**Tabel 5.7.1.7. Diagnosen/werkhypothesen van de kinderarts bij al dan niet door de huisarts verwezen nieuwe patiënten (n=49) in afgeronde percentages.**

| ICPC-hoofdstuk                    | percentage |
|-----------------------------------|------------|
| A algemeen en niet gespecificeerd | 21         |
| B bloed en bloedvormende organen  | 2          |
| D tractus digestivus              | 16         |
| F oog                             | 0          |
| H oor                             | 0          |
| K tractus circulatorius           | 0          |
| L bewegingsapparaat               | 4          |
| N zenuwstelsel                    | 4          |
| P psychische stoornissen          | 4          |
| R tractus respiratorius           | 27         |
| S huid                            | 4          |
| T endocrien, metabool en voeding  | 14         |
| U urinewegen                      | 2          |
| X vrouwelijk genitaal             | 0          |
| Y mannelijk genitaal              | 2          |
| Z sociale problemen               | 0          |

De meest gestelde diagnoses betreffen aandoeningen van de luchtwegen, tractus digestivus en aandoeningen in de categorie 'endocrien, metabool en voeding'. Daarnaast komen diagnoses in de categorie 'algemeen en niet gespecificeerd' bij de nieuwe patiënten frequent voor. De diagnoses van de 35 door de huisarts verwezen patiënten, kunnen worden vergeleken met de door de huisarts gestelde diagnose bij de 26 ten tijde van de huisartsregistratie naar de kinderarts verwezen patiënten (tabel 5.7.1.8.).

Een deel van de verschillen is te verklaren door het evalueren van symptoomdiagnosen uit het hoofdstuk 'algemeen en niet gespecificeerd' (A) naar meer tractusgebonden diagnoses en door de verwantschap van aandoeningen, gecodeerd in de hoofdstukken 'oor' (H) en 'tractus respiratorius' (R).

Eerder bleek dat de huisartsen bij verwijzing naar de kinderarts aangaven in 61 procent zeker te zijn van hun diagnose (tabel 5.4.1.10). De relatie tussen de zekerheid en de overeenkomst tussen de diagnoses van de huisarts en de kinderarts staat in tabel 5.7.1.9.

**Tabel 5.7.1.8. Vergelijking eerste werkhypothese van de huisarts en de kinderarts bij door de huisarts naar de kinderarts verwezen patiënten (afgeronde percentages).**

| ICPC-hoofdstuk                    | huisarts<br>(n=26) | kinderarts<br>(n=35) |
|-----------------------------------|--------------------|----------------------|
| A algemeen en niet gespecificeerd | 19                 | 14                   |
| B bloed en bloedvormende organen  | 4                  | 3                    |
| D tractus digestivus              | 8                  | 14                   |
| F oog                             | 0                  | 0                    |
| H oor                             | 8                  | 0                    |
| K tractus circulatorius           | 4                  | 0                    |
| L bewegingsapparaat               | 0                  | 0                    |
| N zenuwstelsel                    | 4                  | 6                    |
| P psychische stoornissen          | 0                  | 3                    |
| R tractus respiratorius           | 15                 | 31                   |
| S huid                            | 11                 | 6                    |
| T endocrien, metabool en voeding  | 15                 | 20                   |
| U urinewegen                      | 8                  | 3                    |
| X vrouwelijk genitaal             | 0                  | 0                    |
| Y mannelijk genitaal              | 4                  | 0                    |
| Z sociale problemen               | 0                  | 0                    |

**Tabel 5.7.1.9. Overeenkomst diagnose huisarts en kinderarts in relatie tot de door de huisarts aangegeven zekerheid omtrent de diagnose.**

| zekerheid | diagnose huisarts  |                         | totaal |
|-----------|--------------------|-------------------------|--------|
|           | conform kinderarts | niet conform kinderarts |        |
| zeker     | 10                 | 4                       | 14     |
| ◇         | 2                  | 1                       | 3      |
| onzeker   | 3                  | 1                       | 4      |
| onbekend  | 5                  | -                       | 5      |
| totaal    | 20                 | 6                       | 26     |

De diagnoses van de huisarts die niet overeenkwamen met die van de kinderarts, waren bijna allemaal symptoomdiagnosen, die na evaluatie door de kinderarts wijzigden in een tractusgebonden diagnose.

### Morbiditeit op het kindergeneeskundig spreekuur

Behalve de bovengenoemde morbiditeit bij verwijzing is voor de afstemming van de zorg ook van belang met welke problemen patiënten langere tijd het spreekuur van de kinderarts bezoeken.

In tabel 5.7.1.10. worden de nieuwe patiënten vergeleken met degenen, die voor meer dan twee consulten bij de kinderarts zijn geweest.

**Tabel 5.7.1.10. Diagnosen patiënten op de poliklinieken kindergeneeskunde per ICPC-hoofdstuk in afgeronde percentages.**

| ICPC-hoofdstuk                    | nieuwe patiënten<br>(n=49) | langerbekende patiënten<br>(n=94) |
|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| A algemeen en niet gespecificeerd | 21                         | 8                                 |
| B bloed en bloedvormende organen  | 2                          | 5                                 |
| D tractus digestivus              | 16                         | 7                                 |
| F oog                             | 0                          | 0                                 |
| H oor                             | 0                          | 0                                 |
| K tractus circulatorius           | 0                          | 8                                 |
| L bewegingsapparaat               | 4                          | 2                                 |
| N zenuwstelsel                    | 4                          | 0                                 |
| P psychische stoornissen          | 4                          | 1                                 |
| R tractus respiratorius           | 27                         | 41                                |
| S huid                            | 4                          | 0                                 |
| T endocrien, metabool en voeding  | 14                         | 23                                |
| U urinewegen                      | 2                          | 3                                 |
| X vrouwelijk genitaal             | 0                          | 1                                 |
| Y mannelijk genitaal              | 2                          | 0                                 |
| Z sociale problemen               | 0                          | 0                                 |

De diagnoses van patiënten die langer bij de kinderarts kwamen, verschillen van de diagnoses bij nieuw-verwezen patiënten. Vooral patiënten met aandoeningen van de luchtwegen en groei-problemen, in deze codering gerubriceerd onder het hoofdstuk 'endocrien, metabool en voeding' (T), blijven langer onder behandeling van de kinderarts.

### 5.7.2. Samenvatting

De aan de huisarts aangeboden morbiditeit laat een grote diversiteit zien, mede afhankelijk van de leeftijd van de patiënt. De aangeboden morbiditeit tijdens reguliere praktijkuren en de dienst toont grote verschillen. Verwijzingen naar de kinderarts betreffen vooral problemen in de ICPC-hoofdstukken 'algemeen en niet gespecificeerd' (A), 'tractus digestivus' (D), 'tractus respiratorius' (R) en 'endocrien, metabool en voeding' (T). De chronische patiënten bij de kinderarts hebben vooral luchtwegproblemen, alsmede diabetes mellitus en groei-problemen.



## 5.8. Beschouwing

Het doel van dit inventariserende onderzoek was de zorgverlening van huisartsen en kinderartsen ten behoeve van een welomschreven populatie in kaart te brengen en vervolgens na te gaan welke knelpunten er waren in de zorgverlening door en de samenwerking tussen huisarts en kinderarts.

Met de gekozen methode werden alleen formele contacten geregistreerd. Informele contacten, waarbij gedacht kan worden aan de keren dat de huisarts bij een consult informeert naar andere gezinsleden werden op deze wijze niet vastgelegd. Deze contacten vormen overigens wel een essentieel onderdeel van het huisartsgeneeskundig functioneren. De werkwijze was vooral voor de huisartsen arbeidsintensief en leende zich derhalve slechts voor een kortdurende registratie.

Bij het invullen van de formulieren bleken er weleens interpretatieproblemen te bestaan. Dit betrof bij formulier 1 het gevoerde overleg en bij formulier 6/7 de vraag met betrekking tot de motivatie voor verdere vervolgonderzoek. Formulier 3 bestemd voor het registreren van verlenging en achteraf-verwijzing, werd vrijwel niet gebruikt. Waarschijnlijk werd dit verklaard door onderrapportage; van verdere analyse moest worden afgezien.

Tijdens de registratie hebben zich in sommige praktijken problemen van persoonlijke aard voorgedaan, waarop uit privacy-overwegingen niet nader kan worden ingegaan. Daarop volgden problemen ten aanzien van de continuering van de patiëntenzorg, waarneming en het inwerken van nieuwe collega's met mogelijke consequenties voor de kwaliteit van de registratie. Dit werd nader onderzocht door vergelijking met de gegevens van de Nationale Studie (hoofdstuk 6).

De registratie in de vijf huisartspraktijken laat een aantal verschillen tussen praktijken zien. Het aantal geregistreerde contacten in de praktijken 3 en 4 is kleiner dan in de andere praktijken. Het aantal verwijzingen per 1.000 kinderen van de praktijken 3 en 4 toont een goede overeenkomst met het aantal verwijzingen van de andere praktijken. Hieruit kan geconcludeerd worden dat zo er al sprake is geweest van onderrapportage, met name in de praktijken 3 en 4, dit vooral het aantal contacten betreft. De vergelijking met de landelijke cijfers verkregen uit de Nationale Studie laat echter zien dat de gevonden variatie in aantal geregistreerde contacten tussen de praktijken gering is dan landelijk wordt waargenomen.

Het totale aantal geregistreerde contacten bleek in Krimpen aan den IJssel lager dan tevoren met gegevens uit andere registraties was berekend. Ook het totale aantal verwijzingen naar de tweedelijns bleek lager dan verwacht. Tevens werd een andere verdeling over de specialismen gezien, in het bijzonder minder verwijzingen naar de kindergeneeskunde in vergelijking met de voor aanvang van het onderzoek bestudeerde gegevens (paragraaf 4.3.). In hoofdstuk 6 zal door vergelijking met de Nationale Studie gekeken worden naar een verklaring voor deze verschillen.

Het Ziekenhuis Informatiesysteem (ZIS) bleek een goede ingang voor het traceren van de poliklinische kindergeneeskundige consulten betreffende de onderzoekpopulatie. Na ontvangst van de consultregistratieformulieren kon de respons direct worden gecontroleerd en gecorrigeerd op volledigheid. Ook alle opnames van kinderen uit de onderzoekpopulatie konden met het ZIS worden nagegaan. Telefonische consulten, met name indien er door de betreffende specialist geen telefonisch spreekuur op afspraak werd gehouden, konden niet getraceerd worden. Om deze reden werd van de registratie van alle telefonische consulten in de specialistische praktijk afgezien, hoewel dit overleg tussen specialist en ouders zeker een deel van de zorgverlening uitmaakt.

Voor het vastleggen van kindergeneeskundige zorg in de neonatale periode moest gebruik gemaakt worden van de gegevens uit de huisartspraktijk daar deze zorg meestal verleend werd door de kinderarts verbonden aan het ziekenhuis waar de bevalling plaatsvond.

Met de bovengenoemde methoden werd een vrijwel volledig inzicht verkregen in de kindergeneeskundige zorgverlening en niet alleen in die welke direct gerelateerd was aan een verwijzing in de registratieperiode.

Het aantal nieuwe patiënten op de polikliniek was lager dan verwacht op basis van de aantallen nieuwe patiënten op de poliklinieken van het Sophia Kinderziekenhuis in 1985-1986 (tabel 4.3.2.). Mogelijk wordt dit verklaard door veranderingen in het registratiesysteem van het ZIS, dat in deze periode nog in ontwikkeling was. Bij latere analyse bleek het aantal nieuwe patiënten in 1987 overeen te komen met dat in 1988 (hoofdstuk 7). Door de werkwijze binnen het ziekenhuis was een groot aantal specialisten betrokken bij het invullen van de formulieren, hetwelk geleid kan hebben tot een grotere variatie bij het invullen.

Dat het Sophia Kinderziekenhuis als universitair centrum afwijkt van een algemeen pediatrische afdeling in een niet-academisch ziekenhuis werd mede duidelijk door het aandeel dat de subspecialistische poliklinieken hebben in de totale kindergeneeskundige zorgverlening. Het voordeel van deze onderzoeklokatie is dat een totaalbeeld werd verkregen van alle pediatrische zorg voor de betreffende populatie, omdat zowel basisspecialistische als topklinische en topreferentiezorg beschikbaar was. Het bleek bovendien praktisch te registreren in een situatie waar de betreffende huisartspraktijken alle kindergeneeskundige verwijzingen richten naar één afdeling. Uiteraard dient hierbij de opmerking gemaakt te worden dat bij uitzondering patiënten uit Krimpen aan den IJssel, bijvoorbeeld bij plaatsgebrek of op uitdrukkelijk eigen verzoek, naar andere kinderartsen verwezen werden, zoals ook tijdens de registratie vastgelegd werd.

De gegevens, verkregen door de huisartsen te enquêteren betreffende de patiënten uit hun praktijk die niet direct aansluitend aan een verwijzing bij de kinderarts waren geweest, completeren het beeld van de zorgverlening.

Het uitvoeren van een registratie kan effect hebben gehad op het handelen van zowel huisartsen als kinderartsen. In hoofdstuk 7 zal dit mogelijke effect worden getoetst.

Concluderend kon met de gekozen opzet de aard en omvang van de door kinderen en/of hun ouders gepresenteerde problematiek en de daarbij behorende zorgverlening door huisarts en kinderarts worden geïnventariseerd.

Op de verdere bevindingen van de parallelregistratie, met name de inhoudelijke aspecten van de zorgverlening gegeven vanuit de verschillende echelons en de onderlinge samenhang zal worden ingegaan in hoofdstuk 8. Hierna zullen de knelpunten in de samenwerking worden geanalyseerd als leidraad voor de keuze van interventies uitgevoerd in het tweede deel van het onderzoek.

## 6. Vergelijking van de registratie in Krimpen aan den IJssel met gegevens uit de Nationale Studie

### 6.1. Inleiding

De redenen om de resultaten van de contactregistratie in de huisartspraktijk te vergelijken met gegevens uit de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk waren toetsing op betrouwbaarheid en het geven van een indicatie van de generaliseerbaarheid. Dit onderzoek uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), verder te noemen de Nationale Studie, wordt als representatief voor Nederland beschouwd.

De betrouwbaarheid is in belangrijke mate afhankelijk van de volledigheid van de gegevensverzameling. De volledigheid van de contactregistratie bij de huisartsen kon niet rechtstreeks worden gecontroleerd. De feitelijke respons in de huisartspraktijk bleef achter voor wat betreft het verwachte aantal contacten, de verwijzingen naar de tweedelijns en de verwijzingen naar de kindergeneeskunde (tabel 4.3.1. en 5.2.1.1.). Bovendien werd een opmerkelijk verschil tussen de diverse praktijken in aantal contacten per 1000 kinderen gevonden, waarbij onderrapportage als verklaring werd overwogen.

De generaliseerbaarheid is de mate waarin de gegevens betreffende praktijkvoering verkregen in dit onderzoek vergelijkbaar zijn met die van andere huisartsen. Dit wordt ondermeer bepaald door de keuze van de groep huisartsen en de samenstelling van de praktijkpopulatie.

De in dit hoofdstuk ten aanzien van betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid te beantwoorden vragen zijn de volgende:

- Is het in de parallelregistratie gevonden verschil tussen de praktijken in het aantal per praktijk geregistreerde contacten per 1000 kinderen vergelijkbaar met de Nationale Studie?
- In hoeverre verschillen de populatie, de gepresenteerde morbiditeit en het beleid van de huisarts, waaronder de verwijzingen naar de tweedelijns, in de onderzoekpopulatie van die van de in de Nationale Studie onderzochte populatie?

### 6.2. Methode

De Nationale Studie werd uitgevoerd bij een aselechte, niet-proportioneel gestratificeerde steekproef van 161 gevestigde Nederlandse huisartsen uit 103 huisartspraktijken, met een gezamenlijke praktijkpopulatie van circa 335.000 patiënten, waaronder 64.429 kinderen in de leeftijdsgroep van 0 tot en met 14 jaar. De gegevensverzameling vond plaats in vier opeenvolgende registratieperioden van telkens drie maanden tussen 1-4-1987 en 31-3-1988 (Foets en Van der Velden 1990).

De gegevens, vermeld in dit proefschrift, zijn gebaseerd op een recenter bestand verkregen in april 1992, waarin incompatibele combinaties verder geschoond waren.

Bij de analyse van de gegevens van de Nationale Studie werd naast het totale bestand ook gebruik gemaakt van deelbestanden.

De vraag betreffende de verschillen in het aantal geregistreerde contacten per praktijk werd beantwoord met behulp van een analyse van alle in de Nationale Studie geregistreerde contacten.

Aangezien in Krimpen aan den IJssel gedurende vier maanden en in de Nationale Studie per praktijk gedurende drie maanden werd geregistreerd, moest een correctie worden uitgevoerd. In Krimpen aan den IJssel waren de contacten gelijkmatig over de maanden verdeeld, zodat voor de vergelijking met de Nationale Studie per praktijk 75 procent van het aantal contacten genomen kon worden.

Bij de beantwoording van alle andere vraagstellingen werd gebruik gemaakt van het deel van de registratie dat qua seizoen (februari tot en met mei) overeenstemt met de in Krimpen aan den IJssel verrichte registratie. Omdat de maanden februari tot en met mei in de Nationale Studie over twee registratieperioden verdeeld zijn, te weten april-juni 1987 en januari-maart 1988, werden de berekeningen gemaakt alsof één populatie vier maanden gevolgd werd. De contactgegevens van de maanden februari, maart, april en mei werden geanalyseerd waarbij voor de noemer de populaties van februari-maart ( $n=15.259$ ) en april-mei ( $n=18.480$ ) werden gemiddeld.

Het is bekend dat patiëntfactoren en praktijkfactoren van invloed zijn op het gebruik van medische voorzieningen (paragraaf 2.4.). Een deel van de gegevens wordt derhalve tevens gepresenteerd naar de volgende patiëntfactoren: verzekeringsvorm en leeftijdsopbouw.

Er werd echter van afgezien om de gegevens van de registratie in Krimpen aan den IJssel ook nog te vergelijken met een deelbestand uit de Nationale Studie, dat qua regio, afstand tot ziekenhuis en urbanisatiegraad overeenkwam. Hiertoe werd besloten omdat er in de Nationale Studie onvoldoende praktijken waren die wat betreft deze praktijkfactoren overeenkwamen met Krimpen aan den IJssel en in hetzelfde seizoen geregistreerd hadden.

Er is een aantal verschilpunten in de opzet van de beide studies, die consequenties hebben voor het vergelijken van de resultaten, te weten het aantal klachten dat per reden voor komst genoteerd kon worden, en de meer gedetailleerde wijze van noteren van behandelingen en vervolgsafspraken in de Nationale Studie. Teneinde de redenen voor komst te kunnen vergelijken, werd van beide registraties alleen de eerst gepresenteerde reden voor komst per gezondheidsprobleem bestudeerd. De gedetailleerd weergegeven behandelingen en vervolgsafspraken werden tot enkele categorieën samengevoegd naar analogie van de bij het onderzoek in Krimpen aan den IJssel gebruikte registratieformulieren.

In de Nationale Studie werd gebruik gemaakt van een apart formulier voor de registratie van contacten tussen patiënt en praktijkassistente. Mogelijk is hierdoor een verschil ontstaan in het aantal geregistreerde contacten met de praktijkassistenten, te weten 15 procent in Nationale Studie en 3 procent in de registratie in Krimpen aan den IJssel. Om deze reden werd besloten bij de vergelijkingen in dit hoofdstuk alleen de contacten van de patiënt met de huisarts te gebruiken. De contacten op het consultatiebureau, geregistreerd door de aan de Nationale Studie meewerkende huisartsen, werden niet in de analyse betrokken, omdat contacten op het consultatiebureau in Krimpen aan den IJssel niet geregistreerd werden. Deze selectie heeft wel tot gevolg dat in dit hoofdstuk voor enkele parameters bij voorbeeld het aantal verwijzingen per contact andere getallen gegeven worden dan in hoofdstuk 5.

### 6.3. Resultaten

De populaties van de drie gebruikte bestanden staan in tabel 6.3.1. In Krimpen aan den IJssel waren meer kinderen particulier verzekerd, te weten 59 procent ten opzichte van respectievelijk 43 en 41 procent in de Nationale Studie ( $p<0,01$ ; chikwadraat-toets).

De leeftijdsverdeling van de kinderen van de onderzoekpopulatie is significant verschillend van de leeftijdsverdeling in de Nationale Studie. In Krimpen aan den IJssel woonden minder zuigelingen en kleuters en meer tieners.

**Tabel 6.3.1. Kinderen in de onderzoekpopulaties naar verzekeringsvorm.**

|                             | ziekenfonds | particulier | totaal |
|-----------------------------|-------------|-------------|--------|
| Krimpen aan den IJssel      | 2.270       | 3.330       | 5.600  |
| Nationale Studie (feb.-mei) | 9.539       | 7.330       | 16.869 |
| Nationale Studie (totaal)   | 37.796      | 26.633      | 64.429 |

**Tabel 6.3.2. Leeftijdsverdeling kinderen in Krimpen aan den IJssel (n=5.600) en de Nationale Studie (n=64.429 en 16.869) in afgeronde percentages.**

| leeftijd | Krimpen aan den IJssel |    | Nationale Studie |          |
|----------|------------------------|----|------------------|----------|
|          |                        |    | totaal           | feb.-mei |
| 0        | 6                      | 8  | 8                | 8        |
| 1-4      | 22                     | 27 | 26               | 26       |
| 5-9      | 32                     | 32 | 32               | 32       |
| 10-14    | 39                     | 33 | 33               | 34       |

p<0,01; †toets

### 6.3.1. Volledigheid van de contactregistratie

Door de huisartsen in Krimpen aan den IJssel werden in drie maanden in de diverse praktijken per 1.000 kinderen 209 tot 537 contacten geregistreerd. Voor de vijf praktijken was het gemiddeld aantal contacten 401 per praktijk met een 95%-betrouwbaarheids-interval van 107 tot 694. In de Nationale Studie was het aantal geregistreerde contacten per 1.000 kinderen in drie maanden gemiddeld 764 per praktijk met een 95%-betrouwbaarheidsinterval van 388 tot 1.140. Het aantal geregistreerde contacten per praktijk varieerde in dit onderzoek van 185 tot 1.241 per 1.000 kinderen. De verschillen tussen de praktijken in beide studies - wat betreft het aantal in de praktijk geregistreerde contacten per 1.000 kinderen - zijn niet significant, omdat de betrouwbaarheidsintervallen van deze registraties elkaar overlappen. Het verschil tussen de praktijken in Krimpen aan den IJssel is kleiner dan in de Nationale Studie.

### 6.3.2. Vergelijking Krimpen aan den IJssel en de Nationale Studie

#### Contacten met de huisarts

In de maanden februari tot en met mei bezochten 2.082 kinderen in Krimpen aan den IJssel en 9.401 kinderen in de Nationale Studie hun huisarts. Het aantal per maand geregistreerde contacten in de beide registraties staat in tabel 6.3.2.1.

In Krimpen aan den IJssel werden in alle maanden minder contacten per 1.000 kinderen geregistreerd dan in de Nationale Studie (p<0,01; †toets). In tegenstelling tot Krimpen aan den IJssel laat de Nationale Studie enige variatie tussen de verschillende maanden zien. Het aantal huisartscontacten opgesplitst naar verzekeringsvormen is weergegeven in tabel 6.3.2.2.

**Tabel 6.3.2.1. Vergelijking van het aantal huisartscontacten per 1.000 kinderen per maand in Krimpen aan den IJssel (n=5.600) en de Nationale Studie (n=15.259 (februari-maart) & n=18.480 (april-mei)).**

|          | Krimpen aan den IJssel | Nationale Studie |
|----------|------------------------|------------------|
| februari | 150                    | 221              |
| maart    | 143                    | 229              |
| april    | 143                    | 213              |
| mei      | 149                    | 185              |

**Tabel 6.3.2.2. Huisartscontacten en contacten per kind naar verzekeringsvorm in vier maanden.**

|                        | ziekenfonds | particulier | totaal |
|------------------------|-------------|-------------|--------|
| contacten              |             |             |        |
| Krimpen aan den IJssel | 1.419       | 1.857       | 3.276  |
| Nationale Studie       | 8.860       | 5.366       | 14.226 |
| contacten/kind         |             |             |        |
| Krimpen aan den IJssel | 0,62        | 0,56        | 0,58   |
| Nationale Studie       | 0,93        | 0,73        | 0,84   |

**Tabel 6.3.2.3. Aantal huisartscontacten in de maanden februari-mei per 1.000 kinderen per leeftijdsgroep.**

| leeftijd | Krimpen aan den IJssel | Nationale Studie |
|----------|------------------------|------------------|
| 0        | 1.301                  | 1.360            |
| 1-4      | 970                    | 1.136*           |
| 5-9      | 556                    | 742**            |
| 10-14    | 285                    | 591**            |

\*p<0,05 en \*\*p<0,01; t-toets

Bij beide verzekeringsvormen en het totaal lag het aantal contacten per kind in de Nationale Studie hoger dan in de gemeente van onderzoek (p<0,01; t-toets).

Mede gezien de eerder gesignaleerde andere leeftijdsopbouw en het feit dat het aantal contacten per leeftijdscategorie op de kinderleeftijd sterk varieerde, werd het aantal contacten per leeftijdsgroep onderzocht (tabel 6.3.2.3.). Bij deze analyse bleek dat de kinderen in de Nationale Studie in alle leeftijdsgroepen, behalve de 0-jarigen, meer contact met hun huisarts hadden gehad. De verschillen tussen beide populaties wat betreft verzekeringsvorm en leeftijdsopbouw zijn dus niet de gehele verklaring voor de gevonden verschillen in aantal contacten met de huisartsen.

In tabel 6.3.2.4. is de contactfrequentie weergegeven van de kinderen die contact hadden gehad met de huisarts. Het gemiddeld aantal contacten van deze kinderen was in Krimpen aan den IJssel hoger dan in de Nationale Studie, te weten 1,6 versus 1,5 contacten per kind (p<0,05; t-toets).

**Tabel 6.3.2.4. Contactfrequentie in vier maanden van kinderen die contact hadden met de huisarts**

| contactfrequentie | Krimpen aan den IJssel |            | Nationale Studie |            |
|-------------------|------------------------|------------|------------------|------------|
|                   | totaal                 | % contact  | totaal           | % contact  |
| 1                 | 1.385                  | 66,5       | 6.437            | 68,5       |
| 2                 | 397                    | 19,1       | 1.885            | 20,0       |
| 3                 | 151                    | 7,2        | 666              | 7,1        |
| 4                 | 70                     | 3,4        | 223              | 2,4        |
| 5 of meer         | 79                     | 3,8        | 190              | 2,0        |
| <b>totaal</b>     | <b>2.082</b>           | <b>100</b> | <b>9.401</b>     | <b>100</b> |

**Tabel 6.3.2.5. Contacten in de huisartspraktijk per contactvorm in percentages.**

| contact  | Krimpen aan den IJssel<br>(n=3.276) | Nationale Studie<br>(n=14.226) |
|----------|-------------------------------------|--------------------------------|
| regulier | 83,7                                | 87,7                           |
| dienst   | 9,5                                 | 7,7                            |
| telefoon | 6,8                                 | 4,6                            |

$p < 0,01$ ; chikwadrat-toets

In beide onderzoekpopulaties vonden de contacten voornamelijk tijdens de reguliere werkuren plaats. In Krimpen aan den IJssel werden verhoudingsgewijs meer dienst- en telefonische contacten geregistreerd (tabel 6.3.2.5.).

## Morbiditeit

De analyse van de door de beide populaties aangeboden morbiditeit geeft het volgende beeld. Aan de huisartsen in Krimpen aan den IJssel werden 784 redenen voor komst per 1.000 kinderen gepresenteerd en in de Nationale Studie 928 redenen per 1.000 kinderen. De redenen voor komst per ICPC-hoofdstuk staan in tabel 6.3.2.6.

De populatie van de Nationale Studie presenteerde in de overeenkomstige maanden meer klachten in de ICPC-hoofdstukken 'bloed en bloedvormende organen' (B), 'oog' (F), 'oor' (H), 'bewegingsapparaat' (L), 'zenuwstelsel' (N), 'tractus respiratorius' (R) en 'huid' (S).

In de Krimpense registratie werd in 17 procent van de contacten en in de Nationale Studie in 10 procent van de contacten meer dan één diagnose geregistreerd. De door de huisarts gestelde diagnoses staan in tabel 6.3.2.7.

Bij de bestudering van de diagnoses bleek dat er vrijwel in alle ICPC-hoofdstukken verschillen bestaan tussen Krimpen aan den IJssel en de Nationale Studie.

Aangezien de redenen voor komst verschilden voor de diverse leeftijdsgroepen en de leeftijdsopbouw in beide onderzoekpopulaties eveneens verschillend was, worden voor de belangrijkste ICPC-hoofdstukken de redenen voor komst per leeftijdsgroep weergegeven in tabel 6.3.2.8.

Voor een groot aantal leeftijdsgroepen was het aandeel dat de aandoeningen in de belangrijkste ICPC-hoofdstukken hadden in de totale morbiditeit globaal hetzelfde.

**Tabel 6.3.2.6. Redenen voor komst in de huisartspraktijk per 1.000 kinderen.**

| ICPC-hoofdstuk                                     | Krimpen<br>aan den IJssel | Nationale<br>Studie |
|--|---------------------------|---------------------|
| A algemeen en niet gespecificeerd                  | 159                       | 151                 |
| B bloed en bloedvormende organen                   | 5                         | 81*                 |
| D tractus digestivus                               | 70                        | 78                  |
| F oog  | 22                        | 32*                 |
| H oor  | 81                        | 111*                |
| K tractus circulatorius                            | 0                         | 2                   |
| L bewegingsapparaat                                | 73                        | 96**                |
| N zenuwstelsel                                     | 10                        | 18**                |
| P psychische stoornissen                           | 6                         | 9                   |
| R tractus respiratorius                            | 179                       | 223**               |
| S huid   | 146                       | 163*                |
| T endocrien, metabool en voeding                   | 10                        | 8                   |
| U urinewegen                                       | 9                         | 9                   |
| W zwangerschap, bevalling, kraambed, anticonceptie | 1                         | 2                   |
| X vrouwelijk genitaal                              | 5                         | 5                   |
| Y mannelijk genitaal                               | 6                         | 9                   |
| Z sociale problemen                                | 2                         | 4                   |

\* p<0,05 en \*\* p<0,01; t-toets

**Tabel 6.3.2.7. Door de huisarts gestelde diagnoses/werkhypothesen per 1.000 kinderen.**

| ICPC-hoofdstuk                                     | Krimpen<br>aan den IJssel | Nationale<br>Studie |
|--|---------------------------|---------------------|
| A algemeen en niet gespecificeerd                  | 146                       | 126**               |
| B bloed en bloedvormende organen                   | 8                         | 13*                 |
| D tractus digestivus                               | 38                        | 74**                |
| F oog  | 15                        | 30*                 |
| H oor  | 70                        | 117*                |
| K tractus circulatorius                            | 1                         | 3                   |
| L bewegingsapparaat                                | 43                        | 80**                |
| N zenuwstelsel                                     | 6                         | 12**                |
| P psychische stoornissen                           | 10                        | 17**                |
| R tractus respiratorius                            | 153                       | 254**               |
| S huid   | 137                       | 170*                |
| T endocrien, metabool en voeding                   | 8                         | 8                   |
| U urinewegen                                       | 6                         | 9                   |
| W zwangerschap, bevalling, kraambed, anticonceptie | -                         | 1                   |
| X vrouwelijk genitaal                              | 5                         | 4                   |
| Y mannelijk genitaal                               | 7                         | 9                   |
| Z sociale problemen                                | 2                         | 6**                 |

\* p<0,05 en \*\* p<0,01; t-toets



**Tabel 6.3.2.8. Redenen voor komst naar leeftijdsgroep per ICPC-hoofdstuk in percentages (Krimpen aan den IJssel: n=4.378, Nationale Studie: n=15.747).**

| ICPC-hoofdstuk |  | leeftijdsgroep |      |      |       |
|----------------|--|----------------|------|------|-------|
|                |  | 0              | 1-4  | 5-9  | 10-14 |
| A              | <b>algemeen en niet gespecificeerd</b> |                |      |      |       |
|                | Krimpen aan den IJssel                 | 34             | 23   | 14   | 15    |
|                | Nationale Studie                       | 35             | 17** | 11** | 11**  |
| D              | <b>tractus digestivus</b>              |                |      |      |       |
|                | Krimpen aan den IJssel                 | 10             | 10   | 8    | 8     |
|                | Nationale Studie                       | 8              | 9    | 9    | 7     |
| H              | <b>oor</b>                             |                |      |      |       |
|                | Krimpen aan den IJssel                 | 4              | 13   | 13   | 5     |
|                | Nationale Studie                       | 5              | 15*  | 17** | 6     |
| L              | <b>bewegingsapparaat</b>               |                |      |      |       |
|                | Krimpen aan den IJssel                 | 3              | 6    | 10   | 21    |
|                | Nationale Studie                       | 5**            | 5    | 10   | 21    |
| R              | <b>tractus respiratorius</b>           |                |      |      |       |
|                | Krimpen aan den IJssel                 | 23             | 25   | 23   | 18    |
|                | Nationale Studie                       | 23             | 30** | 23   | 18    |
| S              | <b>huid</b>                            |                |      |      |       |
|                | Krimpen aan den IJssel                 | 18             | 15   | 21   | 21    |
|                | Nationale Studie                       | 17             | 14   | 20   | 20    |

\*  $p < 0,05$  en \*\*  $p < 0,01$ ; chikwadrat-toets

De huisartsen van Krimpen aan den IJssel werden, behalve bij zuigelingen, frequenter met klachten uit ICPC-hoofdstuk 'algemeen en niet gespecificeerd'(A) geconfronteerd dan de huisartsen van de Nationale Studie. Deze noteerden bij de kleuters echter meer luchtwegproblemen en bij de kleuters en schoolkinderen meer oorproblemen.

De vijftien meest gestelde diagnoses in de Nationale Studie zijn weergegeven in tabel 6.3.2.9. Ze kunnen vergeleken worden met de meest gestelde diagnoses in Krimpen aan den IJssel (tabel 5.7.1.5.).

De meest gestelde diagnoses waren in beide studies verantwoordelijk voor bijna de helft van het totale aantal diagnoses: in Krimpen aan den IJssel 49,3 procent en in 45,5 procent in de Nationale Studie.

Vergelijking van de meest gestelde diagnoses in Krimpen aan den IJssel en de Nationale Studie laat zien dat de diagnoses 'koorts', 'ontsteking tuba Eustachii' en 'acute laryngitis' in de top-15 van de Nationale studie ontbreken, terwijl de diagnoses 'algemeen onderzoek', 'sinusitis' en 'atopische dermatitis' niet voorkomen in de top-15 van Krimpen aan den IJssel. Deze verschillen kunnen voornamelijk verklaard worden door een verschil in het benoemen van bepaalde ziektebeelden waarvoor geen strikte criteria vastgelegd waren, zoals bijvoorbeeld bij de diagnoses 'ontsteking tuba Eustachii' en 'bovenste-luchtweginfectie' of bij de diagnoses 'atopische dermatitis' en 'eczeem'. Het feit dat de diagnose 'koorts' frequenter geregistreerd werd, kan mogelijk verklaard doordat sommige huisartsen wel volstaan met een symptoomdiagnose, terwijl anderen misschien eerder geneigd zijn een somatische diagnose te hanteren, zoals bijvoorbeeld 'virusinfectie n.n.o.'. Een ander opmerkelijk verschil is het aandeel van de rubriek 'geen ziekte'.

**Tabel 6.3.2.9. De vijftien meest gestelde diagnoses/werkhypothesen in de Nationale Studie als percentage van het totale aantal gestelde diagnoses (n=15.747).**

| nr.                   | diagnose                       | code  | percentage |
|-----------------------|--------------------------------|-------|------------|
| 1                     | bovenste-luchtweginfectie      | (R74) | 10,1       |
| 2                     | acute otitis media             | (H71) | 7,9        |
| 3                     | bronchitis                     | (R78) | 4,8        |
| 4                     | virusinfectie nno <sup>1</sup> | (A77) | 2,9        |
| 5                     | wratten                        | (S03) | 2,7        |
| 6                     | vermoede darminfectie          | (D74) | 2,3        |
| 7                     | geen ziekte                    | (A97) | 2,3        |
| 8                     | acute tonsillitis              | (R76) | 2,3        |
| 9                     | eczeem                         | (S88) | 2,2        |
| 10                    | algemeen onderzoek             | (A30) | 1,6        |
| 11                    | sinusitis                      | (R75) | 1,3        |
| 12                    | niet-purulente otitis media    | (H72) | 1,3        |
| 13                    | astma                          | (R96) | 1,2        |
| 14                    | atopische dermatitis           | (S87) | 1,2        |
| 15                    | scheur- of snijwond            | (S18) | 1,2        |
| cumulatief percentage |                                |       | 45,5       |

<sup>1</sup> niet nader omschreven

Ook hier spelen attitude-verschillen van huisartsen bij het registreren een rol. Dergelijke verschillen zullen eerder tot uiting komen bij registraties die uitgevoerd worden door een groep huisartsen die diagnoses niet onderling toetst (hoofdstuk 2). Voorts valt op dat scheur- en snijwonden in Krimpen aan den IJssel frequenter aan de huisarts worden gepresenteerd, waarschijnlijk voornamelijk beïnvloed door de gevestigde gewoonte in Krimpen aan den IJssel kleine ongevallen in het gezondheidscentrum te behandelen.

### Beleid van de huisarts

De huisartsen konden in beide registraties meerdere behandelingen per probleem vermelden. In Krimpen aan den IJssel werd per contact gemiddeld 1,5 behandelingen toegepast en in de Nationale Studie waren dit gemiddeld 1,4 behandelingen. Hoe vaak een bepaalde behandeling in een contact werd verricht, staat in tabel 6.3.2.10.

**Tabel 6.3.2.10. De frequentie van de diverse behandelingen in de huisartscontacten in afgeronde percentages.**

| behandeling   | Krimpen aan den IJssel<br>(n=3.276) | Nationale Studie<br>(n=15.747) |
|---------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| geruststellen | 23                                  | 20**                           |
| voorzichten   | 38                                  | 52**                           |
| expectatief   | 18                                  | 18                             |
| ingreep       | 14                                  | 10**                           |
| medicatie     | 50                                  | 39**                           |
| dieet         | 3                                   | 2**                            |

\*\* p<0,01; chikwadraat-toets

Bij de artsen in Krimpen aan den IJssel werd bij meer contacten, te weten 50 procent, medicatie voorgeschreven. In de Nationale Studie werd frequenter 'voorlichten' als behandeling aangegeven (tabel 6.3.2.10).

Bij de analyse van de registratie in Krimpen aan den IJssel was het opgevallen dat er aanzienlijke verschillen bestonden in het aantal ingrepen naar verzekeringsvorm (tabel 5.3.2.7.). Een vergelijking met de Nationale Studie van zowel de ingrepen als de medicatie opgesplitst naar verzekeringsvorm wordt gegeven in tabel 6.3.2.11.

**Tabel 6.3.2.11. Ingrepen en medicatie naar verzekeringsvorm per 1.000 contacten en per 1.000 verzekerden.**

| behandeling<br>naar verzekeringsvorm | per 1.000 contacten |       | per 1.000 kinderen |       |
|--------------------------------------|---------------------|-------|--------------------|-------|
|                                      | ZF                  | part. | ZF                 | part. |
| <b>ingrepen</b>                      |                     |       |                    |       |
| Krimpen aan den IJssel               | 87                  | 154   | 54                 | 86    |
| Nationale Studie                     | 107                 | 119*  | 99*                | 87    |
| <b>medicatie</b>                     |                     |       |                    |       |
| Krimpen aan den IJssel               | 518                 | 512   | 323                | 285   |
| Nationale Studie                     | 445*                | 418*  | 413*               | 306   |

\*p <0,05; chikwadraat-toets (getoetst is voor het verschil tussen Krimpen aan den IJssel en de Nationale Studie)

Ook in de Nationale Studie werden verschillen gevonden in het aantal verrichte ingrepen bij patiënten in de twee verzekeringscategorieën. Evenals in Krimpen aan den IJssel werden bij particulier verzekerden per contact meer verrichtingen gedaan. Eerder bleek reeds dat in de Nationale Studie meer contacten per kind werden geregistreerd, vooral bij de ziekenfondsverzekerden (tabel 6.3.2.2.). Dit is de reden dat ook het aantal ingrepen per 1.000 kinderen werd berekend. In de Nationale Studie werden meer ingrepen per 1.000 ziekenfondsverzekerde kinderen verricht, terwijl in Krimpen aan den IJssel ook na deze berekening nog steeds meer ingrepen bij particulier verzekerde kinderen werden verricht.

De analyse van de verrichte prescripties laat zien dat in Krimpen aan den IJssel per contact frequenter medicatie werd voorgeschreven zonder duidelijk verschil tussen de verzekeringsvormen. In de Nationale Studie was er wel verschil tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden. Bij analyse per 1.000 kinderen was er in aantal prescripties alleen bij ziekenfondsverzekerden nog een verschil tussen de Nationale Studie en Krimpen aan den IJssel, waarbij nu bleek dat in de Nationale Studie meer werd voorgeschreven. In beide registraties werd aan de ziekenfondsverzekerde kinderen meer voorgeschreven dan aan de particulier verzekerde kinderen.

De meest opmerkelijke bevinding bij deze vergelijking is dat de eerdere constatering dat in Krimpen aan den IJssel meer ingrepen bij particulier verzekerde kinderen werden verricht in vergelijking met de Nationale Studie vooral verklaard wordt uit het feit dat in Krimpen aan den IJssel veel minder ingrepen bij ziekenfondsverzekerden werden uitgevoerd.

De aard van de door de huisarts gemaakte vervolgspraken in alle geregistreerde contacten is weergegeven in tabel 6.3.2.12.

De huisartsen in de Nationale Studie gaven vaker aan niets met hun patiënten te hebben afgesproken. In Krimpen aan den IJssel werd in een hoger percentage geen vervolgspraak geregistreerd, in de tabel genoteerd als onbekend.

**Tabel 6.3.2.12. De aard van de vervolgspraken in afgeronde percentages.**

| afpraak                    | Krimpen aan den IJssel<br>(n=3.276) | Nationale Studie<br>(n=15.747) |
|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| niets afgesproken/onbekend | 9/17                                | 23/4                           |
| geen controle nodig        | 12                                  | 10                             |
| terugkomen bij...          | 39                                  | 38                             |
| terugkomen                 | 17                                  | 20                             |
| verwijzing tweedelij       | 9                                   | 5                              |

### Verwijzingen naar de tweedelij

In Krimpen aan den IJssel werd in 6 procent van de contacten verwezen en in de Nationale Studie in 5 procent van de contacten. Bij analyse van het aantal verwijzingen per kind bleek echter dat gedurende de maanden waarin de registratie werd verricht in Krimpen aan den IJssel minder kinderen naar de tweedelij verwezen werden.

Van de 5.600 bij de huisartsen in Krimpen aan den IJssel ingeschreven patiënten werden er 184 (3,3 procent) verwezen waaronder 26 (0,5 procent) naar de kindergeneeskunde. Voor de Nationale Studie waren deze getallen 767 (4,5 procent) en 133 (0,9 procent) van de 16.869 kinderen. Van het totale aantal verwijzingen naar de tweedelij staat in tabel 6.3.2.13. weergegeven welke specialismen dit betrof.

**Tabel 6.3.2.13. Aandeel van de diverse specialismen bij verwijzing naar de tweedelij in afgeronde percentages.**

| specialisme            | Krimpen aan den IJssel<br>(n=184) | Nationale Studie<br>(n=767) |
|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| chirurgie              | 26                                | 23                          |
| dermatologie           | 9                                 | 7                           |
| keel-neus-oorheelkunde | 31                                | 31                          |
| kindergeneeskunde      | 14                                | 18                          |
| neurologie             | 4                                 | 2                           |
| oogheelkunde           | 9                                 | 10                          |
| orthopedie             | 4                                 | 7                           |
| overige                | 3                                 | 0                           |
| onbekend               | 0                                 | 2                           |

In de Nationale Studie betrof een iets groter deel van de verwijzingen de kindergeneeskunde, maar dit verschil is niet significant.

De verdeling over de ICPC-hoofdstukken van de diagnoses en werkhypothesen van de verwezen patiënten worden vergeleken in tabel 6.3.2.14. Deze vergelijking laat zien dat er geen significante verschillen bestaan.

De bij verwijzing aanwezige mate van zekerheid over de diagnose, die de huisarts aangaf in een vijfpuntsschaal, staat in tabel 6.3.2.15.

Bij de registratie in Krimpen aan den IJssel werd tijdens de dienst gebruik gemaakt van een formulier waarop deze vraag niet was opgenomen, deze patiënten zijn niet opgenomen in de tabel. Bij het merendeel van de verwijzingen gaf de huisarts aan zeker te zijn van de diagnose.

**Tabel 6.3.2.14. Diagnosen/werkhypothesen bij verwijzing in afgeronde percentages.**

| ICPC-hoofdstuk                    | Krimpen aan den IJssel<br>(n=184) | Nationale Studie<br>(n=767) |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| A algemeen en niet gespecificeerd | 9                                 | 6                           |
| B bloed en bloedvormende organen  | 1                                 | 1                           |
| D tractus digestivus              | 8                                 | 8                           |
| F oog                             | 9                                 | 8                           |
| H oor                             | 20                                | 17                          |
| K tractus circulatorius           | 0                                 | 1                           |
| L bewegingsapparaat               | 12                                | 17                          |
| N zenuwstelsel                    | 3                                 | 2                           |
| P psychische stoornissen          | 0                                 | 3                           |
| R tractus respiratorius           | 12                                | 15                          |
| S huid                            | 14                                | 12                          |
| T endocrien, metabool en voeding  | 2                                 | 3                           |
| U urinewegen                      | 2                                 | 1                           |
| Y mannelijk genitaal              | 6                                 | 4                           |
| overige                           | 2                                 | 2                           |

**Tabel 6.3.2.15. Zekerheid omtrent de diagnose bij verwijzing naar de tweedelijin in afgeronde percentages.**

| zekerheid diagnose | Krimpen aan den IJssel<br>(n=167) <sup>1</sup> | Nationale Studie<br>(n=767) |
|--------------------|--|-----------------------------|
| zeker              | 69   | 76                          |
| ◇                  | 10   | 12                          |
| onzeker            | 10   | 8                           |
| onbekend           | 10   | 4                           |

<sup>1</sup> Dit betreft alleen contacten geregistreerd op formulier 1.

### Verwijzingen naar kindergeneeskunde

De vergelijking van de verwijzingen naar de kindergeneeskunde in beide populaties dient, vanwege het kleine aantal verwijzingen in de Krimpense registratie, met de nodige omzichtigheid te gebeuren. Volledigheidshalve wordt de morbiditeit van de naar de kinderarts verwezen patiënten samengevat in tabel 6.3.2.16. Conclusies zijn gezien de grote diversiteit in problemen aan een vergelijking niet te verbinden.

Door tabel 6.3.2.14. en 6.3.2.16. te vergelijken, wordt duidelijk dat patiënten met een probleem geregistreerd in de ICPC-hoofdstukken 'oor' (H) en 'huid' (S), hoewel meestal verwezen naar andere specialisten, door de huisartsen in Krimpen aan den IJssel relatief vaker naar de kinderarts werden verwezen dan door de huisartsen in de Nationale Studie.

Wel was het mogelijk het doel van de verwijzing en de ervaren invloed van de ouders op de verwijzing in beide studies te vergelijken. Tabel 6.3.2.17. laat zien dat het doel van de verwijzing in beide studies grote overeenkomst toont.

**Tabel 6.3.2.16. De diagnose/werkhypothese bij verwijzing naar de kinderarts in afgeronde percentages.**

| ICPC-hoofdstuk                    | Krimpen aan den IJssel<br>(n=26) | Nationale Studie<br>(n=133) |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| A algemeen en niet gespecificeerd | 19                               | 23                          |
| B bloed en bloedvormende organen  | 4                                | 4                           |
| D tractus digestivus              | 8                                | 14                          |
| F oog                             | 0                                | 1                           |
| H oor                             | 8                                | 1                           |
| K tractus circulatorius           | 4                                | 3                           |
| L bewegingsapparaat               | 0                                | 5                           |
| N zenuwstelsel                    | 4                                | 8                           |
| P psychische stoornissen          | 0                                | 4                           |
| R tractus respiratorius           | 15                               | 16                          |
| S huid                            | 11                               | 1                           |
| T endocrien, metabool en voeding  | 15                               | 13                          |
| U urinewegen                      | 8                                | 2                           |
| X vrouwelijk genitaal             | 0                                | 0                           |
| Y mannelijk genitaal              | 4                                | 3                           |
| Z sociale problemen               | 0                                | 2                           |

**Tabel 6.3.2.17. Het doel van de verwijzing naar de kindergeneeskunde in afgeronde percentages.**

| doel van de verwijzing     | Krimpen aan den IJssel<br>(n=26) | Nationale Studie<br>(n=133) |
|----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| diagnostiek                | 19                               | 17                          |
| behandeling                | 11                               | 14                          |
| diagnostiek en behandeling | 62                               | 60                          |
| geruststelling             | 8                                | 8                           |
| niet ingevuld/onbekend     | -                                | 1                           |

**Tabel 6.3.2.18. Initiatief tot verwijzing naar de kindergeneeskunde in afgeronde percentages.**

| initiatief tot verwijzing | Krimpen aan den IJssel<br>(n=26) | Nationale Studie<br>(n=133) |
|---------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| huisarts                  | 70                               | 68                          |
| ◇                         | 11                               | 17                          |
| ouders                    | 11                               | 11                          |
| overige                   | -                                | 3                           |
| niet ingevuld             | 8                                | 1                           |

Bij beide populaties gaven de huisartsen aan in het merendeel van de verwijzingen zelf het initiatief daartoe te nemen. Beide groepen huisartsen ervoeren een opwaartse druk van de ouders bij 11 procent van de verwijzingen (tabel 6.3.2.18.).

Er was geen verschil in gepercipieerde zekerheid van de huisarts ten aanzien van de diagnose bij verwijzing naar de kinderarts in beide studies. De Krimpense huisartsen waren evenals de huisartsen in de Nationale Studie bij verwijzing naar de kinderarts in 61 procent zeker van hun diagnose.

## 6.4. Beschouwing

De eerste vraagstelling in dit hoofdstuk betrof het feit in hoeverre door de huisartsen in Krimpen een betrouwbare registratie, met name ten aanzien van de volledigheid, was uitgevoerd.

Het verschil tussen de praktijken voor wat betreft het aantal geregistreerde contacten per praktijk in de onderzoekpopulatie bleek niet significant anders te zijn dan de verschillen in aantal geregistreerde contacten per praktijk in de Nationale Studie. De laatstgenoemde studie toonde wel een grotere variatiebreedte van het aantal geregistreerde contacten. Dit geeft aan dat in Krimpen aan den IJssel de praktijken onderling minder verschillen, hetwelk ook wel te verwachten was. Het geeft echter ook aan dat het verschil tussen de praktijken in Krimpen aan den IJssel, wat betreft het aantal geregistreerde contacten niet zonder meer betekent dat er in enkele praktijken minder betrouwbaar geregistreerd werd.

Wel werden, als de gegevens van alle praktijken samengenomen worden, in Krimpen aan den IJssel per 1.000 patiënten minder contacten geregistreerd dan in de Nationale Studie. Uit de literatuur is bekend dat een aantal patiënt- en praktijkfactoren, te weten leeftijd, sociaal-economische status, verzekeringsvorm, urbanisatiegraad en afstand tot ziekenhuis, van invloed is op de mate waarin de patiënten hun huisarts bezoeken (Van der Brekel 1984; Van Vliet 1988). Voor praktijkvariabelen bleek het niet mogelijk te corrigeren. Wel is onderzocht of de samenstelling van de populatie een verklaring vormt. In Krimpen aan den IJssel woonden meer tieners en waren meer kinderen particulier verzekerd. Voor deze patiëntvariabelen kon gecorrigeerd worden, maar dit is geen volledige verklaring voor het lagere aantal contacten per 1.000 kinderen in Krimpen aan den IJssel. Mogelijk bezocht de onderzochte populatie daadwerkelijk de huisarts minder, maar er kan ook sprake zijn geweest van onderrapportage in alle praktijken.

De tweede vraagstelling betrof in hoeverre de gegevens betreffende Krimpen aan den IJssel overeenkomen met die van de Nationale Studie.

Al genoemd werd dat er in Krimpen aan den IJssel minder contacten per 1.000 kinderen werden geregistreerd. De gepresenteerde morbiditeit toonde verschillen met de Nationale Studie, maar met inachtneming van de leeftijdsopbouw van de bevolking was er meer overeenstemming wat betreft gepresenteerde problematiek. Het beleid van de huisarts toonde een aantal verschillen, met name ten aanzien van het verrichten van ingrepen en het voorschrijven van medicatie, die zeker niet volledig verklaard konden worden door verschillen in aantal contacten per patiënt en verzekeringsvorm. Het is mogelijk dat hierbij praktijkfactoren, welke niet nader bestudeerd konden worden in vergelijking met de Nationale Studie, een belangrijke verklaring zijn.

Het aantal verwijzingen naar de tweedelijng gerelateerd aan het huisartsbezoek kwam in beide registraties overeen alsook de verdeling over de diverse specialismen en de verwezen morbiditeit. Op basis van de vóór de aanvang van het onderzoek bestudeerde gegevens over verwijzingen werd een groter aantal verwijzingen naar de tweedelijng met name ook naar de kindergeneeskunde verwacht dan uiteindelijk in Krimpen aan den IJssel werd geregistreerd. De vergelijking met de Nationale Studie laat zien dat meer kinderen uit de populatie naar de tweedelijng en de naar

kinderarts werden verwezen (4,5 en 0,9 procent) ten opzichte van onze onderzoekpopulatie (3,3 en 0,5 procent). De verschillen in leeftijdsopbouw van de onderzochte populaties vormen hiervoor een goede verklaring.

Aspecten rond de verwijzing die bij de interpretatie van de implicaties van de gegevens betreffende de in Krimpen aan den IJssel uitgevoerde interventiestudies van belang zijn werden eveneens vergeleken. Hierbij werd een grote overeenstemming tussen beide studies gevonden voor: de zekerheid omtrent de diagnose bij verwijzing, het doel van de verwijzing en de mate waarin door de huisarts invloed van de ouders op de verwijzing wordt ervaren.

De bovengenoemde bevindingen laten zien dat Krimpen aan den IJssel niet overeenkomt met 'gemiddeld Nederland'. De leeftijdsopbouw van de onderzoekpopulatie is zoals eerder gezegd verschillend alsook de sociaal economische opbouw van de gemeente, zoals weerspiegeld in het hoge aantal particulier verzekerden in deze populatie. Daarnaast heeft ook de wijze waarop de huisartspraktijk wordt uitgeoefend in Krimpen aan den IJssel, namelijk in een gezondheidscentrum met groepspraktijken, een belangrijke invloed evenals de regionale en geografisch bepaalde aspecten. De gegevens laten echter ook zien dat er voor een aantal aspecten van praktijkvoering, met name degene die de relatie met de tweedelijns betreffen geen grote verschillen bestaan met de gegevens van de Nationale Studie.

Op grond hiervan kan worden gezegd dat de onderzochte populatie voldoende betrouwbare gegevens heeft opgeleverd met betrekking tot de interactie van de huisarts met de specialist. Het resultaat van de daar geïmplementeerde interventies heeft derhalve ook, uiteraard met de nodige zorgvuldigheid, implicaties voor de algemene situatie.



# 7. Mogelijke beïnvloeding van huisarts en kinderarts door het registreren

## 7.1. Inleiding

Het is bekend dat het doen van een onderzoek naar handelwijzen het gedrag van de onderzochten kan beïnvloeden doordat men zich geobserveerd weet. Men noemt een dergelijk fenomeen het Hawthorne-effect (Roethlisberger en Dickson 1939) of attentie-bias (Sackett 1979). Het inventariserende onderzoek zou derhalve het gedrag van huisartsen in Krimpen aan den IJssel en kinderartsen in het Sophia Kinderziekenhuis beïnvloed kunnen hebben. Men wordt zich zijn eigen handelen immers meer bewust door het steeds volgens een vast patroon te noteren. De mogelijkheden om dit nader te onderzoeken waren beperkt tot datgene wat uit de voorgaande jaren beschikbaar was. Van uit het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS) konden getalsmatige gegevens betreffende consulten op de poliklinieken kindergeneeskunde worden verkregen en was het mogelijk nieuw verwezen patiënten te identificeren. Door middel van statusonderzoek in het Sophia Kinderziekenhuis konden gegevens betreffende de communicatie rond de verwijzing, inclusief de verwijfsbrief van de huisarts, alsmede de correspondentie van de kinderarts aan de huisarts worden geanalyseerd.

De vraagstelling of het gedrag van huisarts en kinderarts beïnvloed werd door het uitvoeren van de registratie, is geoperationaliseerd door een aantal parameters te onderzoeken waarin een veranderd gedrag tot uiting zou kunnen komen.

De vragen bij dit deelonderzoek zijn:

Is in de periode waarin geregistreerd werd vergeleken met de periode waarin dit niet het geval was:

- het aantal verwijzingen van de huisarts naar de kinderarts veranderd?
- de communicatie van de huisarts met de kinderarts gewijzigd, waaronder de inhoud van de verwijfsbrieven?
- de schriftelijke communicatie van de kinderarts met de huisarts gewijzigd?

## 7.2. Methode

Er werd een aantal vergelijkingen gemaakt bij de nieuwe patiënten in de registratieperiode van februari tot en met juli 1988 en de nieuwe patiënten in de overeenkomstige periode van 1987 toen geen registratie werd uitgevoerd.

Om de nieuwe patiënten in 1987 te selecteren, moest gebruik worden gemaakt van gegevens van het ZIS waar nieuwe patiënten code '1' krijgen. Voor een optimale vergelijking werd besloten voor dit deel van het onderzoek ook de nieuwe patiënten in 1988 op deze manier te definiëren, dus niet conform de wijze waarop dit met behulp van de registratieformulieren werd gedaan. Alle verdere gegevens over beide onderzoekperioden werden verzameld door middel van statusonderzoek. Hierdoor ontstonden geringe verschillen met de gegevens verkregen met behulp van de registratieformulieren.

Onderzocht werd een aantal parameters, waarin de mogelijke beïnvloeding van huisartsen en kinderartsen tot uiting kon komen.

Het aantal verwijzingen en diverse aspecten rond de verwijzing, zoals de communicatie en de inhoud van de verwijsbrieven werden onderzocht als parameters voor de handelwijze van de huisarts. Voor de analyse van de verwijsbrieven van de huisarts werd gebruikgemaakt van de criteria zoals opgesteld door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG 1989). Bovendien werd onderzocht of de huisarts aan de specialist liet weten wat reeds met de ouders besproken was, omdat dit van groot belang wordt geacht voor de afstemming van zorg (Kersten 1991).

De accuratesse bij het afhandelen en de inhoud van de correspondentie werden gekozen als maatstaf voor de mogelijke beïnvloeding van de kinderarts. Er zijn geen officiële eisen waaraan de specialistenbrief moet voldoen, maar wel algemeen door de beroepsgroep geaccepteerde criteria. Voor de kinderarts formuleerde Hengeveld al in 1975 richtlijnen. De meeste geformuleerde algemene criteria voor specialistenbrieven betreffen de ontslagbrief na een ziekenhuisopname (Meyboom en Casparie 1980; Hageman et al. 1984). Meer recent werd onderzoek verricht naar de eisen die kunnen worden gesteld aan de berichtgeving bij poliklinische behandeling. De huisartsen preferen een korte zakelijke brief waarin het probleem waarvoor verwezen werd helder naar voren komt en hun vraag wordt beantwoord. Tevens waarderen zij uniformiteit en snelheid in de berichtgeving (Verhage-Spliet en Eggink 1990; Verhage-Spliet en Kersten 1990; Verhage-Spliet et al. 1993). Hierbij wordt uitgegaan van berichtgeving bij afsluiting van de poliklinische begeleiding. Over de vraag op welk tijdstip poliklinische tussenberichten aan de huisarts verzonden dienen te worden bij langdurige poliklinische begeleiding is geen eenduidig advies in de literatuur te vinden.

Bij dit evaluatie-onderzoek werd uitgegaan van de veronderstelling dat de specialist de huisarts bericht als de eerste poliklinische evaluatie is afgerond, ook indien de patiënt nog onder controle blijft. Dit zal veelal na het tweede consult het geval zijn. Berekend werd de gemiddelde tijdsduur tussen het eerste bezoek aan het ziekenhuis en de datum van de brief aan de huisarts en het aantal verrichte consulten in die tijd als ook binnen hoeveel tijd over welk deel van de nieuwe patiënten de correspondentie was afgehandeld.

Bij deze analyse werden de patiënten die gezien werden op de acute polikliniek en patiënten beoordeeld als intercollegiaal consult uitgezonderd, omdat bij acuut beoordeelde patiënten meestal een beknopt voorlopig bericht wordt verzonden en bij de intercollegiale consulten de bevindingen aan de consultvragende collega worden gerapporteerd.

### 7.3. Resultaten

In 1987 en 1988 werden van 1 februari tot en met 31 juli respectievelijk 43 en 48 nieuwe patiënten uit Krimpen aan den IJssel op de polikliniek van het Sophia Kinderziekenhuis gezien. Het verschillende aantal nieuwe patiënten in 1988 volgens de registratieformulieren (49) en bij deze analyse wordt verklaard door de andere methode van selectie van nieuwe patiënten, zoals boven beschreven. Tabel 7.3.1. laat de verdeling over de poliklinieken algemene kindergeneeskunde en subspecialismen zien. In beide jaren werden de meeste kinderen verwezen naar de polikliniek algemene kindergeneeskunde. Verwijzingen naar de subspecialistische poliklinieken betroffen kleine aantallen; de variatie is derhalve niet te beoordelen.

Tabel 7.3.2. geeft aan wie de verwijzers waren. Ook hier tonen beide jaren geen verschillen.

In de status werd nagegaan hoe de communicatie tussen huisarts en specialist was verlopen ten tijde van de verwijzing. Hierbij is niet uit te sluiten dat gegevens over een telefonisch overleg of bijvoorbeeld een verwijsbrief verloren zijn gegaan.

In tabel 7.3.3. is de communicatie rond de verwijzing aangegeven.

In 1988 werd - in tegenstelling tot het jaar daarvoor - over een aantal kinderen waarover telefonisch overleg was geweest, tevens een brief geschreven.

**Tabel 7.3.1. Nieuwe patiënten (code '1' ZIS) gedurende zes maanden in 1987 en 1988.**

|                            | 1987<br>(n=43) | 1988<br>(n=48) |
|----------------------------|----------------|----------------|
| algemene kindergeneeskunde | 36             | 41             |
| subspecialismen:           |                |                |
| cardiologie                | 1              | 0              |
| endocrinologie/diabetes    | 5              | 2              |
| gastroënterologie          | 0              | 1              |
| nefrologie                 | 1              | 0              |
| neonatologie               | 1              | 1              |
| pulmonologie               | 1              | 2              |
| reumatologie               | 1              | 1              |

**Tabel 7.3.2. Verwijzers nieuwe patiënten 1987-1988.**

| verwijzers | 1987<br>(n=43) | 1988<br>(n=48) |
|------------|----------------|----------------|
| huisarts   | 31             | 31             |
| anderen    | 6              | 7              |
| ouders     | 6              | 10             |

**Tabel 7.3.3. Communicatie bij door de huisarts verwezen patiënten.**

|                           | 1987<br>(n=31) | 1988<br>(n=31) |
|---------------------------|----------------|----------------|
| brief en telefoon         | 0              | 5              |
| alleen brief              | 27             | 21             |
| alleen telefoon           | 3              | 3              |
| geen brief, geen telefoon | 1              | 2              |

### Inhoud van de verwijfsbrieven

Tabel 7.3.4. laat zien in hoeverre de brieven voldeden aan de criteria van het Nederlands Huisartsen Genootschap en in hoeverre de huisarts aan de specialist liet weten wat hij met de ouders besproken had.

Er bleken geen verschillen tussen de verwijfsbrieven in de periode dat geen registratie werd uitgevoerd (1987) en de brieven die ten tijde van de registratie werden geschreven (1988).

Persoons- en anamnestiche gegevens werden in vrijwel alle brieven vermeld, maar verdere data waren spaarzamer, in het bijzonder valt op dat de bevindingen bij lichamelijk onderzoek en een vermelding van diagnose of werkhypothese frequent ontbraken. Het doel van de verwijzing werd veelal vermeld, maar een concrete vraagstelling of een beperkende factor voor de specialist werd meestal niet aangegeven. Hoewel vaak niet concreet vermeld stond wat aan de ouders is medegedeeld, bleek dit wel uit de brief en slechts bij een klein aantal patiënten zou een verduidelijking in dit opzicht wenselijk zijn geweest ter verbetering van de afstemming van zorg.

Tabel 7.3.4. Inhoud verwijsbrieven huisarts.

|                                      | 1987<br>(n=27) | 1988<br>(n=26) |
|--------------------------------------|----------------|----------------|
| <b>persoonsgegevens</b>              |                |                |
| naam                                 | 27             | 25             |
| adres                                | 19             | 21             |
| geboortedatum                        | 23             | 24             |
| <b>anamnese</b>                      |                |                |
| klacht van de patiënt                | 25             | 25             |
| duur van de klacht                   | 14             | 19             |
| verloop van de klacht                | 14             | 17             |
| <b>lichamelijk onderzoek</b>         |                |                |
| lichamelijk onderzoek                | 9              | 12             |
| algemene indruk                      | 1              | 7              |
| <b>gegevens buiten de klacht</b>     |                |                |
| vroegere ziekten/operaties           | 8              | 8              |
| andere ziekte(n)                     | 8              | 8              |
| familie-anamnese                     | 6              | 5              |
| sociale/psychische anamnese          | 6              | 6              |
| allergie (voor medicijnen)           | 0              | 4              |
| <b>diagnostiek</b>                   |                |                |
| röntgenonderzoek                     | 1              | 1              |
| laboratoriumonderzoek                | 4              | 4              |
| <b>diagnose</b>                      |                |                |
| diagnose, die concreet vermeld wordt | 7              | 4              |
| diagnose, die vragend wordt gesteld  | 7              | 10             |
| geen diagnose, opengelaten           | 13             | 12             |
| <b>therapie</b>                      |                |                |
| reeds ingestelde therapie            | 5              | 7              |
| <b>doel van de verwijzing</b>        |                |                |
| diagnose                             | 6              | 7              |
| therapie                             | 2              | 1              |
| beide                                | 18             | 16             |
| geruststelling                       | 1              | 2              |
| <b>vraagstelling</b>                 |                |                |
| concrete vraagstelling               | 5              | 9              |
| beperkende factoren voor specialist  | 0              | 1              |
| <b>wat de ouders is verteld</b>      |                |                |
| ja                                   | 2              | 1              |
| nee, maar tussen de regels wel       | 11             | 9              |
| nee, maar niet noodzakelijk          | 8              | 13             |
| nee, maar wel wenselijk              | 6              | 3              |

## Correspondentie van de kinderarts

In totaal werden over beide jaren 35 brieven betreffende nieuwe patiënten op inhoud en accuratesse beoordeeld. In 1987 betrof het driemaal een klinische ontslagbrief en in 1988 tweemaal. De overige correspondentie betrof poliklinische consulten. Niet geanalyseerd werden brieven over patiënten gezien op de acute polikliniek (respectievelijk 3 en 8) en patiënten beoordeeld als intercollegiaal consult (respectievelijk 2 en 3). Betreffende drie patiënten gezien in 1987 en twee patiënten gezien in 1988 werd geen brief door de specialist geschreven.

De gemiddelde tijdsduur tussen het eerste bezoek aan de polikliniek en de datum van de brief aan de huisarts bleek in 1987 en 1988, respectievelijk 64,6 en 64,3 dagen. In beide jaren werd na 2,1 consulten bericht verzonden.

In tabel 7.3.5. is aangegeven na welk interval over welk deel van de nieuwe patiënten een brief werd geschreven.

**Tabel 7.3.5. Verstreken tijdsduur voor afhandeling correspondentie (aantal en cumulatieve percentages).**

|                  | 1987   |       | 1988   |       |
|------------------|--------|-------|--------|-------|
|                  | (n=35) | cum.% | (n=35) | cum.% |
| <2 weken         | 3      | 9     | 3      | 9     |
| 2 weken-1 maand  | 11     | 40    | 7      | 29    |
| 1-2 maanden      | 8      | 63    | 13     | 66    |
| 2-3 maanden      | 5      | 77    | 6      | 83    |
| 3-6 maanden      | 7      | 97    | 4      | 94    |
| 6 maanden-1 jaar | 1      | 100   | 2      | 100   |

Het blijkt dat er tussen de onderzochte jaren wel enige verschillen waarneembaar waren. Grote verschillen tussen de onderzochte jaren zijn er echter niet. In 1987 werd een deel van de correspondentie vlotter afgewerkt, maar na drie maanden was in 1987 betreffende 77 procent en in 1988 betreffende 83 procent van de patiënten bericht aan de huisarts verzonden.

De resultaten van de inhoudsanalyse van de specialisten brieven zijn weergegeven in tabel 7.3.6. (blz. 102).

Wat betreft het verslag van de pediatrische evaluatie, anamnese, lichamelijk onderzoek, aanvullende diagnostiek en het formuleren van een diagnose waren de brieven volledig. Minder aandacht kregen de volgende aspecten: het noemen van de verwijzer, het duidelijk aangeven van wat met de ouders besproken werd en een duidelijk ingaan op de probleemstelling van de huisarts. Er zijn geen opvallende verschillen tussen beide jaren.

## 7.4. Beschouwing

De eerste vraagstelling van dit hoofdstuk betrof de vraag of de huisartsen door de registratie beïnvloed werden in hun verwijsgedrag. Met name was de vraag of zij minder kinderen verwezen hadden naar de kinderarts, gezien het feit dat er minder nieuwe verwijzingen werden geregistreerd in 1988 dan verwacht werd op basis van de gegevens uit 1985 en 1986 die bij het opzetten van het onderzoek beschikbaar waren (tabel 4.3.2.). Het aantal verwijzingen uit de onderzoekpopulatie ten tijde van het onderzoek bleek echter in het vergelijkbare seizoen overeen te stemmen met het jaar voorafgaande aan de registratie.

**Tabel 7.3.6. Inhoud specialistenbrieven.**

|  | 1987<br>(n=35) | 1988<br>(n=35) |
|--|----------------|----------------|
| <b>persoonsgegevens</b>                    |                |                |
| naam van patiënt                           | 35             | 35             |
| adres                                      | 35             | 35             |
| geboortedatum                              | 35             | 35             |
| <b>anamnese</b>                            |                |                |
| klacht van de patiënt                      | 33             | 32             |
| duur van de klacht                         | 27             | 27             |
| beloop van de klacht                       | 27             | 28             |
| vroegere ziekten en/of operaties           | 15             | 20             |
| andere ziekten                             | 16             | 21             |
| welke medicijnen gebruikt de patiënt       | 8              | 17             |
| familie-anamnese                           | 17             | 18             |
| sociale of psychische factoren             | 15             | 10             |
| <b>lichamelijk onderzoek</b>               |                |                |
| lichamelijk onderzoek                      | 33             | 34             |
| algemene indruk                            | 31             | 33             |
| <b>andere onderzoekgegevens</b>            |                |                |
| röntgenonderzoek                           | 16             | 21             |
| laboratoriumonderzoek                      | 20             | 28             |
| andere soorten onderzoek                   | 6              | 12             |
| consulten naar andere specialismen         | 2              | 13             |
| <b>diagnose</b>                            |                |                |
| diagnose concreet                          | 24             | 26             |
| diagnose beschreven als probleemstelling   | 9              | 8              |
| <b>therapie</b>                            |                |                |
| welke therapie heeft de patiënt gekregen?  | 16             | 18             |
| <b>beleid en beloop</b>                    |                |                |
| beleid bij deze patiënt                    | 33             | 32             |
| motivatie uit het beloop duidelijk?        | 28             | 28             |
| complicaties vermeld van deze ziekte?      | 7              | 4              |
| wat is er aan de patiënt/familie verteld?  | 27             | 23             |
| initiële vraag van de huisarts beantwoord? | 21             | 23             |
| verwijzer genoemd in de brief?             | 14             | 16             |

De tweede en derde vraagstellingen betroffen de schriftelijke communicatie tussen huisarts en kinderarts. De wijze waarop de huisarts ten tijde van de verwijzing de informatie overdroeg aan de specialist liet geen grote verschillen zien, wel werd in 1988 iets frequenter telefonisch overleg gepleegd. De vergelijking van de verwijsbrieven geschreven in beide jaren laat zien dat de inhoud nauwelijks is gewijzigd. Er zijn kleine verschillen te zien in de wijze waarop de diagnose werd geformuleerd en in 1988 werd het lichamelijk onderzoek in de verwijsbrief duidelijker beschreven. Voorts formuleerde de huisarts in 1988 iets vaker een concrete vraagstelling. Dit

laatste wordt van belang geacht, indien de huisarts het beleid in de tweedelij n wil beïnvloeden (Kersten 1991). De verschillen tussen beide jaren zijn echter niet significant.

Uit dit onderzoek bleek dat de kinderarts gemiddeld na twee maanden een brief schreef betreffende een nieuw-verwezen patiënt. Dit gebeurde gemiddeld na twee consulten. Wanneer geanalyseerd werd na hoeveel tijd over welk deel van de nieuwe patiënten een brief was geschreven, bleek dit twee maanden na het eerste polikliniekbezoek bij ongeveer 60 procent van hen het geval te zijn en na drie maanden, hetwelk een ruime tijdlimiet lijkt, bij ongeveer viervijfde. Hoewel het correct lijkt dat gemiddeld na twee consulten een brief aan de huisarts wordt geschreven met het eerste resultaat van de poliklinische evaluatie verstreek er bij veel patiënten toch geruime tijd voordat de huisarts op deze wijze over de patiënt geïnformeerd werd. Er waren geen opmerkelijke verschillen tussen de onderzochte perioden.

Bij de beoordeling van de inhoud van de brieven van de kinderarts bleek dat juist de aspecten die voor de communicatie tussen huisarts en specialist van belang zijn weinig aandacht te krijgen; te weten het noemen van de verwijzer, het duidelijk aangeven van wat met de ouders besproken werd en een duidelijk ingaan op de probleemstelling van de huisarts, (Verhage-Spliet en Eggink 1990; Verhage-Spliet et al. 1993). De brieven waren kwalitatief goed, maar voor het werk van de huisarts relevante informatie ontbrak soms. Ook met betrekking tot deze aspecten waren er geen opvallende verschillen tussen beide jaren.

Het effect van het inventariserend onderzoek op het gedrag van de participerende artsen kon slechts op een beperkt aantal aspecten worden onderzocht. Het betrof echter wel aspecten die als indicatoren voor de kwaliteit van de samenwerking en de communicatie tussen eerste- en tweedelij n worden beschouwd. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat het inventariserend onderzoek de huisartsen en de kinderartsen niet in belangrijke mate heeft beïnvloed, zodat de gegevens uit de parallelregistratie de actuele situatie voor het implementeren interventies goed weergeeft.





## 8. Analyse van de zorgverlening door huisarts en kinderarts en knelpunten in de samenwerking

### 8.1. De zorgverlening

Door middel van de parallelregistratie in combinatie met dossieronderzoek, uitgevoerd in de huisartspraktijken in het gezondheidscentrum te Krimpen aan den IJssel en op de poliklinieken kindergeneeskunde van het Sophia Kinderziekenhuis, werd een vrijwel volledig inzicht verkregen in de zorgverlening voor kinderen door huisarts en kinderarts.

#### Huisarts

De huisarts neemt een belangrijke plaats in. Hij ziet veel kinderen uit zijn praktijkpopulatie. In de vier maanden durende registratie had 37 procent van de kinderen contact met de huisarts; de jongere kinderen wat frequenter dan de oudere. Dit kan vergeleken worden met de frequentie gevonden in andere studies. Uit gegevens van de Nationale Studie bleek dat 42 procent van alle kinderen in drie maanden tenminste eenmaal contact had met de huisarts (Bruijnzeels et al. 1990). Uit het prospectieve onderzoek verricht gedurende de eerste twee levensjaren bij een aselect cohort kinderen op consultatiebureaus (SMOCK) bleek dat in de eerste twee levensjaren respectievelijk 86,6 en 81,1 procent van alle kinderen contact had met de huisarts (Herngreen en Reerink 1993).

De aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit was zeer divers. Het omvatte een groot aantal probleemgebieden, zowel somatisch als psychosociaal. Deze bevinding komt overeen met de gegevens van het Monitoring-project, de Continue Morbiditeits Registratie van het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut en de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (Lamberts 1984; Van den Hoogen et al. 1985; Bruijnzeels et al. 1993).

In 94,5 procent van de contacten werden de gepresenteerde problemen door de huisarts zelfstandig afgehandeld. Dit is vergelijkbaar met het aantal gevonden in de Nationale Studie, namelijk 90 procent van alle episoden (Bruijnzeels et al. 1993).

Gedurende vier maanden werd 3,3 procent van de onderzoekpopulatie verwezen naar de tweede lijn. Van de 0-jarigen werd 6,7 procent verwezen, in de leeftijdscategorieën 1-4, 5-9 en 10-14 was dit respectievelijk 4,8 4,1 en 1,6 procent. Verwijzingen naar de kinderarts betroffen vooral de jongere leeftijdsgroep. Bij de 0-jarige was dit 2,8 procent. De duidelijke verschillen voor de diverse leeftijdsgroepen wat betreft aantal verwijzingen en het specialisme waarnaar verwezen wordt, werden ook gezien in de Continue Morbiditeits Registratie (Van den Bosch et al. 1992).

Ongeveer een kwart van de verwijzingen naar de kindergeneeskunde betrof acute problemen, zoals ook bekend is uit ander onderzoek (Van Gool en De Groot 1991). De huisarts was omtrent de diagnose van kinderen die hij verwees naar de kinderarts minder zeker dan bij de verwijzing naar andere specialismen, 61 versus 69 procent.

Vergelijking van de aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk en de morbiditeit van de door de huisarts naar de kinderarts verwezen patiënten liet zien dat problemen in de hoofdstukken 'algemeen en niet gespecificeerd'(A), 'tractus respiratorius'(R) en 'huid'(S) zowel frequent door de huisarts werden gezien als verwezen. Problemen betreffende 'endocrien, metabool en voeding'(T), voor de kinderleeftijd onder andere groeiproblemen, zag de huisarts zelden op zijn spreekuur, maar maakten een belangrijk deel uit van alle verwijzingen. Bij problemen betref-

fende het 'bewegingsapparaat' (L) werd het tegenovergestelde geconstateerd. Er is dus zeker sprake van een zeeffunctie van de huisarts bij verwijzingen, waarbij de aard van de gepresenteerde problemen, maar ook de expertise en ervaring van de huisarts ten aanzien van een bepaald probleem een rol spelen. De ernst van de problemen is ook van belang bij verwijzingen, zoals bleek uit de Continue Morbiditeits Registratie (Van den Bosch 1992). Dit werd echter in deze registratie niet vastgelegd.

## Kinderarts

De evaluatie van de neonatale zorgverlening toonde aan dat 17 procent van de nieuwgeborenen onder behandeling kwam van de kinderarts, dit was gedurende de onderzoeksperiode van een half jaar 0,4 procent van de totale populatie.

Ruim de helft van deze kinderen (15/24) werd alleen routinematige gecontroleerd of in medebehandeling gezien tijdens de opname van de moeder, maar voor negen van hen was een opname op een kindergeneeskundige afdeling, waarbij éénmaal intensieve neonatale zorg, noodzakelijk. Meestal behoeften deze kinderen na de opname geen langdurige kindergeneeskundige begeleiding.

Gedurende het een half jaar durende inventariserende onderzoek bleek dat 2,7 procent van alle kinderen uit de onderzoekpopulatie onder behandeling was bij een kinderarts.

Van de patiënten die met een nieuw probleem ter beoordeling op de polikliniek kwamen werd 56 procent na een kortdurende begeleiding terugverwezen naar de huisarts. Een deel van deze kinderen kwam opnieuw onder behandeling van de kinderarts. Dit bleek ook uit een onderzoek verricht onder kinderen die met een nieuw probleem voor beoordeling op korte termijn de polikliniek kindergeneeskunde in het Sophia Kinderziekenhuis bezochten. Vijftig procent van deze kinderen was al eerder in het kinderziekenhuis onder behandeling geweest (De Beer-Buijs 1992). Dit is tevens gebleken uit de vervolgregistratie op de poliklinieken kindergeneeskunde verricht in 1989-1990 (bijlage 11.1.1.-3.).

Een deel van de kinderen bleef langdurig onder behandeling van de kinderarts. Uit de registratie bleek dat de kinderarts bij 77 procent van de kinderen die al langer dan zes maanden onder behandeling waren, verwachtte dat zij langdurig onder controle zullen blijven (tabel 5.6.1.3.). Het is hiermee aannemelijk dat een aanzienlijk aantal kinderen uit een populatie op enig moment bij de kinderarts onder behandeling komt. Het bleek niet mogelijk met de gegevens uit dit onderzoek een cumulatieve incidentie van verwijzing naar de kinderarts tot het 14de levensjaar te berekenen op basis van de aantallen nieuwe verwijzingen. Dit is ook met gegevens van anderen niet mogelijk gebleken. Wel blijkt uit gegevens van het SMOCK-onderzoek dat in de eerste twee levensjaren 37 procent van alle kinderen naar de kinderarts wordt verwezen (Herngreen en Reerink 1993).

Van de werkzaamheden van de kinderarts maakt de zorg verleend in de neonatale periode een belangrijk deel uit. In dit onderzoek betrof het een derde (24/73) van alle nieuwe patiënten die uit de betreffende populatie onder pediatrische zorg kwamen. Hoewel het ten dele eenvoudige routinematige controles betrof, bleek het anderzijds een belangrijk deel van de totale klinische zorg verleend door de kinderarts, te weten negen van de twintig opnamen in de registratieperiode. De pasgeborenen werden niet verwezen door de huisarts, maar door de gynaecoloog of de verloskundige.

De overige patiënten die met een nieuw probleem onder zorg van de kinderarts kwamen (49/73), werden voornamelijk poliklinisch beoordeeld en begeleid. Tien procent van de patiënten werd in aansluiting aan de eerste beoordeling opgenomen. De overige opnamen betroffen kinderen die al langer onder behandeling waren. Het grootste deel van de nieuwe patiënten op de polikliniek, namelijk 71 procent, kwam na verwijzing door de huisarts. Nieuwe patiënten verwezen door andere zorgverleners en patiënten die op eigen initiatief kwamen maakten respectievelijk 13 en 16 procent uit van de nieuwe patiënten op de polikliniek.

Geconcludeerd kan worden dat de invloed van de huisarts op de voor de kinderarts belangrijke (klinische) werkzaamheden betreffende patiënten in de neonatale periode nihil is. Echter patiënten die door de huisarts verwezen worden naar de polikliniek zijn in belangrijke mate bepalend voor de werkzaamheden van de kinderarts. De invloed van huisarts betreft met name ook de instroom van patiënten die langdurig poliklinisch worden begeleid.

## 8.2. Knelpunten

Bij de analyse van de knelpunten in de zorgverlening door huisarts en kinderarts werd een onderscheid gemaakt tussen de patiënten die met een nieuw probleem bij de kinderarts komen - al dan niet door de huisarts verwezen -, de patiënten die al geruime tijd door de kinderarts worden begeleid en patiënten die uitsluitend door de huisarts worden behandeld.

### Nieuwe patiënten bij de kinderarts

Ruim de helft van de patiënten die met een nieuw probleem op de polikliniek kwamen, werd door de kinderartsen snel terugverwezen. Mogelijk werd een deel van deze patiënten onnodig naar de tweedelijns verwezen, waarbij met name gedacht wordt aan de groep patiënten waarbij de artsen opwaartse druk signaleerden. Kinderarts en huisarts verschilden overigens wel in de mate waarin zij opwaartse druk - dat wil zeggen invloed van ouders op de verwijzing - ervoeren, namelijk bij 57 versus 31 procent van de door de huisarts verwezen patiënten. Zowel Dopheide et al. (1986) als Krol (1985) signaleerden bij verwijzingen naar de kindergeneeskunde meer door de huisartsen ervaren opwaartse druk, namelijk respectievelijk 40 en 50 procent. Voor de gevonden verschillen zijn verschillende verklaringen te geven. Mogelijk hebben ouders als zij bij de kinderarts zijn een andere interpretatie van de gang van zaken bij de verwijzing, zodat kinderartsen in het algemeen wat meer opwaartse druk signaleren dan huisartsen. Het verschil tussen de mening van de huisartsen in Krimpen aan den IJssel en die in de onderzoeken van Dopheide en Krol ligt mogelijk in een andere onderzoekopzet. Het onderzoek van Krol richtte zich vooral op diverse psychologische factoren rond de verwijzing. Aan de huisarts werd enige tijd na de verwijzing zijn visie over de invloed van de ouders op de verwijzing gevraagd. Bovendien werd de vraag binnen de vijfpuntsschaal anders geformuleerd. Indien bij Krol de beide uiterste categorieën worden samengeteld, is er in 36 procent sprake van opwaartse druk door de ouders bij de verwijzing.

Opwaartse druk is, ook gezien het feit dat een aantal patiënten buiten de huisarts om het spreekuur van de kinderarts bezocht, een belangrijke factor bij medische consumptie in de tweedelijns. Sterke invloed van de ouders bleek negatief samen te hangen met de mate waarin de komst naar de polikliniek door de kinderarts als zinvol werd ervaren. Zowel voor verwezen als niet-verwezen patiënten, waarbij twijfel bestaat over de zin van de verwijzing, dreigt het gevaar dat patiënten ten onrechte langdurig onder kindergeneeskundige controle blijven, vooral als bij de ouders de wens bestaat tot het continueren van de specialistische begeleiding. Het bleek dat de kinderarts zelden met de huisarts overlegt over de vorm van de verdere follow-up. Evenzo nam de huisarts zelden het initiatief om te overleggen over de noodzaak van voortzetting van specialistische begeleiding.

### Kinderen langer bij de kinderarts

Bij kinderen die langer bij de kinderarts onder behandeling zijn, spelen vooral problemen betreffende taakafbakening en afstemming van zorg. Dat de taakafbakening problematisch is, bleek uit het feit dat er grote verschillen waren in de mate waarin huisarts en specialist deze duidelijk vinden. Naarmate kinderen langer bij de kinderarts onder controle waren, werden

deze verschillen sterker. Afstemming van zorg is echter wel van belang voor deze kinderen die, zoals uit het onderzoek bleek, in beide echelons gezien worden. De kinderen, die regelmatig door de kinderarts gecontroleerd werden, consulteerden de huisarts zelfs frequenter dan andere kinderen, ook voor problemen waarvoor zij tevens specialistische zorg ontvingen. De huisarts was zich bij een derde van de patiënten niet bewust van het feit dat patiënten onder specialistische behandeling waren. Het lijkt dat ook de kinderarts zich veelal niet realiseert hoe frequent de huisarts bemoeienis heeft met deze patiënten en zijn gezinsleden. Het bleek dat de specialist de vraag over de informatie van de huisarts moeilijk te beantwoorden vond, mogelijk omdat hij geen informatie verwacht. De huisarts informeerde de specialist veelal niet over zijn contacten met de patiënten, waardoor de mogelijkheid om de specialist duidelijk te maken dat de huisarts met het kind bemoeienis heeft, onbenut bleef.

Concluderend bleek dat veel zorg in beide echelons parallel zonder onderlinge samenhang verloopt.

### **Niet-verwezen kinderen**

De registratie uitgevoerd in de huisartspraktijk geeft geen inzicht in het nut van kindergeneeskundige advisering voor kinderen die niet door de kinderarts werden gezien. Het lijkt waarschijnlijk dat er patiënten zijn, bij wie het voor de huisarts zinvol is de expertise van de kinderarts te benutten zonder dat overdracht van zorg nodig is. De huisarts pleegde wel regelmatig overleg met specialisten, maar het betrof dan meestal het regelen van een acute verwijzing. Het toetsen van een indicatie tot verwijzing dan wel overleg betreffende het beleid bij een patiënt, die de huisarts niet denkt te verwijzen, was zeldzaam.

### **Expertise**

De morbiditeit bij de huisarts verschilde aanzienlijk van die welke werd aangeboden aan de kinderarts. De kinderarts zag vooral kinderen in de jongste leeftijdsgroep met problemen die een internistisch specialistisch karakter hadden. Dit is een weerspiegeling van de zeeffunctie die de huisarts heeft door de selectie bij verwijzing naar de kinderarts. De grote diversiteit van problemen bij kinderen waarmee de huisarts geconfronteerd wordt, maakt duidelijk dat de huisarts een brede kennis moet hebben van gezondheidsproblemen bij kinderen. Het laat ook zien dat het voor een huisarts onmogelijk is op alle gebieden voldoende expertise te hebben omdat hij er te weinig ervaring mee op kan doen. Zowel huisarts als kinderarts moeten zich dit realiseren in het belang van de begeleiding van sommige patiënten, maar ook in het kader van (na)scholing. Enerzijds zijn er problemen waarbij de huisarts behoefte heeft aan specialistische expertise, veelal in de vorm van een korte interventie. Een voorbeeld hiervan is het geven van een prognose voor de volwassen lengte. Dit is voor de kinderarts een regelmatig terugkerend probleem, maar de huisarts wordt zelden met deze vraag geconfronteerd en mist de faciliteiten en de expertise om dit te doen.

Anderzijds zijn sommige chronische aandoeningen op de kinderleeftijd zo zeldzaam dat de huisarts deze patiënten niet zelf kan begeleiden en langdurige specialistische zorg noodzakelijk is. Voorbeelden hiervan zijn diabetes mellitus en reumatische aandoeningen, waarbij de huisarts bij volwassenen vaak de begeleiding geheel in eigen hand heeft, maar waar hij bij kinderen de zorg aan de kinderarts zal overlaten. Dit betekent overigens niet dat hij deze kinderen niet met intercurrente problemen op zijn spreekuur zal zien.

Deze feiten maken duidelijk dat huisarts en kinderarts een heel verschillende expertise moeten hebben en het benutten van elkaars expertise zinvol kan zijn bij het optimaliseren van de zorgverlening.

## Communicatie

Informatie-overdracht ten tijde van de verwijzing wordt belangrijk geacht om het doel van de verwijzing duidelijk te maken, waarmee de invloed van de huisarts op datgene wat er in de tweedelijng gebeurt vergroot wordt (Kersten 1991). In dit onderzoek bleek de informatie-overdracht door de huisarts bij verwijzing geen groot probleem. Wel een probleem bleek de informatie-uitwisseling met betrekking tot patiënten die zowel door de kinderarts als door de huisarts werden begeleid. Juist bij deze groep patiënten kan goede communicatie afstemming van zorg bevorderen. De huisartsen beoordeelden de informatie-overdracht vanuit het ziekenhuis bij 60 procent van patiënten als voldoende en bij een nog kleiner deel van de patiënten (50 procent) waren zowel huisarts als kinderarts van oordeel dat de informatie van uit het ziekenhuis aan de huisarts voldoende goed was. De huisarts overlegde slechts zelden met de specialist over de noodzaak van specialistische follow-up, het beleid bij acute situaties of overname van (een deel van) de behandeling. Hoewel de huisarts aangaf in het voorafgaande jaar met 72 procent van de patiënten en 93 procent van de gezinnen contact te hebben gehad, bracht hij de kinderarts slechts bij 10 procent van de patiënten hiervan op de hoogte. Voor het afstemmen van de zorgverlening kan dit wel zinvol zijn. Het lijkt er overigens ook op dat de specialist dergelijke informatie zelden verwacht, hetwelk weer duidelijk maakt dat de kinderarts zich zelden realiseert hoe frequent de huisarts betrokken is bij de zorg voor deze kinderen.

Samenvattend betreffen de gesignaleerde knelpunten:

- De noodzaak van de overdracht van zorg naar de kinderarts staat bij sommige patiënten ter discussie. Dit betreft patiënten die op het spreekuur van de kinderarts komen en er zijn mogelijk ook patiënten die ten onrechte niet door de huisarts worden verwezen.
- De zorgverlening door huisarts en kinderarts voor kinderen die langer bij de kinderarts onder behandeling zijn is niet complementair. De visies over taakafbakening verschillen.
- De expertise van de huisarts met betrekking tot problemen op de kinderleeftijd moet zeer breed zijn en zal daardoor onvermijdelijk te kort schieten bij problemen die op de kinderleeftijd weinig frequent voorkomen.
- De communicatie tussen huisarts en kinderarts is vooral bij patiënten die langer onder behandeling zijn problematisch.



## 9. De interventiemogelijkheden

### 9.1. Inleiding

Bij de initiële opzet van het project werd ervan uitgegaan dat in de tweede fase een aantal experimenten zou worden uitgevoerd met als doel na te gaan of door middel van interventies de werkwijze van huisarts en kinderarts en de samenwerking tussen deze zorgverleners kon worden beïnvloed.

In de laatste twee decennia werden in ons land verschillende experimenten uitgevoerd, die zich richten op verbetering van de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns, mede geïnspireerd door de toenemende aandacht van beleidmakers voor de afstemming van zorg. Deze experimenten richtten zich veelal op een deel van de eerder besproken problematiek. Dit is niet verwonderlijk gezien het feit dat diverse factoren de afstemming van zorg beïnvloeden en er verschillende fasen zijn waarin deze samenwerking verloopt (hoofdstuk 2.4.).

In de literatuur zijn vele persoonlijke verslagen te vinden over projecten en workshops, gericht op de verbetering van de samenwerking tussen huisarts en specialist, alsmede opiniërende artikelen. Van een selectie van deze artikelen wordt in de volgende paragraaf een globaal overzicht gegeven. Aan experimenten waarbij de specialist optreedt als consultant binnen de eerstelijns en aan deskundigheidsbevordering als instrument tot verbetering van de samenwerking tussen huisarts en specialist wordt speciale aandacht gegeven. In de samenvatting van de publicaties zijn slechts die artikelen opgenomen waarin experimenten worden beschreven en waarbij sprake is van objectief geëvalueerde resultaten.

In het tweede deel van dit hoofdstuk wordt besproken hoe in dit project een keuze werd gemaakt voor de te implementeren interventies. Deze keuze werd bepaald door de in de inventarisatiefase van dit onderzoek geanalyseerde knelpunten, de praktische haalbaarheid, de motivatie van de betrokken huisartsen en specialisten. Daarnaast moest de infrastructuur bij huisartsen en in het ziekenhuis zich ertoe lenen en moesten de financiële middelen toereikend zijn. De beoogde effecten van elk van de interventies worden besproken uitgaande van de eerder geanalyseerde knelpunten.

### 9.2. Overzicht elders uitgevoerde experimenten betreffende samenwerking eerste- en tweedelijns

#### Consultatie van de specialist in de eerstelijns

Consultatie wordt beschouwd als een vorm van samenwerking tussen twee artsen met verschillende expertise, waarbij één arts de behandeling en de verantwoordelijkheid houdt en de andere arts hem adviseert (Burkens 1974; Carne 1982). Het doel van de consultatie is dan dat de huisarts de mogelijkheid krijgt de expertise van de specialist te benutten zonder dat de zorg voor de patiënt wordt overgedragen. De huisarts blijft op deze manier verantwoordelijk voor de continuïteit in de zorgverlening.

In de literatuur worden verschillende vormen van consultatie onderscheiden, waarbij de patiënt niet altijd door de specialist wordt gezien (Norell 1975; Van der Grinten 1981; Colaço Belmonte 1982; Jacobs et al. 1985; Pop en Keijzers 1985; Vierhout 1987, 1994). De beschreven vormen van consultatie zijn:

- *Diagnostische raadpleging.* Hierbij maakt de huisarts gebruik van de mogelijkheden van het ziekenhuis, zoals de röntgenkamer. Het betreft dan het door de specialist laten verrichten van aanvullend onderzoek om tot een betere probleemdefinitie te komen.
- *Consultatie zonder interactie tussen patiënt en specialist.* De huisarts raadpleegt de specialist over een bepaald probleem, waarbij de taak van de specialist beperkt blijft tot het geven van advies. De huisarts informeert de patiënt over het advies van de specialist. Onder deze vorm hoort ook de telefonische consultatie.
- *Consultatieve verwijzing.* De huisarts verwijst de patiënt naar de specialist voor beoordeling, waarna overleg volgt tussen huisarts en specialist over het betreffende probleem.
- *Gezamenlijke consultatie.* De huisarts en de specialist beoordelen samen een patiënt en komen in overleg tot een conclusie.
- *Consultatiebijeenkomst/case-overleg.* In een gestructureerde overlegsituatie worden probleempatiënten door huisartsen met een specialist besproken. Door samenspraak wordt tot de juiste aanpak van het probleem gekomen.

Of de huisarts bij de consultatie de gehele verantwoordelijkheid voor de patiënt houdt, is in de literatuur niet altijd even duidelijk. Sommigen menen dat dit zo is, anderen vinden dat de huisarts samen met de specialist de verantwoordelijkheid heeft (Buma 1981; Brouwer 1983; Froom et al. 1984; McWhinney 1989). Bij al deze vormen van consultatie gaat het niet alleen om een advies voor de besproken patiënt. Consultatie biedt ook de mogelijkheid voor de consultvrager de eigen deskundigheid te vergroten, waardoor hij in toekomstige analoge situaties zelfstandig kan optreden. Bovendien geeft consultatie hulp bij het verkrijgen van meer inzicht in de eigen problematiek van de huisarts (Buma 1981; Mulder 1984).

De huisarts kan verschillende motieven hebben voor consultatie. Analoog aan de diverse redenen voor verwijzing werden de volgende categorieën onderscheiden: advies ten aanzien van diagnose en/of therapie; het vastlopen van de relatie met de patiënt; geruststelling van de patiënt en diens omgeving en/of de huisarts; het toetsen van de noodzaak van een verwijzing (Carne 1982; Brouwer 1983; McPhee et al. 1984; Dopheide 1985; Vierhout 1987, 1994; Coulter et al. 1989).

Consultatie wordt ook aanbevolen ter bewaking van de continue zorg door de huisarts en ter bescherming van de patiënt tegen onnodige specialistische behandeling, waardoor de kans bestaat te belanden in de vicieuze cirkel van somatische fixatie en medicalisering (Buma 1981; Froom et al. 1984; Hageman en Jansen 1984; Hall et al. 1987). Daarnaast wordt consultatie gezien als beleidsinstrument bij het terugdringen van de kostenstijging in de gezondheidszorg door een verschuiving van de zorg in de richting van minder gespecialiseerde hulpverlening te bewerkstelligen (Buma 1981; Beek et al. 1985; Hall et al. 1987). In het kader van kostenbeheersing en naar aanleiding van onderzoek naar het gebruik van poliklinieken kan men zich afvragen of huisartsen met efficiënte steun van de tweedelijns niet meer patiënten binnen de eerstelijns zonder verwijzing zouden kunnen behandelen (Coulter et al. 1989). Of vermindering van het aantal verwijzingen gerealiseerd kan worden door consultatie, is niet altijd even duidelijk. Sommige onderzoekers vinden geen invloed van consultatie op het verwijscijfer, andere onderzoekers daarentegen vermelden dat in 20 tot 65 procent een verwijzing of opname zou zijn gevolgd als de mogelijkheid van consultatie niet bestond (Van der Grinten 1981; Hageman en Jansen 1984; Dopheide 1985; Jacobs et al. 1985; Hall et al. 1987; Vierhout 1987, 1994).

Consultatie wordt ook beschouwd als een vorm van educatie, zowel voor de huisarts als voor de consulent, door communicatie en kennisoverdracht in het belang van een goede samenwerking en onderlinge toetsing (Buma 1981; Colaço Belmonte 1982; De Smit 1987). Uit onderzoek blijkt dat door het persoonlijke contact en het verstrekken van voldoende informatie de huisarts meer leert van de consultatie. Een voordeel van gezamenlijke consultatie is dat de huisarts de specialist hoort denken, speculeren over de diagnose, de prognose, en verantwoorden waarom hij dingen onderzoekt en waarom hij een bepaald beleid uitstippelt (Norell 1975; McPhee et al. 1984).



Om het consultatieproces goed te laten verlopen, is het maken van goede afspraken belangrijk. De eisen voor de verschillende vormen van consultatie zijn niet altijd dezelfde. Belangrijk is een goede informatie-overdracht door de huisarts ten aanzien van het probleem en een eenduidige vraagstelling. Bij consultatie met verwijzing moet de huisarts duidelijk aangeven dat hij de patiënt op korte termijn terugverwacht.

Van de specialist mag een goed consultatieverslag worden verwacht met daarin duidelijke conclusies en adviezen ten aanzien van het verdere beleid.

De huisarts moet tevoren met de patiënt bespreken op welke wijze advies aan de specialist gevraagd gaat worden en hoe de verdere vervolgspraken geregeld worden (Nijhuis 1981; Hansen et al. 1982; McWhinney 1989).

## Deskundigheidsbevordering

Een van de knelpunten in de samenwerking tussen huisarts en specialist is het grote verschil in opleiding en daarmee het verschil in kennis en vaardigheden met betrekking tot specifieke aandoeeningen. De huisartsgeneeskunde is in zijn essentie een generalistisch vak, wat niet wegneemt dat ook de huisarts de taak heeft de ontwikkelingen in de gezondheidszorg te volgen en de implicaties te accepteren die deze ontwikkelingen hebben voor de zorg voor de patiënt (Dokter en Van Berkel 1984). Dat de specialist vaak weinig inzicht heeft in de mogelijkheden van de huisarts kan zeker ook als een beletsel voor goede samenwerking worden beschouwd. Kortom, het ontbreekt wederzijds aan inzicht in elkaars expertise (Lagro-Jansen 1986; Marsh et al. 1989).

De huisartsgeneeskunde kent evenals de specialistische geneeskunde zijn eigen programma's voor nascholing en deskundigheidsbevordering. Deskundigheidsbevordering en kwaliteitsbevordering zijn twee dicht op elkaar aansluitende activiteiten. De eerste richt zich op het vergroten van de competentie en de tweede op het verbeteren van de feitelijke zorg in de praktijk. Nascholingsprojecten worden ook geadverteerd als instrument om de onderlinge samenwerking te verbeteren. Voorbeelden hiervan zijn sommige vormen van consultatie en regelmatige patiëntenbesprekingen of nascholingsbijeenkomsten, georganiseerd door ziekenhuizen ten behoeve van hun vaste verwijzers (Reijnders en Njoo 1989). Deze bijeenkomsten hebben zeker het voordeel dat men elkaar leert kennen, hetgeen mogelijk de samenwerking en de kennisoverdracht verbetert (Weiss et al. 1990).

In de literatuur worden voorwaarden vermeld voor het geven van goed onderwijs. Van belang is dat bij het opzetten van programma's rekening wordt gehouden met de verschillen in behoeften, ervaringen, attitudes en leerstijl (Lewis en Bolden 1989).

Een manier om op de behoefte van de doelgroep in te spelen, is het verzamelen van gegevens over de werkwijze, het analyseren van bestaande lacunes en het terugkoppelen hiervan (Scott 1976; Klein et al. 1981). Diverse onderzoekers zagen met deze opzet significante veranderingen (Klein et al. 1981).

Leerervaringen, die gebaseerd zijn op ervaren problemen uit de dagelijkse praktijk, leiden eerder tot verandering (Neufeld en Barrows 1974), juist omdat het probleemoplossen van artsen niet in eerste instantie logisch plaatsvindt, maar vooral afhankelijk is van de ervaring die men tevoren met een probleem heeft gehad (Norman 1988). Een probleem dat door de betrokkenen al of niet ten onrechte niet als probleem wordt ervaren, leent zich slecht voor nascholing. De vraag blijft op welke wijze het handelen van huisartsen in de praktijk kan worden beïnvloed, zodat datgene wat in de beroepsgroep als adequate patiëntenzorg wordt gezien ook daadwerkelijk in de praktijk wordt gebracht (Grol en Zwaard 1990).

Uit onderzoek is gebleken dat aan het effect van scholing in het algemeen getwijfeld kan worden. Er wordt regelmatig een grote discrepantie gezien tussen de aanwezigheid van kennis en inzicht en het toepassen daarvan bij de feitelijke beroepsuitoefening (Grant en Marsden 1988). Als artsen op de hoogte raken van nieuwe inzichten, komen ze er niet toe om deze toe te passen

(Sanazaro 1983), of ze vallen na kortstondig volgen van de nieuwe inzichten weer terug in hun oude routine (Axt-Adam et al. 1993). Belangrijk voor het effect van nascholing is dat huisartsen direct met elkaar mening en werkwijzen worden geconfronteerd (Owen et al. 1989; Forrest et al. 1989), intercollegiaal overleg en terugkoppeling zijn hierbij de werkzame bestanddelen (Manning et al. 1986; Sprij et al. 1989).

Samenvattend kan gezegd worden dat nascholingsprogramma's en deskundigheidsbevordering een functie kunnen hebben bij het verbeteren van de samenwerking tussen huisarts en specialist, de substitutie van zorg en het complementaire karakter en de continuïteit van de zorgverlening. Het effect van onderwijs blijkt afhankelijk van condities en vaak minder dan verwacht.

## **Communicatie**

Hoewel er op de onderlinge berichtgeving veel kritiek is, zijn er maar weinig experimenten, die zich richten op de verbetering van de communicatie tussen huisarts en specialist.

Een toetsingsonderzoek in de regio Zwolle verricht naar de kwaliteit van de berichtgeving aan de huisarts na ontslag uit het ziekenhuis in combinatie met een experiment om de berichtgeving te verbeteren, maakt duidelijk dat de attitude van de specialist de kwaliteit van de berichtgeving bij ontslag bepaalt en dat snelle berichtgeving inhoudelijk de beste is. Tevens bleek een poging om de berichtgeving te verbeteren door een verandering van de lay-out van het ontslagbericht maar ten dele effectief (Meyboom en Casparie 1980).

Een van de eerste experimenten met elektronische berichtgeving, uitgevoerd in Haarlem met behulp van Viditel, betreft een project gericht op de communicatie tussen ziekenhuis en huisarts. Het werd geëvalueerd door middel van een enquête onder huisartsen, medische staf en directie van het ziekenhuis en als positief ervaren. Bij dit project werd het effect op de zorgverlening niet gemeten (Kuster et al. 1987). Een recent project in Apeldoorn adverteert een snellere elektronische verzending van opname- en ontslagberichten ter bevordering van de communicatie tussen eerste- en tweedelijns (Branger et al. 1992).

## **Samenwerkingsprotocollen**

In een onderzoeksproject uitgevoerd in Amsterdam werd een protocol ontwikkeld, waarin afspraken werden vastgelegd over de wijze waarop de communicatie tussen huisartsen en kinderartsen na de verwijzing plaats zou moeten vinden en hoe een gemeenschappelijk behandelplan tot stand zou moeten komen. Het protocol werd geëvalueerd naar aanleiding van de mening van de betrokken artsen en een meting van de frequentie van de communicatie na de verwijzing. Het werken met het protocol werd door de betrokkenen positief ervaren. Over het begrip gezamenlijk behandelplan bestaan echter verschillende interpretaties. Bij de beoordeling van de communicatie werd geen vergelijking gemaakt met de situatie voorafgaande aan het experiment (Van Dungen et al. 1993; Van Dungen en Wijkel 1994). Het werken met een in een behandelprotocol vastgelegd beleid kan het gezamenlijk vervolgen van patiënten en het afstemmen van de zorgverlening positief beïnvloeden (Reijnders en Njoo 1989).

Ook in Deventer werd een project uitgevoerd met deelname van huisartsen, specialisten, ziekenhuis en zorgverzekeraar om met behulp van protocollen de zorg verleend in eerste- en tweedelijns aan specifieke patiëntengroep op elkaar af te stemmen (Vissers en Voorhoeve 1993).

## **Diagnostische centra**

In een aantal experimenten met diagnostische centra werd de huisarts de mogelijkheid geboden om bij patiënten diagnostisch onderzoek te laten verrichten, waarbij tevens de afspraak werd gemaakt dat de huisarts zonodig advies kon inwinnen bij de specialist zonder dat er sprake was van een verwijzing in de gebruikelijke zin. De vraag of het diagnostisch centrum een substitutie-effect had bleef onbeantwoord. Deze diagnostische centra vormen in vergelijking met de werkafspraken die vele huisartsen met het ziekenhuis of huisartslaboratorium hebben, soms een

uitbreiding van de diagnostische mogelijkheden, de toegankelijkheid is beter en afspraken over consultatie zijn meer geprotocolleerd (Peters 1982; Pop 1982; Pop et al. 1987).

### **Financiële aspecten**

Bij enkele experimenten werd de financieringsstructuur als ingang gekozen. Zo is er het bonus-malus-experiment in Tilburg, waarbij op het ziekenfondsabonnementstarief een bonus werd gegeven aan artsen die minder verwezen. Na twee jaar werd circa tien procent minder gebruik gemaakt van verwijzingen binnen de eerstelijns en naar de tweedelijns. De huisartsen bleven in contact met de verwezen patiënten, consulteerden de behandelend specialist vaker en volgden meer nascholingscursussen dan de controlegroep (Van Tits en Nuyens 1987).

Door diverse andere onderzoekers wordt in een rekenmodel aangegeven dat veranderingen tot kostenbesparing kunnen leiden. Zo concludeert Morkink (1986) dat de door hem beschreven 'ideale' werkstijl jaarlijks een besparing van ruim 2 miljard zou betekenen. Peters en Wijkkel (1984) toonden aan dat artsen in gezondheidscentra een ander verwijzbeleid hebben en dat hierdoor een besparing van zes procent ten aanzien van specialisten- en ziekenhuishulp bereikt kan worden. Dat bij consultatieprojecten de patiënt niet naar de specialist in het ziekenhuis wordt verwezen, wordt soms ook gebruikt als argument dat deze vorm van consultatie kostenbesparend werkt. Deze conclusie is niet altijd onderbouwd met behulp van op objectieve wijze verkregen verwijscijfers (Hall et al. 1987).

## **9.3. Besluitvorming omtrent uit te voeren interventies**

### **Theoretische mogelijkheden**

Bij het formuleren van de mogelijkheden voor interventies werden een tweetal uitgangspunten gekozen. Enerzijds de knelpunten in de zorgverlening zoals geanalyseerd tijdens het inventariserend onderzoek en anderzijds de wens de zorgverlening te optimaliseren in het echelon waar voor het betreffende probleem - in overeenstemming met de normen van ons gezondheidszorgsysteem - de zorg gerealiseerd moet worden. Hierbij zijn drie doelstellingen te onderscheiden, namelijk het verbeteren van de zorg in de huisartspraktijk en het verbeteren van de afstemming van de zorg voor de patiënt die ook specialistische hulp nodig heeft en geen oneigenlijk gebruik van tweedelijnsvoorzieningen. Deze doelstellingen zouden in theorie gerealiseerd kunnen worden door:

- De kennis en de vaardigheden van de huisarts te verbeteren.
- De faciliteiten in de huisartspraktijk uit te breiden.
- De huisarts de mogelijkheid te bieden gebruik te maken van de kennis en vaardigheden van de kinderarts zonder overdracht van zorg.
- De specifieke deskundigheid op het gebied van kinderen bij sommige huisartsen werkzaam in groepspraktijken te bevorderen.
- Het inzicht van de specialist in de mogelijkheden en de taakopvatting van de huisarts te vergroten.
- De specialistische aanpak (intensiteit, duur) op geleide van de door de huisarts aangegeven motivatie bij de verwijzing en informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist ten tijde van de specialistische behandeling te differentiëren.

Methoden om bovengenoemde doelstellingen te realiseren richten zich vrijwel steeds op meerdere van de bovengenoemde aspecten. Genoemd kunnen worden:

- Nascholingsactiviteiten bijvoorbeeld gericht op ziektebeelden die aanleiding geven tot her-

haald al dan niet zinvol huisartsbezoek of tot door huisarts c.q. specialist als minder zinvol beschouwde verwijzingen, dan wel ziektebeelden die frequent voorkomen of voor een andere aanpak door de huisarts in aanmerking komen.

- De kinderarts als consulent binnen de huisartspraktijk biedt de mogelijkheid voor laagdrempelig overleg zowel met betrekking tot patiënten die niet onder behandeling zijn van de kinderarts als voor degenen die dat wel zijn. Dit geeft de huisarts de mogelijkheid gebruik te maken van de expertise van de kinderarts zonder overdracht van de zorg maar ook om eigen expertise uit te breiden. Tevens biedt dit de mogelijkheid tot bemiddeling bij taakafbakeningsproblematiek, nazorg en thuiszorg.
- Optimaliseren van de communicatie tussen huisarts en specialist zowel ten tijde van de verwijzing als ten tijde van de specialistische behandeling.  
Gedacht kan worden aan afspraken over informatie-overdracht bij verwijzing ten aanzien van een duidelijke vraagstelling, een procedurevoorstel en de relevante achtergrondinformatie met daarop volgende terugrapportage van de eerste specialistische evaluatie en overleg met betrekking tot voortzetting van de specialistische behandeling en taakafbakening. Het lijkt tevens van belang de (ouders van de) patiënt over deze afspraken te informeren. Ook aandacht verdient het verbeteren van de informatie die de huisarts over relevante gebeurtenissen aan de specialist geeft.  
Voor een aantal van bovengenoemde punten geldt dat een brief niet altijd de ideale wijze van informatie-overdracht is. Aan telefonisch overleg kleven eveneens nadelen. Moderne communicatietechnieken, zoals fax en electronic mail kunnen misschien een aantal bezwaren ondervangen. Ook kan gedacht worden aan een document dat door de ouders van patiënten wordt bewaard en dat zowel door de huisarts als de specialist wordt ingevuld.
- Als voorbeelden van faciliteiten die de zorg voor kinderen ten goede komen en die vaak niet aanwezig zijn in de huisartspraktijk kunnen genoemd worden: apparatuur zoals de babyweegschaal, babymeeflat en daarbij het gebruik van groeicurves en laboratoriumfaciliteiten gericht op kinderen, te weten microbepalingen.

## Besluitvorming

De eerste resultaten van de analyse van de parallelregistratie werden in april 1989 in een beknopt rapport aan de huisartsen gepresenteerd. Dit rapport bevatte tevens een aantal voorlopige conclusies en suggesties voor interventies. Het doel van dit rapport was te komen tot een gedachtenwisseling over de volgende fase van het onderzoekproject.

Het werd besproken op de reguliere bijeenkomst van de huisartsen in het gezondheidscentrum de dato 12 april 1989 in aanwezigheid van de meeste huisartsen, de onderzoekers en de betrokken hoogleraren huisartsgeneeskunde en kindergeneeskunde. De resultaten van de inventarisatie werden toegelicht en uitvoerig besproken waarbij de voorlopige conclusies door de huisartsen in grote lijnen onderschreven werden.

Bij het bespreken van de volgende fase van het onderzoekproject bleek dat de participerende huisartsen nogal beducht waren voor een extra werkbelasting, vooral omdat de contactregistratie in de inventarisatiefase zeer arbeidsintensief was gebleken. Tevens was het, door de vestiging van nieuwe huisartsen, noodzakelijk veel energie te besteden aan de eigen praktijkorganisatie en het tussen de praktijken onderling afstemmen van inzichten omtrent de taakverdeling en taakopvatting.

Het enthousiasme voor deelname aan experimenten in de praktijk was hierdoor bij enkele huisartsen gering. Dit leidde er toe dat gekozen moest worden voor interventies, die een beperkte extra inzet van de betrokken huisartsen vroegen. Een meerderheid van de huisartsen was niet bereid om ten behoeve van de effectmeting opnieuw een grote registratie uit te voeren. Er moest derhalve worden afgezien van het opnieuw uitvoeren van een contactregistratie in de huisartspraktijk (formulier 1 en 5) en het opnieuw invullen van een formulier betreffende langer in het Sophia Kinderziekenhuis bekende patiënten (formulier 4). Men was aanvankelijk wel bereid alle

nieuwe kindergeneeskundige verwijzingen te registreren (formulier 2), maar gedurende het jaar waarin de interventies werden uitgevoerd kwam deze registratie ondanks tussentijdse aansporingen hiertoe niet goed op gang. Het ontbreken van een nieuwe registratie in de huisartspraktijk had vooral consequenties voor de analyse van de effecten van de interventies.

Na de eerste bespreking werd besloten om een projectgroep op te richten, bestaande uit de voorzitter van de Stichting Huisartsen Krimpen aan den IJssel en de betrokken onderzoekers met als opdracht te komen tot een conceptvoorstel voor de interventies rekening houdende met vernoemde bezwaren en de praktische uitwerking (bijlage 9.1.). In dit voorstel werd uitgegaan van een drietal interventies, namelijk :

- een wekelijkse mogelijkheid voor een eenmalig kindergeneeskundig of eventueel gezamenlijk consult in het gezondheidscentrum voor patiënten die niet bij de kinderarts bekend waren,
- maandelijks consultbesprekingen in de diverse huisartspraktijken over patiënten die bekend waren op de polikliniek kindergeneeskunde, en
- eenmaal per twee maanden een medische teambespreking voor alle artsen in het gezondheidscentrum met een bij- c.q. nascholingskarakter.

Dit voorstel werd besproken op een extra vergadering op 24 mei 1989. Aanvankelijk ging men akkoord met de voorgestelde interventies. Op de vergadering van de Stichting Huisartsen Krimpen aan den IJssel op 31 mei 1989 werd echter besloten alleen medewerking te verlenen aan het uitvoeren van twee interventies. Ten eerste, die waarbij de kinderarts wekelijks in het gezondheidscentrum een consultspreekuur hield ten behoeve van patiënten die niet bekend waren bij de kinderarts echter zonder dat sprake zou zijn van een gezamenlijke beoordeling van de patiënt. Ten tweede, die waarbij consultbesprekingen in de diverse praktijken met een frequentie van eens per twee maanden georganiseerd zouden worden. Er werd overeengekomen na een half jaar te evalueren en dan over eventuele verlening te beslissen.

Nadat het consultspreekuur in het gezondheidscentrum een half jaar had gefunctioneerd werd duidelijk dat voortzetting ook door de huisartsen op prijs werd gesteld, zodat na een briefwisseling hierover het spreekuur gecontinueerd werd. Over de continuering van de consultbesprekingen in de diverse praktijken werd steeds aan het eind van de bespreking een besluit genomen. Dit leidde er uiteindelijk toe dat deze twee experimenten gedurende een jaar werden uitgevoerd. Het voorstel van de projectgroep om regelmatig nascholingsactiviteiten betreffende problemen op de kinderleeftijd te organiseren, werd aanvankelijk door de betrokken huisartsen afgewezen. Later werden echter op verzoek van de huisartsen twee nascholingsbijeenkomsten georganiseerd respectievelijk over het beleid bij gastroënteritis en luchtwegproblemen. Hierbij werden gegevens betreffende het beleid van de huisarts verkregen tijdens de inventarisatiefase als uitgangspunt gebruikt.

In het Sophia Kinderziekenhuis werden de resultaten van de parallelregistratie eveneens aan de betrokken kinderartsen gepresenteerd. Op 6 juni 1989 werden de geplande interventies in het gezondheidscentrum toegelicht. Ten aanzien van het opnieuw uitvoeren van een consultregistratie in het Sophia Kinderziekenhuis werden geen bezwaren geuit.

### **Motieven om deel te nemen aan samenwerkingsexperimenten**

Het slagen van een interventie staat of valt met de motivatie van de participerende artsen. Mede gezien de gang van zaken bij de besluitvorming dienen theoretische aspecten en de motivatie van de betrokken artsen nader toegelicht te worden.

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 zijn er verschillende fenomenen, die van invloed zijn bij de samenwerking tussen huisarts en specialist. Deze fenomenen spelen eveneens een rol bij de motivatie om te participeren in experimenten die gericht zijn op de beïnvloeding van de samenwerking. Het belangrijkste hierbij lijken de ruilmotieven en de onderlinge afhankelijkheid.

Voor specialisten is het waarborgen van de patiëntenstroom, zowel kwalitatief als kwantitatief belangrijk. Hierbij gaat het er enerzijds om voldoende patiënten verwezen te krijgen, maar

anderzijds ook om goed geïndiceerde verwijzingen, omdat patiënten die niet in het specialistische circuit thuishoren resulteren in oneigenlijke werkzaamheden.

Het voordeel voor de huisarts is dat hij in zijn beroepsuitoefening wordt gesteund, doordat hij voor eigen patiënten gebruik kan maken van de expertise van specialist en/of voorzieningen van het ziekenhuis. Het kan ook bijdragen tot een vermindering van het kennis- en statusverschil tussen huisarts en specialist.

Het is de vraag in hoeverre deze argumenten opgingen voor de huisartsen in Krimpen aan den IJssel en de kinderartsen in het Sophia Kinderziekenhuis. Er was bij de huisartsen bij het opstarten van het project niet a priori sprake van ontevredenheid over hun verwijsrelatie met het Sophia Kinderziekenhuis. Integendeel men had een al jaren bestaande solide verwijsrelatie en was tevreden over de aan de patiënten geleverde zorg en de onderlinge contacten, met name vond men dat patiënten in het algemeen niet te lang onder specialistische behandeling bleven. Er bestond een situatie met weinig wederzijdse afhankelijkheid. De huisartsen zouden naar andere kinderartsen hebben kunnen verwijzen indien zij niet tevreden waren geweest. De kinderartsen hadden geen zorg over de kwantitatieve patiëntenstroom. Wel was er een argument vanuit de kwalitatieve bewaking van de patiëntenstroom, waarbij overigens niet specifiek de relatie met de huisartsen in Krimpen in het geding was. De huisartsen waren huiverig voor het aangaan van experimenten door eerdere ervaringen met andere specialisten die spreekuur hielden in het gezondheidscentrum, overigens niet als consulent in de eerste lijn. Bij hen bestond de indruk dat deze spreekuren er mede op gericht waren de patiëntenstroom te sturen.

Samenvattend verwachtten met name de huisartsen weinig baten tegenover de tijdsinvestering die er van hen verwacht werd.

Er waren anderzijds wel ideële motieven om mee te werken aan de experimenten. Het inventariserend onderzoek had aangegeven dat er wel degelijk geobjectiveerde knelpunten waren. De expertise van de betrokken huisartsen kon uitgebreid worden en de afstemming van de zorgverlening was zeker voor verbetering vatbaar. Daarnaast was men door de al lang bestaande relaties met het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut en het Sophia Kinderziekenhuis gemotiveerd te participeren in een dergelijk experiment, waarbij beoogd werd de waarde van dergelijke experimenten objectief vast te leggen in het kader van wetenschappelijk onderzoek.

## 9.4. Uitgevoerde interventies en veronderstelde effecten

Na de hierboven beschreven uitvoerige besluitvorming werden uiteindelijk in het jaar 1989/90 een drietal interventies uitgevoerd waarbij de kinderarts optrad als consulent binnen de eerste lijn. Verondersteld werd dat de gekozen interventies, en met name de mogelijkheid van overleg met de consulent-kinderarts, na een zekere gewenningsperiode een aantal gevolgen zou hebben.

### Enmalig kindergeneeskundig consult in het gezondheidscentrum

Om de huisarts in de gelegenheid te stellen gebruik te maken van de expertise van de kinderarts zonder overdracht van zorg, dan wel om een alternatief voor verwijzing te bieden, werd ten behoeve van kinderen die nog niet onder kindergeneeskundige behandeling waren de mogelijkheid gecreëerd van een eenmalig pediatrisch consult in het gezondheidscentrum.

Deze interventie richtte zich met name op patiënten die niet onder behandeling van de kinderarts waren en bij wie de noodzaak van de overdracht van zorg naar de kinderarts door de huisarts betwijfeld werd. Het kon dus zowel patiënten betreffen die anders naar de kinderarts zouden worden verwezen, als patiënten die anders - mogelijk ten onrechte - niet door de huisarts zouden worden verwezen.

Patiënten zouden eerst beoordeeld kunnen worden door de consulent, die een driedeling kan aanbrenge(n): verwijzen niet nodig, zeker nodig en een middengroep. Het advies van de consulent-kinderarts aan de huisarts zou in een aantal gevallen een gerichte vraagstelling ten behoeve van de verwijzing kunnen betreffen. Bij andere patiënten zou de huisarts met het advies van de kinderarts de behandeling kunnen voortzetten.

Aan patiënten waarvan de ouders bij de huisarts op verwijzing aandringen, zou als alternatief een bezoek aan het consultspreekuur aangeboden kunnen worden.

Samenvattend werden de volgende effecten, deels in de huisartspraktijk deels op de poliklinieken kindergeneeskunde, verwacht:

- De patiënten op het consultspreekuur verschillen in een aantal opzichten van de patiënten die naar de polikliniek worden verwezen. Verwijzing naar het consultspreekuur betreft niet-acute problematiek en problemen waarvoor bij de evaluatie weinig procedures nodig zijn en die dus mogelijk minder complex zijn. Een deel van deze patiënten zou bij het ontbreken van de consultmogelijkheid in het gezondheidscentrum niet naar de polikliniek verwezen worden.
- De zorgverlening door de huisarts aan de betreffende patiënten wordt beïnvloed door integratie van de adviezen van de kinderarts in het beleid.
- Verwijzingen door de huisarts naar de polikliniek worden zinvoller en betreffen patiënten met meer complexe problematiek, te weten aan:
  - de antwoorden van de kinderarts op de vragen naar de zinvolheid van de verwijzing en de duidelijkheid van de motivatie;
  - een afname van het aantal snelle terugverwijzingen;
  - de langere verwachte duur en de hogere frequentie van de vervolgcontroles;
  - de toename van het aantal procedures verricht in aansluiting op het consult bij de kinderarts;
  - een afname van het aantal patiënten waarbij andere dan medische factoren van invloed waren op de verwijzing komen naar de polikliniek.
- Patiënten bij wie de ouders aandringen op een verwijzing zullen in plaats van naar de polikliniek worden verwezen naar het consultspreekuur. Dit zal resulteren in de volgende effecten.
  - Bij patiënten die het consultspreekuur bezoeken wordt meer opwaartse druk gesignaleerd dan bij patiënten die naar de polikliniek worden verwezen.
  - Bij patiënten die de polikliniek bezoeken wordt minder opwaartse druk gesignaleerd dan in het voorafgaande jaar.
  - Ten tijde van het consultspreekuur gaan minder patiënten op eigen initiatief naar het Sophia Kinderziekenhuis.

Al deze effecten samen betekenen ook dat de interventie niet uitsluitend gericht is op het verminderen van het totaal aantal verwijzingen naar de polikliniek.

### **Overzichten polikliniekbezoek en consultbesprekingen per praktijk**

Bij de zorgverlening voor kinderen, die ook door de kinderarts in het Sophia Kinderziekenhuis begeleid worden, blijkt veel zorg van huisarts en kinderarts parallel te verlopen zonder onderlinge samenhang.

De huisartsen werden geregeld geïnformeerd over welke patiënten de poliklinieken kindergeneeskunde bezocht hadden. Hiertoe ontvingen zij geregelde overzichten van de bezoeken van hun patiënten aan de kindergeneeskundige poliklinieken. De betreffende lijsten werden samengesteld met gegevens uit het Ziekenhuis Informatie Systeem.

Door de gemeenschappelijke consultbesprekingen verkreeg de huisarts meer inzicht in de specialistische behandeling. Tevens kon de huisarts gaande de specialistische behandeling aangeven wat hij van deze behandeling verwachtte, of deze naar zijn inzicht goed verliep en wat zijn aandeel was in de behandeling van de betreffende patiënt.

Binnen het geregelde, gestructureerd overleg kon de consulent-kinderarts ook de weg wijzen voor overleg met andere specialisten in het ziekenhuis.

Deze interventie zou moeten resulteren in een betere afstemming van de zorgverlening door huisarts en specialist en het benutten en verruimen van de wederzijdse expertise, zowel in algemene zin als gericht op de behandeling van de individuele patiënt.

Bij de effectanalyse zal dit gemeten kunnen worden aan het feit dat:

- de huisarts vaker op de hoogte is van het feit dat de patiënt door de kinderarts wordt behandeld;
- de huisarts positiever denkt over de taakafbakening;
- de wederzijdse informatie-uitwisseling verbetert;
- meer langer bekende patiënten worden terugverwezen of gemeenschappelijk behandeld zodat bij deze groep patiënten de duur van de verwachte follow-up en de consultfrequentie bij de kinderarts dalen.

### **Nascholingsbijeenkomsten in het gezondheidscentrum**

Voor de nascholingsbijeenkomsten werd het beleid van de huisartsen als uitgangspunt genomen. Het doel van de nascholingsbijeenkomsten was de expertise van de huisartsen te vergroten, hetwelk ook werd nagestreefd door de andere interventies. De nascholingsbijeenkomsten richtten zich op aandoeningen die in de huisartspraktijk relatief vaak voorkomen en waarbij de visies van huisarts en kinderarts ten aanzien van het te voeren beleid verschillen of die aanleiding geven tot herhaald huisartsbezoek c.q. minder zinvolle verwijzingen.

Als effect van deze interventie wordt een wijziging van de prescriptie verwacht in de richting van het tijdens de bijeenkomsten geformuleerde optimale beleid.

In de hoofdstukken 10,11 en 12 zullen de interventies uitgebreid worden besproken.



# 10. Eenmalig kindergeneeskundig consult in de huisartspraktijk

## 10.1. Inleiding

Zoals uiteengezet in hoofdstuk 9, werd besloten tot enkele interventies, waarbij de algemeen kinderarts optrad als consultant binnen de eerstelijns. Ten behoeve van kinderen die niet onder kindergeneeskundige behandeling waren, werd de mogelijkheid gecreëerd om eenmalig de kinderarts te consulteren tijdens een consultspreekuur dat wekelijks in het gezondheidscentrum werd gehouden. Door deze vorm van consultatie kon de expertise van de kinderarts door de huisarts benut worden zonder dat er overdracht van zorg plaatsvond.

Aangenomen werd dat door het aanbieden van deze expertise de zorg voor het kind binnen de huisartspraktijk zou verbeteren. Enerzijds door overleg over diagnose, therapie en het nut van laboratoriumdiagnostiek. Anderzijds door, in die gevallen waarbij verwijzing naar de kinderarts werd overwogen, de indicatie te toetsen. Ook in situaties waarbij sterke opwaartse druk van de ouders werd ervaren, kon door een dergelijke consult een alternatief voor verwijzing naar de polikliniek worden geboden. Deze vorm van consultatie was uiteraard niet bestemd voor kinderen die acute kindergeneeskundige hulp nodig hadden.

De vragen die ten aanzien van deze interventie beantwoord zullen worden zijn:

- Hoe vaak en voor welke patiënten werd gebruik gemaakt van deze vorm van consultatie mede in vergelijking met verwijzingen naar de polikliniek?
- Hoe werd de huisartsgeneeskundige zorgverlening beïnvloed door de consultatie?
- Heeft het instellen van het consultspreekuur de verwijzingen naar de kinderarts in het Sophia Kinderziekenhuis beïnvloed in aantal en inhoudelijk?
- Hoe werd het eenmalige consult ervaren door de ouders?
- Hoe werd de mogelijkheid de patiënten te verwijzen voor een eenmalig consult in het gezondheidscentrum ervaren door de huisartsen?

## 10.2. Methode

Van september 1989 tot en met september 1990 konden alle 14 in het gezondheidscentrum werkzame huisartsen patiënten, mits niet bekend op de polikliniek kindergeneeskunde, aanmelden voor een consult in het gezondheidscentrum. Dit kon een consultatief overleg tussen huisarts en kinderarts zijn, waarbij een patiënt besproken kon worden aan de hand van door de huisarts geleverde gegevens zonder dat de patiënt hierbij aanwezig was, of een bezoek van de patiënt aan het consultspreekuur.

De bij het onderzoek betrokken kinderarts was één ochtend per week aanwezig in het gezondheidscentrum. Naast de geplande consulten was er tijd voor informeel overleg.

De planning van het spreekuur was in handen van één van de praktijkassistenten. De aangeelde patiënten konden binnen een week worden beoordeeld. Het spreekuur vond plaats in de specialistenkamer van het gezondheidscentrum, een ruimte die overigens niet erg kindvriendelijk was ingericht. De duur van het consult was 30 minuten en daarmee identiek aan die voor

nieuwe patiënten op het algemeen kindergeneeskundig spreekuur in het Sophia Kinderziekenhuis. Er werd een volledige anamnese afgenomen en lichamelijk onderzoek verricht. Conform de gemaakte afspraken werd door de kinderarts geen aanvullende diagnostiek verricht en geen medicatie voorgeschreven. Het consult werd besloten met een adviserend gesprek met de ouders, waarin ook werd aangegeven dat eventuele diagnostiek, prescriptie en verdere begeleiding in handen van de huisarts werd gegeven. De huisartsen werd de mogelijkheid geboden bij het gehele consult of het afrondende gesprek aanwezig te zijn.

Voor de verslaglegging en evaluatie van deze interventie werden drie formulieren ontwikkeld. Het eerste formulier betrof de aanmelding en moest worden ingevuld door de huisarts, waarbij de volgende punten werden vastgelegd:

- *Patiëntgegevens.*
- *Probleemstelling*, alsmede hoelang het probleem al bestond en hoe vaak de huisarts de patiënt hiervoor gezien had.
- *Motivatie voor aanmelding* op het consultspreekuur, te weten: overleg ten aanzien van therapie of diagnose, geruststelling van de ouders dan wel toetsing van de noodzaak van een verwijzing.
- *Invloed van de ouders en anderen* op de verwijzing naar het consultspreekuur.
- *Wat de huisarts gedaan zou hebben* indien de mogelijkheid tot eenmalig consult niet bestond.
- *De mate waarin de ouders of anderen hadden aangedrongen* op een verwijzing (bijlage 10.1.).

Een aantal vragen op dit aanmeldingsformulier kwam overeen met het formulier, gebruikt bij verwijzingen tijdens de inventarisatiefase (bijlage 4.2.), zodat ze hiermee vergeleken konden worden. De aanmeldingsformulieren werden tevoren door de huisartsen afgegeven aan de praktijkassistente die de planning van het consultspreekuur verzorgde en soms door de ouders van de patiënt meegenomen naar het spreekuur.

Het tweede formulier was bestemd voor het verslag van het consult door de kinderarts. Het bevatte de belangrijkste bevindingen, de conclusie ten aanzien van het probleem, het advies aan de huisarts en hetgeen de kinderarts met de ouders had besproken (bijlage 10.2.). Het verslag van het consult werd in principe dezelfde dag bij de praktijk van de betreffende huisarts afgeleverd.

Het derde formulier betrof de evaluatie van hetgeen de huisarts na het consult had gedaan en hoe het eenmalig consult door de huisarts en de ouders was ervaren (bijlage 10.3.). Dit evaluatieformulier werd zes weken na het consult ter invulling bij de betreffende huisarts afgegeven. Wanneer dit formulier niet geretourneerd werd, volgde na vier weken een rappel.

Zoals eerder vermeld, bleek het niet haalbaar opnieuw een contactregistratie in de huisartspraktijk uit te voeren; wel werd een dossieronderzoek verricht. Na het jaar waarin het consultspreekuur werd gehouden, werden de gegevens van de 51 patiënten die het consultspreekuur bezochten, verzameld uit het patiëntendossier, zoals genoteerd op de groene kaart of opgeslagen in een Huisartsen Informatie Systeem. Nagegaan werd het aantal contacten tussen huisarts en patiënt gedurende een halfjaar na het bezoek aan het consultspreekuur, eventueel verrichte diagnostiek en verstrekte therapie, verwijzing naar kinderarts of andere specialist en eventuele berichtgeving.

Om een inzicht te verkrijgen in de mate waarin het instellen van het consultspreekuur het aanbod van nieuwe patiënten op de polikliniek had beïnvloed, werden de resultaten van de consultregistratie voorafgaande en tijdens de interventie in onderlinge samenhang geanalyseerd. Van de tweede, één jaar durende, registratieperiode werden alleen de gegevens van 1 februari tot en met 31 juli gebruikt. De reden hiervoor was dat zo gegevens betreffende de met de inventarisatiefase overeenkomende periode vergeleken werden en seizoensvariatie geen invloed had. Tevens was een voordeel dat alle betrokkenen inmiddels met de mogelijkheid en de organi-

satie van het consultspreekuur vertrouwd waren. Het patiëntenaanbod op het consultspreekuur was in die periode goed op gang gekomen.

De mening van de ouders over het eenmalig consult werd nagegaan door middel van een enquête, die in maart en april 1991 bij de ouders thuis werd afgenomen door een niet bij de behandeling en begeleiding van de patiënten betrokken onderzoeker. De ouders kregen van tevoren per brief het verzoek aan het onderzoek mede te werken, ondertekend door de onderzoekers en hun eigen huisarts (bijlage 10.4.).

Deze enquête werd ingeleid door een algemene uitleg over de experimentele opzet van het consultspreekuur, gevolgd door vragen over het eenmalige karakter van de consultatie, de geschiktheid van de plaats van onderzoek, contacten met de huisarts, het persisteren van het probleem en een oordeel over de totale gang van zaken (bijlage 10.5.).

De mening van de betrokken huisartsen over het consultspreekuur werd, kort na het beëindigen van het experiment, geïnventariseerd door middel van een schriftelijke enquête. Gevraagd werd hun opinie over het consultspreekuur voor en na de interventie, over de organisatie, alsmede suggesties voor verbetering van de procedure en hun mening ten aanzien van continuering van de eenmalige consulten (bijlage 10.6.).

### 10.3. Patiënten op het consultspreekuur

Van de mogelijkheid voor consultatief overleg zonder dat de patiënt door de kinderarts werd onderzocht, hebben de huisartsen driemaal gebruikgemaakt. Het probleem van twee van de drie patiënten kon op deze wijze bevredigend worden besproken, waarna de huisarts zijn eigen begeleiding voortzette. De gegevens van deze patiënten werden verder niet in de analyse betrokken. De derde patiënt werd na dit consultatieve overleg alsnog door de huisarts verwezen naar het consultspreekuur.

In totaal werden 51 patiënten voor het consultspreekuur aangemeld. De beschikbare informatie met betrekking tot deze kinderen, verzameld door middel van de hiervoor genoemde methoden, staat in tabel 10.3.1. Aan één patiënt werd wel een brief, maar geen aanmeldingsformulier meegegeven, zeven evaluatieformulieren werden door de huisarts ook na rappelleren niet geretourneerd. Eén ouderpaar werd niet benaderd om mee te werken aan de enquête vanwege door de huisarts aangegeven sociale omstandigheden, een ander gezin was verhuisd naar een onbekend adres.

**Tabel 10.3.1. Beschikbare informatie betreffende 51 consulten.**

|  |    |
|--|----|
| aanmeldingsformulier huisarts          | 50 |
| verslag consult kinderarts             | 51 |
| evaluatieformulier huisarts na 6 weken | 44 |
| gegevens patiëntendossier              | 51 |
| enquête ouders                         | 49 |

Gemiddeld bezochten vier kinderen per maand het consultspreekuur, met een variatie van twee tot zeven. Uit alle praktijken en door alle huisartsen werden kinderen voor het consultspreekuur aangemeld. De leeftijd van de 51 kinderen was gemiddeld 3 jaar en 5 maanden. De leeftijdsverdeling is te zien in de tabel 10.3.2. in vergelijking met de respectievelijk 49 en 48 nieuwe patienten die van februari tot en met juli 1988 en 1990 werden gezien op de poliklinieken kindergeneeskunde van het Sophia Kinderziekenhuis.

**Tabel 10.3.2. Leeftijd van de kinderen op het consultspreekuur in vergelijking met nieuwe patiënten op de poliklinieken kindergeneeskunde van februari tot en met juli 1988 en 1990.**

| leeftijd<br>in jaren | consultspreekuur<br>(n=51) | 1988<br>(n=49) | 1990<br>(n=48) |
|----------------------|----------------------------|----------------|----------------|
| 0                    | 6                          | 11             | 13             |
| 1                    | 7                          | 6              | 8              |
| 2                    | 5                          | 4              | 6              |
| 3                    | 8                          | 4              | 2              |
| 4                    | 2                          | 2              | 3              |
| 5                    | 4                          | 1              | -              |
| 6                    | 8                          | 2              | 3              |
| 7                    | 3                          | 3              | 3              |
| 8                    | 4                          | 2              | 2              |
| 9                    | 2                          | 3              | 3              |
| 10                   | 1                          | 3              | 1              |
| 11                   | 1                          | 1              | 2              |
| 12                   | -                          | 3              | 1              |
| 13                   | -                          | 1              | -              |
| 14                   | -                          | 3              | -              |
| 15 en ouder          | -                          | -              | 1              |

Op het consultspreekuur werden minder zuigelingen beoordeeld, terwijl kinderen in de schoolleeftijd daar vaker gezien werden dan op de polikliniek.

### **Aangeboden morbiditeit**

De morbiditeit van de kinderen die het consultspreekuur bezochten, kan worden weergegeven zoals geformuleerd in de probleemstelling door de huisarts en conform de conclusie van de kinderarts (tabel 10.3.3.). Er konden per kind meerdere problemen c.q. conclusies worden vermeld.

Bij 13 kinderen werd door de huisarts meer dan één probleem vermeld; het maximum was vier. Bij 16 kinderen werd door de kinderarts meer dan één conclusie vermeld.

Het meest gepresenteerde probleem betrof malaise (13-maal), gecodeerd in ICPC-hoofdstuk A gevolgd door koorts (7-maal). Een aantal malen werd het kind aangemeld met als bijkomend probleem bezorgdheid van de ouders en functioneel getinte klachten; dit is als tweede conclusie ook een aantal malen vermeld door de kinderarts. Deze problemen werden gecodeerd in ICPC-hoofdstuk P. Bij negen kinderen concludeerde de kinderarts 'geen ziekte', gecodeerd in ICPC-hoofdstuk A.

De motivatie voor aanmelding voor het consultspreekuur werd als volgt aangegeven: overleg diagnose 20-maal, overleg therapie 18-maal, voornamelijk geruststelling ouders 12-maal, toetsing eventuele verwijzing 19-maal en diverse andere redenen 4-maal. Bij sommige patiënten werden dus meerdere motieven voor verwijzing naar het consultspreekuur aangegeven.

**Tabel 10.3.3. Probleemstelling van de huisarts (n=66) en de conclusie van de kinderarts (n=67) betreffende 51 voor eenmalig consult aangemelde kinderen.**

| ICPC-hoofdstuk                    | huisarts | kinderarts |
|-----------------------------------|----------|------------|
| A algemeen en niet gespecificeerd | 22       | 21         |
| B bloed en bloedvormende organen  | 1        | -          |
| D tractus digestivus              | 7        | 4          |
| F oog                             | -        | -          |
| H oor                             | -        | 3          |
| K tractus circulatorius           | -        | -          |
| L bewegingsapparaat               | 4        | 2          |
| N zenuwstelsel                    | 1        | -          |
| P psychische stoornissen          | 6        | 13         |
| R tractus respiratorius           | 19       | 17         |
| S huid                            | 2        | 3          |
| T endocrien, metabool en voeding  | 1        | -          |
| U urinewegen                      | 1        | 2          |
| X vrouwelijk genitaal             | 1        | 1          |
| Y mannelijk genitaal              | 1        | 1          |
| Z sociale problemen               | -        | -          |

### Duur van de klacht

De duur van de klacht en het aantal huisartscontacten hiervoor zoals vermeld door de huisarts op het aanmeldingsformulier staan in tabel 10.3.4.

**Tabel 10.3.4. Duur van de klacht in relatie tot het aantal contacten met de huisarts voorafgaande aan het eenmalig consult.**

| aantal contacten | duur van de klacht |         |         |        | onbekend | totaal |
|------------------|--------------------|---------|---------|--------|----------|--------|
|                  | <24 uur            | 2-7 dg. | 1-4 wk. | >4 wk. |          |        |
| 1                | -                  | 1       | -       | 3      | -        | 4      |
| 2                | -                  | -       | 4       | 6      | -        | 10     |
| >3 jaar          | -                  | -       | 3       | 31     | -        | 34     |
| onbekend         | -                  | -       | -       | 2      | 1        | 3      |
| totaal           | -                  | 1       | 7       | 42     | 1        | 51     |

Het blijkt dat voornamelijk kinderen met langerbestaande klachten (42/51) naar het consultspreekuur werden verwezen. De meesten waren met deze klachten ook al vaak bij de huisarts geweest (31/42). Deze gegevens worden in tabel 10.3.5. vergeleken met de overeenkomstige gegevens bij alle verwijzingen naar de tweedelijns en verwijzingen naar de kindergeneeskunde, zoals geregistreerd tijdens de inventarisatiefase in 1988 (tabel 5.4.1.4 en tabel 5.4.2.2.).

Het spreekuur was niet geschikt voor patiënten met acute problemen, deze werden dan ook niet verwezen naar het consultspreekuur. Afgezien hiervan zijn er ook verder opmerkelijke verschillen. Patiënten op het consultspreekuur hadden lang bestaande klachten (82 procent) en waren hiervoor al frequent bij de huisarts geweest (67 procent). Ze werden zelden verwezen na één contact (8 procent).

Patiënten die naar de poliklinieken kindergeneeskunde werden verwezen, werden dit veelal na één contact (54 procent), het betrof vaak acute problematiek (27 procent), maar zelfs bij de helft van de patiënten bij wie de betreffende klacht al langer dan vier weken bestond, vond verwijzing plaats na slechts één contact. Verwijzingen naar de tweedelijns betroffen vaak langer bestaande klachten (60 procent), maar in tegenstelling tot het consultspreekuur vond verwijzing hier in de helft van de gevallen al na één contact plaats. De verschillen tussen de patiënten die het consultspreekuur bezochten en degenen die in 1988 naar de kinderarts werden verwezen zijn significant met betrekking tot de duur van de klachten en voorafgaande contacten met de huisarts.

**Tabel 10.3.5. Vergelijking van de door de huisarts geregistreerde gegevens betreffende de duur van de klachten bij verwijzing naar de tweedelijns en de kindergeneeskunde in 1988 en het consultspreekuur (afgeronde percentages).**

|                        | consultspreekuur<br>(n=51) | tweedelijns<br>(n=184) | kindergeneeskunde<br>(n=26) |
|------------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------------|
| duur van de klachten   |                            |                        |                             |
| <24 uur                | 0                          | 16                     | 27                          |
| 1 dag-4 weken          | 16                         | 20                     | 35                          |
| >4 weken               | 82                         | 60                     | 38**                        |
|                        | 2                          | 4                      | 0                           |
| voorafgaande contacten |                            |                        |                             |
| 1                      | 8                          | 59                     | 54                          |
| 2                      | 20                         | 17                     | 19                          |
| ≥3                     | 67                         | 23                     | 23**                        |
| onbekend               | 5                          | 1                      | 4                           |

\*\* p<0,01; chi-kwadraat-toets

### **Invloed van ouders en anderen op de verwijzing naar het consultspreekuur**

Door de huisarts werd op het aanmeldingsformulier aangegeven hoe hij de invloed van de ouders op de verwijzing naar het consultspreekuur had ervaren. Dit wordt vergeleken met de visie van de huisartsen hieromtrent bij patiënten verwezen naar de tweedelijns en de kindergeneeskunde in 1988 (tabel 10.3.6.).

**Tabel 10.3.6. Vergelijking van de door de huisarts ervaren opwaartse druk bij verwijzing naar de tweedelijns en de poliklinieken kindergeneeskunde in 1988 en het consultspreekuur (afgeronde percentages).**

| invloed ouders | consultspreekuur<br>(n=51) | tweedelijns<br>(n=184) | kindergeneeskunde<br>(n=26) |
|----------------|----------------------------|------------------------|-----------------------------|
| niet           | 61                         | 67                     | 69                          |
| ◇              | 12                         | 17                     | 11                          |
| sterk          | 25                         | 12                     | 11                          |
| onbekend       | 2                          | 4                      | 8                           |

De huisartsen signaleerden bij alle groepen patiënten weinig invloed van de ouders. Volledigheidshalve wordt nog eens vermeld dat de visies over opwaartse druk van huisarts en kinderarts in het inventariserende onderzoek opmerkelijke verschillen vertoonden (hoofdstuk 5).

Ook indien andere zorgverleners de verwijzing naar het consultspreekuur hadden beïnvloed, werd dit door de huisarts op het aanmeldingsformulier geregistreerd. Bij vijf patiënten gaf de huisarts aan dat een beoordeling van consultatiebureau- of schoolarts van invloed was geweest op de verwijzing naar het consultspreekuur. Bij het inventariserend onderzoek werd een beperkte invloed van de consultatiebureau- en schoolartsen gevonden, in respectievelijk 3 en 11 procent van de verwijzing naar de tweedelij. Slechts één van de 26 door de huisartsen geregistreerde verwijzingen naar de kinderarts werd geïnitieerd door de consultatiebureau-arts. De consultregistratie op de poliklinieken kindergeneeskunde in 1988 toonde aan dat consultatiebureau- en schoolartsen 6 procent van de verwijzingen beïnvloedden (hoofdstuk 5).

### Wat de huisarts anders gedaan zou hebben

De antwoorden van de huisartsen op de vraag welk alternatief gekozen zou zijn bij het ontbreken van de consultmogelijkheid, staan in tabel 10.3.7. Bij vier patiënten werden twee antwoorden gegeven.

**Tabel 10.3.7. Door de huisarts aangegeven alternatief bij ontbreken consultmogelijkheid (n=53)**

|   |    |
|---|----|
| verwijzing kinderarts                               | 32 |
| verwijzing andere specialist                        | 8  |
| voortzetting eigen beleid                           | 7  |
| overleg collega huisarts                            | 3  |
| telefonisch overleg kinderarts of andere specialist | 3  |

De huisartsen gaven dus aan dat 32 kinderen verwezen zouden zijn naar de kinderarts en acht naar een andere specialist.

### Na het consult

De kinderarts formuleerde na het consultspreekuur een advies aan de huisarts over het te voeren beleid. Met de ouders werd een afrondend gesprek gevoerd, waarin hun tevens werd medegedeeld dat de verdere begeleiding in handen van de huisarts bleef en hen tevens geadviseerd werd een controle-afspraken bij de huisarts te maken. De huisarts werd op de hoogte gebracht van datgene wat door de kinderarts met de ouders was besproken.

Voor 29 kinderen werd door de kinderarts meer dan één advies aan de huisarts geformuleerd; het totale aantal adviezen bedroeg 87. De aard van de adviezen is vermeld in tabel 10.3.8.

Van de 49 geënquêteerde ouders gaven 25 aan dat zij de huisarts na het consult bezocht hadden. De ouders vermeldden dat tijdens dit bezoek door de huisarts het consult met de kinderarts werd besproken (8-maal), een behandeling werd ingesteld (9-maal), verder onderzoek werd verricht (1-maal) of een verwijzing werd geregeld (2-maal naar de kinderarts en 5-maal naar andere specialisten).

In het dossier van 19 kinderen werden aantekeningen betreffende een contact naar aanleiding van het eenmalig consult gevonden. Van deze contacten vonden er 10 in de eerste week en de overige 9 binnen vijf weken na het consult plaats. Van deze 19 kinderen zijn er 14 nog vaker, variërend van 1 tot 6 keer, met het betreffende probleem bij de huisarts geweest.

**Tabel 10.3.8. Adviezen van de kinderarts aan de huisarts (n=87).**

| advies   | aantal |
|--|--------|
| medicatie  | 22     |
| dieet  | 4      |
| laboratoriumdiagnostiek                            | 17     |
| verwijzing kinderarts                              | 2      |
| verwijzing andere specialist                       | 4      |
| verwijzing andere hulpverleners                    | 4      |
| bij geen verbetering: verwijzing kinderarts        | 4      |
| bij geen verbetering: verwijzing andere specialist | 8      |
| voorlichting door de huisarts                      | 6      |
| diversen   | 16     |

In de dossiers van de overige 32 patiënten kon geen verdere actie van de huisarts naar aanleiding van het consult worden getraceerd. Op het evaluatieformulier vermeldde de huisarts bij 11 patiënten niets ondernomen te hebben.

Om de vraag te beantwoorden in hoeverre het advies van de kinderarts door de huisarts werd overgenomen, werden de gegevens van het evaluatieformulier en het dossieronderzoek geanalyseerd.

Het advies van de kinderarts en het beleid van de huisarts voor zover genoteerd op het evaluatieformulier of in het dossier, staan in tabel 10.3.9., waarbij aangegeven is of dit in overeenstemming was met het advies.

**Tabel 10.3.9. Beleid van de huisarts na het eenmalig consult conform (+) of afwijkend van (-) het advies van de kinderarts.**

|                                 | advies kinderarts<br>(n=51) | beleid huisarts volgens      |   |                   |   |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---|-------------------|---|
|                                 |                             | evaluatieformulier<br>(n=44) |   | dossier<br>(n=19) |   |
|                                 |                             | +                            | - | +                 | - |
| medicatie                       | 22                          | 12                           | 9 | 10                | 1 |
| laboratoriumdiagnostiek         | 17                          | 11                           | 2 | 9                 | 3 |
| verwijzing kinderarts           | 2/4                         | 0                            | 1 | 1                 | 1 |
| verwijzing andere specialist    | 4/8                         | 1                            | 1 | 4                 | 3 |
| verwijzing andere hulpverleners | 4                           | 1                            | 0 | 1                 | 0 |

Er werd een aanzienlijke discrepantie tussen het evaluatieformulier en het dossier gevonden, waarbij in aanmerking moet worden genomen dat de evaluatie na zes weken en het dossieronderzoek na meerdere maanden werd verricht. Een aantal verwijzingen vond pas plaats in de periode nadat de huisarts het evaluatieformulier had geretourneerd. Bovendien lijkt het waarschijnlijk, mede gezien de discrepantie tussen de door de ouders gemelde en in het dossier terug te vinden controlebezoeken na het consult, dat in het dossier geen aantekening is gemaakt van alle acties van de huisarts.

Ondanks bovenstaande lijkt er toch ook weinig overeenstemming tussen het advies van de kinderarts en het door de huisarts gevoerde beleid.



Zo werd aan de 22 patiënten, waarvoor de kinderarts medicatie had geadviseerd, volgens de evaluatieformulieren 12-maal en volgens de informatie uit het dossier 10-maal een recept gegeven. Maar ook kinderen voor wie dit niet was geadviseerd, kregen een prescriptie, volgens het evaluatieformulier en het dossier, respectievelijk negen- en éénmaal.

## 10.4 Nieuwe patiënten op de poliklinieken kindergeneeskunde voor en tijdens het consultspreekuur en een vergelijking met de patiënten op het consultspreekuur.

In deze paragraaf worden de resultaten van de consultregistratie op de poliklinieken kindergeneeskunde van 1 februari tot en met 31 juli 1988 en 1990 getoond. Waar zinvol wordt een vergelijking gemaakt met de gegevens van de patiënten die het consultspreekuur bezochten. Tijdens bovengenoemde perioden bezochten respectievelijk 49 en 48 nieuwe patiënten uit de onderzoekpopulatie de polikliniek. De leeftijdsverdeling van de patiënten die in 1988 en 1990 de polikliniek bezochten, toont geen verschillen (zie tabel 10.3.2.).

Het tijdstip van polikliniekbezoek en de verdeling van de patiënten over algemene kindergeneeskunde en de diverse subspecialismen staan in tabel 10.4.1. en 10.4.2. In 1990 werden meer patiënten tijdens de dienst op de polikliniek beoordeeld. De verdeling van de nieuwe patiënten over de diverse poliklinieken toont geen opvallende verschillen met uitzondering van de verwijzingen naar cardiologie. Door de kleine aantallen zijn deze verschillen niet significant.

**Tabel 10.4.1. Tijdstip polikliniekbezoek.**

|            | 1988<br>(n=49) | 1990<br>(n=48) |
|------------|----------------|----------------|
| spreekuur  | 36             | 22**           |
| acute poli |                |                |
| - overdag  | 10             | 12             |
| - dienst   | 3              | 13**           |
| - onbekend | -              | 1              |

\*\*  $p < 0,01$ ; chikwadraat-toets

**Tabel 10.4.2. Nieuwe patiënten naar subspecialisme.**

| polikliniek                | 1988<br>(n=49) | 1990<br>(n=48) |
|----------------------------|----------------|----------------|
| algemene kindergeneeskunde | 42             | 41             |
| subspecialismen:           |                |                |
| cardiologie                | 0              | 4              |
| endocrinologie/diabetes    | 2              | 1              |
| gastroënterologie          | 1              | 0              |
| pulmonologie               | 3              | 1              |
| reumatologie               | 1              | 0              |
| stofwisselingsziekten      | 0              | 1              |

In tabel 10.4.3. worden de verwijzers van deze nieuwe patiënten vermeld. In beide jaren werden 35 patiënten door de huisarts verwezen. Ook het aantal patiënten dat geheel op initiatief van de ouders kwam, is vrijwel hetzelfde.

**Tabel 10.4.3. Verwijzers nieuwe patiënten.**

| verwijzers | 1988<br>(n=49) | 1990<br>(n=48) |
|------------|----------------|----------------|
| huisarts   | 35             | 35             |
| anderen    | 6              | 6              |
| ouders     | 8              | 7              |

Ter vergelijking van de door de nieuwe patiënten op de polikliniek in 1988 en 1990 aangeboden morbiditeit worden in onderstaande tabellen de gepresenteerde klachten en de diagnose, zoals geregistreerd door de kinderarts weergegeven (tabel 10.4.4. en 10.4.5.).

De gegevens werden vergeleken met die van de patiënten die het consultspreekuur bezochten. Voor een goede vergelijking werd van deze patiënten alleen de eerste reden voor komst zoals genoteerd door de kinderarts en de eerste aan het eind van het consult geformuleerde conclusie geanalyseerd. Vergelijk tabel 10.3.3.

**Tabel 10.4.4. Klachten nieuwe patiënten per ICPC-hoofdstuk.**

| ICPC-hoofdstuk                    | 1988<br>(n=49) | 1988<br>(n=48) | consultspreekuur<br>(n=51) |
|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------------------|
| A algemeen en niet gespecificeerd | 12             | 16             | 19                         |
| B bloed en bloedvormende organen  | 1              | -              | 1                          |
| D tractus digestivus              | 9              | 11             | 5                          |
| F oog                             | -              | -              | -                          |
| H oor                             | -              | -              | -                          |
| K tractus circulatorius           | -              | 4              | -                          |
| L bewegingsapparaat               | 2              | 2              | 3                          |
| N zenuwstelsel                    | 3              | 2              | 1                          |
| P psychische stoornissen          | 1              | 2              | 2                          |
| R tractus respiratorius           | 9              | 3              | 16**                       |
| S huid                            | 3              | 1              | 2                          |
| T endocrien, metabool en voeding  | 7              | 7              | .*                         |
| U urinewegen                      | 1              | -              | -                          |
| X vrouwelijk genitaal             | -              | -              | 1                          |
| Y mannelijk genitaal              | 1              | -              | 1                          |
| Z sociale problemen               | -              | -              | -                          |

\*  $p < 0,05$  en \*\*  $p < 0,01$ ; chikwadraat-toets

De klachten zoals geregistreerd bij de nieuwe patiënten op de poliklinieken in 1988 en 1990 tonen geen opvallende verschillen. Er zijn wel verschillen tussen de klachten van de patiënten op het consultspreekuur en de polikliniek. Er werden met name vergeleken met de polikliniek in 1990 op het consultspreekuur meer kinderen met luchtwegproblemen aangeboden ( $p < 0,01$ ; chikwadraat-toets).

Het betrof vooral bovenste luchtweginfecties, die aanleiding gaven tot recidiverende ziekte-episodes en waarbij ook het toetsen van de zin van een eventuele adenotomie één van de redenen van de consultatie was. Daarnaast werden meer kinderen gepresenteerd met een probleem in de A-categorie: het betrof hier 11-maal het probleem 'malaise' (A04) als eerste reden voor komst gepresenteerd; een klacht die als reden voor komst naar de polikliniek zowel in 1988 als in 1990 slechts driemaal werd genoteerd. Klachten betreffende de T-categorie werden op het consultspreekuur niet aangeboden in tegenstelling tot de polikliniekspreekuren ( $p < 0,05$ ; chikwadraat-toets).

**Tabel 10.4.5. Diagnosen nieuwe patiënten per ICPC-hoofdstuk.**

| ICPC-hoofdstuk                    | 1988<br>(n=49) | 1988<br>(n=48) | consultspreekuur<br>(n=51) |
|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------------------|
| A algemeen en niet gespecificeerd | 10             | 13             | 19                         |
| B bloed en bloedvormende organen  | 1              | -              | -                          |
| D tractus digestivus              | 8              | 8              | 4                          |
| F oog                             | -              | -              | -                          |
| H oor                             | -              | 1              | 1                          |
| K tractus circulatorius           | -              | 4              | -                          |
| L bewegingsapparaat               | 2              | 2              | 2                          |
| N zenuwstelsel                    | 2              | 3              | -                          |
| P psychische stoornissen          | 2              | 1              | 4                          |
| R tractus respiratorius           | 13             | 7              | 17                         |
| S huid                            | 2              | 1              | 2                          |
| T endocrien, metabool en voeding  | 7              | 7              | -*                         |
| U urinewegen                      | 1              | -              | -                          |
| X vrouwelijk genitaal             | -              | -              | 1                          |
| Y mannelijk genitaal              | 1              | -              | 1                          |
| Z sociale problemen               | -              | 1              | -                          |

\*  $p < 0,05$ ; chikwadraat-toets

De verdeling over de ICPC-hoofdstukken van de in 1988 en 1990 bij de nieuwe patiënten op de polikliniek gestelde diagnosen laat geen opvallende verschillen zien. Alleen in de R-categorie werden in 1990 minder kinderen naar het spreekuur verwezen; dit verschil is niet significant. Conform de bevindingen bij de gepresenteerde klachten valt op dat meer kinderen met luchtwegklachten naar het consultspreekuur werden verwezen, met name in vergelijking met de verwijzingen naar de polikliniek in 1990.

Bij de door de kinderarts genoteerde diagnosen (tabel 10.4.5.) werd in de A-categorie bij het consultspreekuur 9-maal 'geen ziekte' (A97) vermeld. Ook dit kwam bij nieuwe patiënten op de polikliniek weinig voor; alleen in 1988 werd deze conclusie viermaal genoteerd. Het frequent voorkomen van diagnosen in de P-categorie, zoals vermeld in tabel 10.3.3., werd vooral veroorzaakt doordat de kinderarts veelal als tweede conclusie functionele klachten of grote ongerustheid van de ouders signaleerde. In deze tabellen is dit verschil minder duidelijk, omdat hier alleen eerste klachten en diagnosen bij bezoeken aan de polikliniek en het consultspreekuur vergeleken worden. Een opvallend verschil tussen de morbiditeit op de polikliniek en het consultspreekuur is dat problemen in de categorie 'endocrien, metabool en voeding' (T) door de huisartsen niet naar het consultspreekuur werden verwezen ( $p < 0,05$ ; chikwadraat-toets). Het zal hier veelal problemen betreffen, waarvoor op voorhand verondersteld kon worden dat een langere

kindergeneeskundige begeleiding noodzakelijk is of die niet geschikt zijn voor beoordeling in het gezondheidscentrum.  
De door de kinderarts verrichte procedures naar aanleiding van het eerste consult staan in tabel 10.4.6.

**Tabel 10.4.6. Procedures bij het eerste bezoek van de nieuwe patiënten in 1988 en 1990.**

| procedures                | 1988<br>(n=49) | 1990<br>(n=48) |
|---------------------------|----------------|----------------|
| laboratoriumonderzoek     | 40             | 37             |
| röntgenonderzoek          | 20             | 26             |
| dieetadvies door diëtiste | 2              | 1              |
| overige                   | 12             | 3*             |

\*  $p < 0,05$ ; chikwadraat-toets

Alleen bij de rubriek 'overige' zijn er verschillen in de verrichte procedures in aansluiting op het polikliniekbezoek van de nieuwe patiënten in 1988 en 1990. Gezien deze parameters lijkt de problematiek van de verwezen patiënten in 1989 en 1990 niet in belangrijke mate te verschillen, met name lijkt het niet zo dat in 1990 patiënten met meer complexe problematiek naar de poliklinieken werden verwezen dan in 1988.

De vervolgspraken zijn weergegeven in tabel 10.4.7. Ook hier worden geen verschillen gezien in aantallen patiënten voor wie poliklinische controle niet nodig is of voor wie juist langdurige poliklinische begeleiding voorzien wordt. Wel werden in 1990 meer patiënten opgenomen, mogelijk werd meer acute problematiek aangeboden, zoals ook afgeleid kon worden uit het hogere aantal verwijzingen tijdens de diensturen. Het verschil in aantal opnamen is niet significant.

**Tabel 10.4.7. Kindergeneeskundige vervolgcontroles na eerste consult.**

|                        | 1988<br>(n=49) | 1990<br>(n=48) |
|------------------------|----------------|----------------|
| opname                 | 5              | 9              |
| poliklinische controle |                |                |
| niet nodig             | 9              | 9              |
| <3 maanden             | 17             | 11             |
| 3-6 maanden            | 8              | 7              |
| >6 maanden             | 10             | 12             |

Vervolgens worden, met betrekking tot de door de huisarts verwezen patiënten, enkele aspecten rond de verwijzing besproken. In tabel 10.4.8. zijn weergegeven de invloed van de ouders en andere factoren op de verwijzing, alsmede in welke mate de verwijzing door de kinderarts als zinvol werd ervaren en in hoeverre de motivatie van de verwijzing duidelijk was.

De vergelijking van de meeste parameters toont geen significante verschillen voor de nieuwe patiënten gezien op de polikliniek in 1988 en 1990 zowel bij de door de huisarts verwezen patiënten als de gehele groep nieuwe patiënten.

**Tabel 10.4.8. Vergelijking visie van de kinderarts over enkele aspecten betreffende alle nieuwe en door de huisarts verwezen patiënten.**

| aspecten                | alle nieuwe    |                | door huisarts verwezen |                |
|-------------------------|----------------|----------------|------------------------|----------------|
|                         | 1988<br>(n=49) | 1990<br>(n=48) | 1988<br>(n=35)         | 1990<br>(n=35) |
| invloed ouders          |                |                |                        |                |
| niet                    | 18             | 17             | 15                     | 12             |
| ◇                       | 8              | 8              | 6                      | 8              |
| sterk                   | 21             | 16             | 12                     | 9              |
| onbekend                | 2              | 7              | 2                      | 6              |
| invloed andere factoren |                |                |                        |                |
| niet                    | 28             | 31             | 24                     | 23             |
| ◇                       | 10             | 3              | 5                      | 1              |
| sterk                   | 10             | 9              | 6                      | 6              |
| onbekend                | 1              | 6              | -                      | 5              |
| zinvolheid              |                |                |                        |                |
| zeer                    | 30             | 41*            | 24                     | 31             |
| ◇                       | 7              | 4              | 5                      | 3              |
| niet                    | 13             | 2              | 6                      | 1              |
| onbekend                | 1              | 1              | -                      | -              |
| motivatie               |                |                |                        |                |
| duidelijk               | 41             | 46             | 32                     | 35             |
| ◇                       | 2              | 1              | -                      | -              |
| onduidelijk             | 5              | -              | 3                      | -              |
| onbekend                | 1              | 1              | -                      | -              |

\*  $p < 0,05$ ; chikwadraat-toets

Een uitzondering vormt de door de kinderarts ervaren zinvolheid van de verwijzing die lijkt te zijn toegenomen in 1990; een verschil dat bij de gehele groep het niveau van significantie bereikt.

## 10.5. Oordeel van ouders en huisartsen

### Mening van de ouders

Op de eerste vraag van de enquête werd door 51 procent van de ouders bevestigd dat zij op de hoogte waren van het feit dat zij naar de kinderarts waren verwezen voor één consult.

Van de 49 ouders waren er 40 tevreden dat de kinderarts eenmaal hun kind onderzocht. Acht ouders hadden de voorkeur gegeven aan een verwijzing naar het ziekenhuis voor een uitgebreider dan wel langduriger onderzoek. Eén ouderpaar daarentegen had geen behoefte aan een eenmalig consult en vond dat zij bij de huisarts hadden kunnen blijven.

Zesenvertig ouders vonden de plaats van onderzoek in het gezondheidscentrum geschikt. De frequenties van de verschillende redenen, die door de ouders spontaan werden genoemd op devraag waarom men liever naar het gezondheidscentrum ging, waren:

- Het ziekenhuis is moeilijker te bereiken door grotere afstand of door slecht openbaar vervoer (38).
- Het gezondheidscentrum is een vertrouwde/bekende omgeving (22).
- Korte wachttijden in het gezondheidscentrum (11).
- Het kind is rustiger in het gezondheidscentrum en/of bang voor artsen in het ziekenhuis (6).
- Indien nodig zou men toch wel doorgestuurd worden naar het ziekenhuis (5).
- In het ziekenhuis vinden veel routine-onderzoeken plaats (2).
- Het gaan naar het ziekenhuis wordt als ingrijpend ervaren (2).

Drie ouders waren ook voor een eenmalig onderzoek liever naar het ziekenhuis gegaan, omdat daar meer mogelijkheden voor onderzoek aanwezig zijn en omdat ze in het ziekenhuis zelf een specialist zouden kunnen uitzoeken.

De helft van de ouders (26) meldden dat het probleem waarvoor de kinderarts werd geraadpleegd, inmiddels was opgelost; bij 23 kinderen was dit niet het geval. Een verdere detaillering, met name van de laatste categorie, wordt gegeven in tabel 10.5.1.

**Tabel 10.5.1. Antwoorden op de vraag of het probleem opgelost is (n=49)**

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| ja                                    | 26 |
| nee, niet over geweest                | 9  |
| nee, maar is minder geworden          | 8  |
| nee, het heeft de kop weer opgestoken | 6  |

De meeste (44/49) ouders antwoordden positief op de vraag hoe zij de totale gang van zaken hadden ervaren. De frequentie en de verschillende antwoorden die door de ouders spontaan werden genoemd, waren:

- Goed, prettig, prima, gewoon (44).
- Het kind werd goed lichamenlijk onderzocht en gerustgesteld (29).
- De ouders werden op hun gemak gesteld, er werd goed naar hen geluisterd en ze werden goed geïnformeerd (21).
- De kinderarts heeft in vergelijking met de huisarts meer verstand van en meer tijd voor kinderen (8).
- De wens voor continuering van de consultmogelijkheid al dan niet met vervolgafspraken (7).
- Het consult was geruststellend (6).

Drie, overigens positief oordelende, ouders plaatsten de kritische noot dat de onderzoekruimte ongezellig was.

De ouders van twee kinderen waren niet tevreden met de totale gang van zaken tijdens het consultspreekuur. Zij waren van mening dat het kind door de kinderarts niet op zijn gemak werd gesteld, dat de moeder door de kinderarts werd genegeerd en dat de onderzoekruimte kind-onvriendelijk was. Drie ouders lieten blijken een onbevredigd gevoel te hebben, omdat het probleem, waarvoor zij de kinderarts consulteerden, nog niet was opgelost. Deze ouders waren wel positief over de manier waarop het consultspreekuur verliep.

### **Mening van de huisartsen**

De 12 huisartsen die de enquête retourneerden lieten weten na afronding van het experiment een positieve opinie over het consultspreekuur te hebben. Van deze 12 huisartsen gaven 7 aan dat ze ook voor de aanvang van het experiment positief gestemd waren; de overige 5 waren tevoren neutraal gestemd.

Zeven huisartsen waren van mening dat de gehele gang van zaken, te weten frequentie, tijdstip, wijze van aanmelding, aanmeldingsformulier, lokatie, kinderarts en rapportage, voldeed. Vier huisartsen waren van mening dat het aanmeldingsformulier beter kon; één van deze vier huisartsen vond ook de wijze van aanmelding voor verbetering vatbaar. Eén huisarts had een negatief oordeel over de lokatie.

Tien huisartsen zouden het op prijs stellen de consultmogelijkheid te continueren. Eén huisarts had geen mening en één huisarts gaf aan het niet op prijs te stellen als het spreekuur zou worden voortgezet, behoudens in het kader van onderzoek en wanneer de betreffende kinderarts het spreekuur zou willen voortzetten.

Uit de suggesties, gedaan om het consultspreekuur te verbeteren, bleek dat men zich vooral zorgen maakte over het rendement van de tijdsinvestering van de kinderarts. Voorgesteld werd, in verband met het relatief geringe aanbod, het spreekuur eens in de 2 à 3 weken te laten plaatsvinden en de mogelijkheid van vervolggconsulten in te stellen. In plaats van een aanmeldingsformulier in te vullen zou door de huisarts een brief geschreven kunnen worden.

## 10.6. Beschouwing

De gegevens verzameld met de in paragraaf 10.2. beschreven methoden, zijn vrij volledig. Alleen van de evaluatieformulieren, die zes weken na het eenmalig consult door de huisarts ingevuld moesten worden, ontbreekt een aanzienlijk deel (14 procent). Helaas kon de contactregistratie in de huisartspraktijk, zoals verricht in 1988, ten tijde van het consultspreekuur niet opnieuw uitgevoerd worden. Er moest volstaan worden met retrospectieve analyse van het patiëntendossier van de naar het consultspreekuur verwezen patiënten. Er kan twijfel bestaan over de volledigheid van de gegevens in het patiëntendossier. Dit betekent dat gegevens met betrekking tot de acties van de huisarts in aansluiting op het consult met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

De patiënten verwezen naar het consultspreekuur verschilden in een aantal aspecten van die verwezen naar de polikliniek. Dit betrof de duur van de klachten en voorafgaande huisartsgeneeskundige bemoeienis, de leeftijd en de morbiditeit. Door de opzet van de interventie konden patiënten met acute problemen niet naar het consultspreekuur worden verwezen, maar het was toch opvallend dat 82 procent van de naar het consultspreekuur verwezen patiënten klachten hadden die langer dan vier weken bestonden. Dit in tegenstelling tot patiënten die in 1988 naar de polikliniek werden verwezen toen slechts 38 procent van alle patiënten zolang klachten had. Ook het aantal aan de verwijzing voorafgaande huisartscontacten bedroeg bij 67 procent van de patiënten meer dan drie en bij de in 1988 verwezen patiënten was dit bij 23 procent het geval (tabel 10.3.5.). Wat de leeftijd betreft was bij de patiënten die naar het consultspreekuur werden verwezen de groep 5- tot 9-jarigen oververtegenwoordigd (tabel 10.4.1.).

De analyse van de morbiditeit laat bij vergelijking van de klachten van de nieuwe patiënten op de polikliniek met de probleemstelling van de huisarts bij verwijzing naar het consultspreekuur zien, dat veel patiënten met problemen in het ICPC-hoofdstuk P worden verwezen naar het consultspreekuur. Het betrof hier gedrags- en schoolproblemen, grote bezorgdheid van de ouders en functionele klachten. De A-categorie is zowel op de polikliniek als bij verwijzing naar het consultspreekuur in ongeveer gelijke mate vertegenwoordigd, maar binnen dit hoofdstuk werden grote verschillen gezien; op het consultspreekuur werd vooral het probleem 'malaise' frequent gepresenteerd.

In tegenstelling tot de door de huisarts aangegeven alternatieven voor verwijzing naar het consultspreekuur lijkt het onwaarschijnlijk dat een groot deel van de patiënten bij het ontbreken van deze mogelijkheid naar de polikliniek zou zijn verwezen. De patiënten op het consultspreekuur lijken eerder patiënten die de huisarts anders niet zou hebben verwezen, maar waarvoor de

mogelijkheid hen te verwijzen naar het consultspreekuur wel een aantrekkelijk alternatief was. Het waren immers patiënten die met het probleem al langdurig en frequent de huisarts bezochten en waarbij het plezierig kan zijn als een ander de zorgen deelt. De reden van verwijzing naar het consultspreekuur leek dan ook veelal een vraag om ondersteuning van de visie van de huisarts en geruststelling van de ouders. Overigens werd maar bij 12 patiënten 'voornamelijk geruststelling ouders' als reden voor verwijzing naar het consultspreekuur aangegeven.

De aard van de gepresenteerde problemen leende zich goed voor het consultspreekuur, daar veelal na anamnese en lichamelijk onderzoek een conclusie geformuleerd kon worden. De kinderarts liet na het consult, in overeenstemming met de eerder gemaakte afspraken, de verdere begeleiding aan de huisarts over. Het feit dat door de huisarts geen nacontrole werd verricht, is in tegenstelling tot de gemaakte afspraken en veronderstellingen. Hierdoor was er geen sprake van complementaire zorgverlening, hetwelk vaak juist als voordeel van deze vorm van consultatie wordt gezien (Vierhout 1987, 1994). Een verklaring lijkt dat hoewel een aanzienlijk deel van de ouders aangaf dat het probleem niet was opgelost er na het bezoek aan het consultspreekuur kennelijk minder behoefte aan medische zorg gevoeld werd. Het lijkt tevens dat de huisartsen verwijzing naar het consultspreekuur toch meer als een tijdelijke overdracht van zorg beschouwden, dan als ondersteuning van hun eigen beleid bij de patiënt. Daarbij moet worden opgemerkt dat het voor huisartsen gebruikelijk is vervolcontacten meer aan het initiatief van de patiënt over te laten, in tegenstelling tot hetgeen bij kinderartsen gebruikelijk is.

Het aanbod op de poliklinieken kindergeneeskunde werd, zowel inhoudelijk als qua aantal, niet of slechts marginaal beïnvloed. Mogelijk werd iets meer acute problematiek aangeboden, gezien het hogere aantal verwijzingen tijdens de dienst. Ook zijn er aanwijzingen dat kinderen met luchtwegproblemen in plaats van naar de polikliniek naar het consultspreekuur werden verwezen. Het betrof hier onder andere het toetsen van de indicatie voor verwijzing naar de KNO-arts.

De meeste aspecten, die een relatie bleken te hebben met het nut van een verwijzing naar de specialist, zoals de mate waarin de ouders en andere dan medische factoren de verwijzing hebben beïnvloed en het duidelijk zijn van de motivatie voor komst naar de polikliniek, zijn voor de polikliniekpatiënten ten tijde van de interventie niet gewijzigd. Alleen bij vergelijking van alle nieuwe patiënten (ook degenen die niet door de huisarts werden verwezen) wordt in 1990 de komst naar de polikliniek als zinvoller beoordeeld dan in 1988 (tabel 10.4.8.). Bij de naar het consultspreekuur verwezen groep patiënten werd door de huisartsen iets meer opwaartse druk gesignaleerd (tabel 10.3.6.) conform de verwachtingen bij het starten van dit experiment, waarbij juist voor deze groep patiënten verwijzing naar het consultspreekuur een geschikt alternatief leek.

Geconcludeerd kan worden dat met de hier uitgewerkte vorm van consultatie geen besparingen wat betreft het aantal verwijzingen worden gerealiseerd. Evenmin wordt onnodige specialistische zorg voorkomen. Wel wordt voor een groep patiënten de kwaliteit van de zorg zonder dat zij verwezen worden naar de tweedelijns positief beïnvloed. Voor hen lijkt de vicieuze cirkel van herhaald huisartsbezoek voor langbestaande matig ernstige klachten doorbroken, waarna er minder behoefte aan medische zorg blijkt. Dit gebeurt overigens zonder dat de huisarts bij dit proces betrokken is. Evaluatie van het beleid in de huisartspraktijk volgend op het eenmalig consult maakt duidelijk dat er geen sprake was van continuïteit en complementaire zorgverlening. In veel opzichten functioneerde een verwijzing naar het consultspreekuur daarmee op identieke wijze als een verwijzing naar de polikliniek, in die zin dat de huisarts gedurende enige tijd de zorg voor de betreffende patiënt aan een ander overlaet. De huisartsen gaven aan tevreden te zijn over deze vorm van consultatie, mogelijk mede door het feit dat het spreekuur in het gezondheidscentrum werd gehouden als comfortabel voor de patiënt werd beschouwd.

Op deze wijze voegt deze vorm van consultatie wel iets toe aan de zorg voor de patiënt in de huisartspraktijk.



# 11. Afstemming van zorg voor bij de kinderarts bekende kinderen; overzichten polikliniekbezoek en besprekingen

## 11.1. Inleiding

De tweede interventie, waartoe werd besloten, richtte zich op het verbeteren van de afstemming van de zorgverlening aan de kinderen die al langere tijd onder controle van de kinderarts waren. Uit eerdere analyses was gebleken dat deze kinderen frequenter dan anderen hun huisarts consulteren, ook voor problemen waarvoor zij tevens specialistische zorg ontvangen. Bovendien bleek dat de huisarts zich niet altijd bewust was van het feit dat deze patiënten onder specialistische behandeling waren. De antwoorden omtrent de duidelijkheid van de taakafbakening lieten een grote discrepantie tussen huisarts en specialist zien, vooral bij patiënten die reeds langer onder specialistische controle waren.

De doelstelling was de huisarts ten tijde van de specialistische behandeling de gelegenheid te bieden zijn visie te geven op de behandeling, aanvullende informatie in te winnen en te verstrekken en daarmee te komen tot een betere afstemming van de zorgverlening.

Hiertoe werden de huisartsen geregeld geïnformeerd welke patiënten de polikliniek hadden bezocht en werd hen tevens de gelegenheid geboden patiënten aan te melden voor overleg met de consulent-kinderarts.

De vragen bij deze interventie waren:

- Wat is het effect van het zenden van overzichten van polikliniekbezoek?
- Hoe vaak en voor welke patiënten werd gebruikgemaakt van de mogelijkheid tot overleg met de kinderarts?
- Wat waren de motieven van de huisartsen om patiënten aan te melden?
- Wat was de inhoud van de besprekingen?
- Werd de zorgverlening voor deze patiënten beïnvloed?
- Hoe werden de consultbesprekingen en de overzichten van polikliniekbezoek gewaardeerd door de huisartsen?

## 11.2. Methode

### Overzichten polikliniekbezoek

Om de huisartsen geregeld op de hoogte te brengen welke patiënten uit hun praktijk een bezoek aan een van de poliklinieken kindergeneeskunde hadden gebracht, werden met behulp van de gegevens van het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS) voor elk van de vijf praktijken overzichten gemaakt van alle patiënten die in de betreffende maand één of meer keer de polikliniek bezocht hadden. Vermeld werden de personalia, het adres en of de algemene polikliniek dan wel een subspecialistische polikliniek werd bezocht. Bovendien werd gemarkeerd welke patiënten met een nieuw probleem de polikliniek hadden bezocht.

Het overzicht van alle polikliniekbezoeken uit de onderzoekpopulatie werd 2 à 3 weken na afloop van de betreffende maand ontvangen van de Centrale Dienst Automatisering en Informatieverwerking. Hierna vergde het nog enige tijd om de overzichten per praktijk te redigeren. Om

deze reden en op praktische gronden werd besloten steeds enige tijd voorafgaande aan het maken van afspraken voor een nieuwe reeks consultbesprekingen de overzichten van enkele maanden te verzenden.

## Consultbesprekingen

Het overleg werd per groepspraktijk in de praktijk van de huisarts georganiseerd op een voor de huisartsen en de consultant-kinderarts geschikt tijdstip. De besprekingen werden bijgewoond door een of meer huisartsen van de betrokken praktijk, de consultant-kinderarts en een notulerende tevens observerende onderzoeker.

De te bespreken patiënten moesten door de betreffende praktijk uiterlijk drie dagen voor de bespreking worden aangemeld bij de praktijkassistente die ook het consultspreekuur coördineerde. De namen werden telefonisch doorgegeven aan de consultant-kinderarts, zodat in het Sophia Kinderziekenhuis de statussen van de betreffende patiënten opgezocht konden worden.

Om de interventie te kunnen evalueren, werd gebruikgemaakt van een aanmeldingsformulier (bijlage 11.4.), dat moest worden ingevuld door de huisarts en waarop de volgende punten werden vastgelegd:

- *Patiëntgegevens.*
- *Motivatie voor de aanmelding* voor het overleg, te weten:
  - verduidelijking van het ziektebeeld, de prognose, het beleid van de kinderarts;
  - veel acute situaties waarbij de huisarts geconsulteerd wordt;
  - psychosociale problemen;
  - niet-gecoördineerde zorgverlening;
  - wens (deel van) de zorg over te nemen;
  - ergernis over iets;
  - een andere nader aan te geven reden.
- *Diverse vragen omtrent de afstemming van zorgverlening* in eerste- en tweedelij, conform het tijdens de parallelregistratie gebruikte formulier 4.

De gegevens op het aanmeldingsformulier werden vergeleken met de gegevens van de patiënten uit de parallelregistratie, zoals verzameld met formulier 4. Dit formulier werd de huisartsen toegestuurd tijdens het inventariserende onderzoek als voor één van hun patiënten een vervolgsconsult, gedefinieerd als een derde of volgend bezoek op de polikliniek kindergeneeskunde, werd geregistreerd.

Zoals eerder vermeld (hoofdstuk 9), was het niet haalbaar gebleken opnieuw een contactregistratie in de huisartspraktijk uit te voeren, dan wel voor de patiënten die de polikliniek kindergeneeskunde bezochten opnieuw door de huisarts formulier 4 te laten invullen.

Wel konden de gegevens van de tweede consultregistratie op de poliklinieken kindergeneeskunde van het Sophia Kinderziekenhuis bij de analyse van deze interventie worden gebruikt. Teneinde inzicht te verkrijgen in de mate waarin het verstrekken van de overzichten van polikliniekbezoek en het instellen van het consultspreekuur de interactie tussen huisarts en behandelend kinderarts hadden beïnvloed, werd een aantal gegevens vergeleken. Het betrof hier de visie van de kinderarts over de duidelijkheid van de taakafbakening, de kwaliteit van de informatie uit het Sophia Kinderziekenhuis en de kwaliteit van de informatie van de huisarts aan de specialist, zowel ten tijde van de parallelregistratie (1988) als ten tijde van de interventie.

Voor deze analyse werd de tweede registratieperiode verdeeld in twee perioden van een halfjaar, te weten september 1989 tot en met februari 1990 en maart tot en met augustus 1990. Gebruikt werd het eerstgeregistreerde vervolgsconsult van de patiënten die in de eerste periode de polikliniek bezochten en het laatstgeregistreerde vervolgsconsult van de patiënten die in de tweede periode de polikliniek bezochten.

Tevens werd de mening van de huisarts over de taakafbakening en de informatie van de specialist ten tijde van de parallelregistratie bij deze vergelijking betrokken.

De inhoud van de consultbespreking werd genoteerd tijdens het gesprek en vervolgens gecategoriseerd in de navolgende rubrieken: verduidelijking ziektebeeld ten behoeve van patiënt, uitleg ziektebeeld of beleid in het algemeen, bespreking actuele stand van zaken, toelichting wie betrokken is bij behandeling of met wie in het Sophia Kinderziekenhuis voor nader overleg contact op te nemen, huisarts geeft aanvullende informatie over het gezin, bespreking actie tot coördinatie of overdracht van zorg, advies voor beleid betreffende patiënt in de huisartspraktijk, en opheldering van onduidelijkheid over reden specialistische bemoeienis.

Door de consultant-kinderarts werd in de kindergeneeskundige status van de patiënt een notitie gemaakt betreffende het gesprek. Zonodig werd de behandelaar in het Sophia Kinderziekenhuis verder geïnformeerd of gevraagd met de huisarts te overleggen.

De visie van de betrokken huisartsen over de consultbesprekingen en over het nut van het geregeld verstrekken van een overzicht van het polikliniekbezoek werd na elke bespreking geïnventariseerd.

### 11.3. Resultaten

Hoewel het aanvankelijk de bedoeling was de consultbesprekingen gelijktijdig te starten met het consultspreekuur, moest om een aantal organisatorische redenen besloten worden de eerste consultbesprekingen begin 1990 te organiseren, terwijl het consultspreekuur reeds vanaf september 1989 gehouden werd. De huisartsen kregen in december 1989 de maandoverzichten van het polikliniekbezoek van hun praktijkpopulatie betreffende de voorgaande zeven maanden toegestuurd. De daaropvolgende overzichten werden verzonden in mei en december 1990.

Het eerste voorstel van de projectgroep ging uit van een consultbespreking in elke praktijk eenmaal per vier weken. Dit voorstel werd door de betrokken huisartsen afgewezen, een frequentie van eenmaal per twee maanden werd wel haalbaar geacht, na elke bespreking werd de termijn voor vervolgoverleg vastgesteld. Uiteindelijk werd in elke praktijk een drietal consultbijeenkomsten belegd, te weten februari-maart 1990, juni-juli 1990 en januari 1991.

Voor de consultbesprekingen werd 65-maal een patiënt door de huisartsen aangemeld. In tabel 11.3.1. is weergegeven hoeveel aanmeldingen er per praktijk waren ter bespreking. Het aantal aanmeldingen per praktijk verschilde sterk. In totaal betroffen deze 65 aanmeldingen 57 patiënten, omdat 4 patiënten tweemaal en 2 patiënten driemaal ter bespreking werden aangemeld.

**Tabel 11.3.1. Aantal aanmeldingen voor de consultbespreking per praktijk per bespreking (n=65).**

| praktijk | consultbespreking |    |   | totaal |
|----------|-------------------|----|---|--------|
|          | 1                 | 2  | 3 |        |
| 1        | 4                 | 2  | 1 | 7      |
| 2        | 6                 | 4  | 3 | 13     |
| 3        | 2                 | -  | 2 | 4      |
| 4        | 7                 | 3  | 2 | 12     |
| 5        | 10                | 12 | 7 | 29     |

De leeftijd van de aangemelde patiënten bedroeg gemiddeld 6,7 jaar. De leeftijdsverdeling staat in tabel 11.3.2. De leeftijd van de aangemelde patiënten werd vergeleken met de 92 langerbekende patiënten ten tijde van de parallelregistratie van februari tot en met juli 1988 (tabel 5.6.1.1.) en met die van de 141 langerbekende patiënten ten tijde van de tweede registratie in het Sophia Kinderziekenhuis van september 1989 tot en met augustus 1990 (tabel B11.3.2.). Alle groepen tonen ongeveer dezelfde leeftijdsopbouw.

**Tabel 11.3.2. Leeftijdsverdeling patiënten aangemeld voor de consultbesprekingen in vergelijking met de langer op de polikliniek bekende patiënten in 1988 en 1989/90.**

| leeftijd in jaren | consultbesprekingen<br>(n=57) |       | poli 1988<br>(n=92) | poli 1989/90<br>(n=141) |
|-------------------|-------------------------------|-------|---------------------|-------------------------|
|                   | abs.                          | cum.% | cum.%               | cum.%                   |
| 0                 | 7                             | 12    | 8                   | 15                      |
| 1                 | 7                             | 25    | 22                  | 22                      |
| 2                 | 5                             | 33    | 26                  | 30                      |
| 3                 | 6                             | 44    | 34                  | 40                      |
| 4                 | 6                             | 54    | 36                  | 43                      |
| 5                 | 2                             | 58    | 40                  | 51                      |
| 6                 | 2                             | 61    | 47                  | 53                      |
| 7                 | 2                             | 65    | 50                  | 57                      |
| 8                 | 2                             | 68    | 53                  | 62                      |
| 9                 | 1                             | 70    | 59                  | 62                      |
| 10                | -                             | 70    | 67                  | 65                      |
| 11                | 4                             | 77    | 76                  | 73                      |
| 12                | 2                             | 81    | 83                  | 80                      |
| 13                | 4                             | 88    | 88                  | 83                      |
| 14                | 2                             | 91    | 91                  | 89                      |
| 15 en ouders      | 5                             | 100   | 100                 | 100                     |

De meeste patiënten werden gevolgd op de polikliniek algemene kindergeneeskunde. Enkele patiënten waren tevens bij één of meer subspecialismen bekend. In tabel 11.3.3. staat de verdeling.

De vergelijking met de gegevens van 1988 en 1989/90 (zie ook tabel 5.6.1.2. en tabel B11.3.1.) laat zien dat verhoudingsgewijs meer patiënten van de polikliniek algemene kindergeneeskunde werden aangemeld voor de consultbespreking (63 versus 39 procent). Met betrekking tot de patiënten bekend bij de diverse subspecialismen valt op dat patiënten bekend bij de pulmonologie ( 5 versus 23 en 17 procent) en de endocrinologie ( 5 versus 13 en 15 procent) zelden worden aangemeld voor de consultbespreking.

De diagnoses dan wel werkhypothesen van de voor het consultatieve overleg aangemelde patiënten werden, zoals eerder, gecodeerd met de ICPC; de verdeling over de diverse categorieën staat in tabel 11.3.4. Bij vijf patiënten was de diagnose door de huisarts niet ingevuld op het aanmeldingsformulier. De morbiditeitsgegevens konden vergeleken worden met die van de patiënten uit de parallelregistratie, uitgevoerd in 1988 (tabel 5.7.1.10) en met die van de registratie, uitgevoerd in het Sophia Kinderziekenhuis in 1989/90 (tabel B11.3.3.).

De vergelijking met de morbiditeit van de langer op de polikliniek bekende patiënten laat zien dat naar verhouding minder patiënten met luchtwegaandoeningen en endocriene problemen

voor de consultbespreking werden aangemeld. Daarnaast werden juist meer patiënten met problemen van de tractus digestivus en het zenuwstelsel besproken.

**Tabel 11.3.3. Poliklinieken waar de voor consultbespreking aangemelde patiënten (n=57) bekend waren in vergelijking met langer op de polikliniek bekende patiënten in 1988 (n=92) en 1989/90 (n=141).**

|   | consultbespreking | polikliniek |         |
|---|-------------------|-------------|---------|
|   |                   | 1988        | 1989/90 |
| algemene kindergeneeskunde                          | 36                | 36          | 65      |
| subspecialismen:                                    |                   |             |         |
| cardiologie   | 3                 | 7           | 13      |
| endocrinologie                                      | 3                 | 12          | 21      |
| gastroënterologie                                   | 2                 | 1           | 3       |
| nefrologie  | 1                 | 1           | 1       |
| neonatalogie  | 1                 | 4           | 5       |
| oncologie   | -                 | 5           | 3       |
| pulmonologie  | 3                 | 21          | 24      |
| reumatologie en immuunziekten                       | 3                 | 3           | 3       |
| stofwisselingsziekten                               | 2                 | 2           | 3       |
| alg. kindergeneeskunde en gastroënterologie         | 1                 |             |         |
| alg. kindergeneeskunde, cardiologie en pulmonologie | 1                 |             |         |
| alg. kindergeneeskunde, oncologie en pulmonologie   | 1                 |             |         |

**Tabel 11.3.4. Diagnosen patiënten aangemeld voor consultbespreking (n=57) in vergelijking met langer op de polikliniek bekende patiënten in 1988 (n=92) en 1989/90 (n=141).**

| ICPC-hoofdstuk                    | consultbesprekingen |    | polikliniek |         |
|-----------------------------------|---------------------|----|-------------|---------|
|                                   | abs.                | %  | 1988        | 1989/90 |
|                                   |                     |    | %           | %       |
| A algemeen en niet gespecificeerd | 8                   | 14 | 8           | 16      |
| B bloed en bloedvormende organen  | 4                   | 7  | 5           | 6       |
| D tractus digestivus              | 8                   | 14 | 7           | 7       |
| K tractus circulatorius           | 4                   | 7  | 8           | 9       |
| L bewegingsapparaat               | 2                   | 3  | 2           | 3       |
| N zenuwstelsel                    | 4                   | 7  | 0*          | 2       |
| P psychische stoornissen          | 3                   | 5  | 1           | 4       |
| R tractus respiratorius           | 10                  | 18 | 41**        | 24      |
| S huid                            | 1                   | 2  | 0           | 0       |
| T endocrien, metabool en voeding  | 6                   | 11 | 23          | 25      |
| U urinewegen                      | 2                   | 3  | 3           | 1       |
| overig/onbekend                   | 5                   | 9  | 2           | 3       |

\*  $p < 0,05$  en \*\*  $p < 0,01$ ; chikwadraat-toets

De motivatie, die door de huisarts werd vermeld op de 65 formulieren waarmee een patiënt werd aangemeld voor de consultbespreking, staat in tabel 11.3.5. Per patiënt konden meerdere redenen worden vermeld. In totaal werden 82 redenen genoemd.

**Tabel 11.3.5. Motivatie van de huisarts bij 65 aanmeldingen voor de consultbesprekingen.**

|   |           |
|---|-----------|
| verduidelijking beleid kinderarts                       | 29        |
| verduidelijking ziektebeeld en prognose                 | 15        |
| psychosociale problemen                                 | 11        |
| veel acute situaties waarbij de huisarts geroepen wordt | 7         |
| ergernis over ...                                       | 5         |
| wens (deel van) de zorg over te nemen                   | 3         |
| niet-gecoördineerde zorgverlening                       | 1         |
| andere redenen  | 11        |
| <b>totaal</b>   | <b>82</b> |

De meest voorkomende reden voor aanmelding was de vraag van de huisarts om het ziektebeeld en/of het beleid van de kinderarts toe te lichten. Psychosociale problemen waren eveneens frequent een reden om de patiënt aan te melden. De wens een deel van de zorg over te nemen en overleg met betrekking tot niet-gecoördineerde zorgverlening werden relatief weinig genoemd als motief voor aanmelding. Slechts bij een klein aantal patiënten was ergernis, bijvoorbeeld over het uitblijven van een bericht van de specialist, de reden voor aanmelding.

De onderwerpen die tijdens de consultbesprekingen betreffende deze patiënten aan de orde kwamen, staan in tabel 11.3.6. Uiteraard werden regelmatig meerdere zaken per patiënt aan de orde gesteld.

**Tabel 11.3.6. Inhoud van de consultbesprekingen.**

|   |    |
|---|----|
| verduidelijking ziektebeeld ten behoeve van patiënt               | 31 |
| uitleg ziektebeeld of beleid in het algemeen                      | 11 |
| toelichting actuele stand van zaken met betrekking tot de patiënt | 10 |
| toelichting wie betrokken is bij de behandeling of contactadvies  | 12 |
| opheldering onduidelijkheid redenen specialistische bemoeienis    | 6  |
| huisarts geeft aanvullende informatie over het gezin              | 12 |
| bespreking actie tot coördinatie of overdracht van zorg           | 15 |
| advies over beleid betreffende patiënt in de huisartspraktijk     | 4  |
| niet besproken door ontbrekende gegevens                          | 1  |

Het meest frequent werd uitleg gegeven over een ziektebeeld. Deze informatie werd veelal gegeven met betrekking tot de individuele patiënt en dit ging dan vooraf aan overleg over coördinatie of overdracht van zorg of advies over het beleid betreffende de patiënt in de huisartspraktijk. Soms ook werd naar aanleiding van een aangemelde patiënt uitleg gevraagd over een ziektebeeld of het gebruikelijke beleid in het algemeen, zoals indicaties voor groeiremming, de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van diagnostiek en behandeling van RS-virusinfecties, vaccinatie voor hepatitis B van neonaten bij besmetting van de moeder, indicatie voor fotherapie bij icterus neonatorum, beleid bij patiënten met een ontwikkelingsachterstand en diagnostiek bij urticaria.

Bij een aantal patiënten wilde de huisarts op de hoogte worden gebracht van de actuele stand van zaken, soms omdat er geen recente brief was, maar ook wel omdat er bij enkele patiënten regelmatig ontwikkelingen te melden waren. Frequent werd het overleg door de huisarts gebruikt om aanvullende informatie over het gezin te geven, bijvoorbeeld bij psychosociale problematiek of voorafgaande aan overleg over afstemming van beleid.

Bij een aantal patiënten bestond onduidelijkheid over de reden van specialistische bemoeienis, dan wel ergernis over het feit dat de patiënt nog steeds werd gezien door de specialist. Enkele malen berustte dit op een verkeerde interpretatie van de ontvangen maandoverzichten, steeds kon één en ander aan de huisarts verduidelijkt worden.

Tot slot bleek het twaalfmaal nodig te verduidelijken wie in het Sophia Kinderziekenhuis betrokken waren bij de behandeling of met wie over de verdere behandeling van de betreffende patiënt gesproken kon worden.

Tijdens de besprekingen kwamen ook nog andere zaken aan de orde. Door de huisartsen werd viermaal navraag gedaan over een patiënt, die het consultspreekuur had bezocht. Naar aanleiding van een recente meningitispatiënt werd informatie gevraagd over indicaties voor antibiotische profylaxe bij familieleden.

Eenmaal werd een patiënt ter bespreking ingebracht door de consulent-kinderarts in verband met vermoede psychosociale problemen en omdat het onduidelijk was wie de huisarts was. Omdat de laatstgenoemde patiënten niet door middel van het formulier voor de bespreking werden aangemeld, zijn hun gegevens niet in de tabellen opgenomen.

Na afloop van de besprekingen werd door de kinderarts in de status van de besproken patiënten een notitie gemaakt over het gevoerde overleg om de bij de zorg voor de patiënt betrokken collegae te informeren. Zo nodig werd het tijdens het consultatieve overleg besproken probleem door de consulent-kinderarts in het Sophia Kinderziekenhuis met de behandelend arts doorgenomen.

### **Interactie kinderarts-huisarts**

Door de huisartsen werd op het aanmeldingsformulier informatie verstrekt over de afstemming van zorg door huisarts en specialist. In tabel 11.3.7. staan de vragen en de antwoorden betreffende de patiënten aangemeld voor de consultbespreking in vergelijking met de gegevens van de 92 patiënten voor wie formulier 4 tijdens de inventarisatiefase in 1988 door de huisarts werd ingevuld.

Zoals eerder gesignaleerd in hoofdstuk 5.6. werd over patiënten, die onder behandeling zijn van de specialist zelden overlegd over afstemming van zorg. Soms is de huisarts zelfs niet op de hoogte van het feit dat het kind nog onder specialistische behandeling is. De huisarts heeft met deze groep kinderen en het gezin frequent contact maar brengt de specialist daarvan ook niet op de hoogte.

De vergelijking laat zien dat de patiënten aangemeld voor de consultbesprekingen wat betreft deze aspecten van afstemming van zorg en interactie tussen huisarts en specialist niet significant verschillen van de langerbekende patiënten gezien tijdens de parallelregistratie. Een uitzondering vormt de vraag of het beleid van de specialist overeenkomt met de verwachting. Bij de patiënten aangemeld voor de consultbesprekingen blijkt deze vraag slechts één keer met 'beneden verwachting' te zijn beantwoord ten opzichte van 13-maal bij de polikliniekpatiënten in 1988.

Voorts werden de visies met betrekking tot de taakafbakening, de berichtgeving van de kinderarts aan de huisarts en het oordeel van de kinderarts over de informatie van de huisarts tijdens de poliklinische begeleiding vergeleken. Het betrof hier gegevens van de patiënten aangemeld voor de consultbespreking en van de parallelregistratie in 1988 en de tweede consultregistratie in het Sophia Kinderziekenhuis.

**Tabel 11.3.7. Antwoorden van de huisarts (in afgeronde percentages) met betrekking tot afstemmingsaspecten bij patiënten aangemeld voor de consultbesprekingen en patiënten langer bekend op de polikliniek in 1988.**

|  | consultbespreking<br>(n=57) | polikliniek<br>(n=92) |
|--|-----------------------------|-----------------------|
| Wist u dat het kind nog onder specialistische behandeling was?                 |                             |                       |
| ja   | 67                          | 72                    |
| nee  | 26                          | 25                    |
| onbekend   | 7                           | 3                     |
| Is uw initiële vraag beantwoord?   |                             |                       |
| ja   | 63                          | 67                    |
| nee  | 16                          | 12                    |
| onbekend   | 21                          | 21                    |
| In hoeverre ondersteunt u de specialistische follow-up?                        |                             |                       |
| van harte  | 51                          | 61                    |
| ◇  | 9                           | 14                    |
| volstrekt niet   | 26                          | 16                    |
| onbekend   | 14                          | 9                     |
| Komt het beleid van de specialist overeen met uw verwachtingen?                |                             |                       |
| boven verwachting  | 23                          | 17                    |
| ◇  | 54                          | 61                    |
| beneden verwachting  | 2*                          | 14                    |
| onbekend   | 21                          | 8                     |
| Is er overleg geweest met betrekking tot - noodzaak specialistische follow-up? |                             |                       |
| ja   | 2                           | 6                     |
| nee  | 89                          | 87                    |
| onbekend   | 9                           | 6                     |
| - beleid bij acute situaties?  |                             |                       |
| ja   | 3                           | 5                     |
| nee  | 86                          | 83                    |
| onbekend   | 11                          | 12                    |
| - mogelijkheid eerstelijnscontroles?   |                             |                       |
| ja   | 3                           | 3                     |
| nee  | 88                          | 83                    |
| onbekend   | 9                           | 14                    |
| Heeft u contact gehad met de patiënt?  |                             |                       |
| ja   | 70                          | 69                    |
| nee  | 19                          | 26                    |
| onbekend   | 11                          | 5                     |
| Heeft u contact gehad met het gezin?   |                             |                       |
| ja   | 84                          | 84                    |
| nee  | 4                           | 6                     |
| onbekend   | 12                          | 10                    |
| Heeft u de specialist op de hoogte gebracht van uw contact met kind?           |                             |                       |
| ja   | 9                           | 8                     |
| nee  | 67                          | 61                    |
| onbekend/niet van toepassing   | 24                          | 31                    |

\*p<0,05; chikwadrat-toets



Tijdens de tweede consultregistratie werd in de periode september 1989 tot en met februari 1990 voor 109 patiënten één of meer vervolgcconsulten geregistreerd; de gegevens van het eerstgeregistreerde consult werden gebruikt. In de periode maart tot en met augustus 1990 werd voor 92 patiënten één of meer vervolgcconsulten geregistreerd; van deze patiënten werden de gegevens van het laatstgeregistreerde consult geanalyseerd (tabel 11.3.8.). Uit deze tabel blijkt allereerst dat de betreffende gegevens op de aanmeldingsformulieren voor de consultbesprekingen vaker ontbreken dan bij de in 1988 uitgevoerde registratie bij de huisarts. Dit verklaart ten dele de verschillen in visie van de huisarts bij de polikliniekpatiënten en de patiënten aangemeld voor de consultbesprekingen. Voorts valt bij vergelijking van het oordeel van de kinderarts en de huisarts over de informatie van de specialist op dat deze bij tweederde van de patiënten als goed wordt beoordeeld. Er zijn geen verschillen voor en ten tijde van de interventie. Met betrekking tot de taakafbakening valt het eerder gesignaleerde verschil tussen het oordeel van huisarts en kinderarts op (hoofdstuk 5).

**Tabel 11.3.8. Vergelijking (in afgeronde percentages) van de visies over de taakafbakening en de informatie-uitwisseling bij patiënten aangemeld voor de consultbesprekingen (n=57), de langerbekende patiënten op de polikliniek in 1988 (n=92) en in de twee perioden ten tijde van de consultbesprekingen (n=109 & n=92).**

|                              | oordeel over informatie van specialist |    |        |          |
|------------------------------|--|----|--------|----------|
|                              | goed                                   | ↔  | slecht | onbekend |
| <b>oordeel huisarts</b>      |  |    |        |          |
| polikliniekpatiënten 1988    | 60                                     | 16 | 20     | 4        |
| patiënten consultbespreking  | 58                                     | 19 | 9      | 14       |
| <b>oordeel kinderarts</b>    |  |    |        |          |
| polikliniekpatiënten 1988    | 60                                     | 18 | 8      | 14       |
| polikliniekpatiënten 1989/90 | 58                                     | 11 | 11     | 20       |
| polikliniekpatiënten 1990    | 66                                     | 11 | 6      | 17       |

|                              | oordeel over taakafbakening |    |             |          |
|------------------------------|-----------------------------|----|-------------|----------|
|                              | duidelijk                   | ↔  | onduidelijk | onbekend |
| <b>oordeel huisarts</b>      |                             |    |             |          |
| polikliniekpatiënten 1988    | 52                          | 16 | 25          | 7        |
| patiënten consultbespreking  | 41                          | 14 | 26          | 19       |
| <b>oordeel kinderarts</b>    |                             |    |             |          |
| polikliniekpatiënten 1988    | 74                          | 5  | 6           | 15       |
| polikliniekpatiënten 1989/90 | 68                          | 10 | 5           | 17       |
| polikliniekpatiënten 1990    | 73                          | 11 | 0           | 16       |

|                              | oordeel over informatie huisarts |    |        |          |
|------------------------------|----------------------------------|----|--------|----------|
|                              | goed                             | ↔  | slecht | onbekend |
| <b>oordeel kinderarts</b>    |                                  |    |        |          |
| polikliniekpatiënten 1988    | 32                               | 23 | 18     | 27       |
| polikliniekpatiënten 1989/90 | 29                               | 23 | 20     | 28       |
| polikliniekpatiënten 1990    | 31                               | 28 | 17     | 24       |

De huisarts geeft bij ongeveer de helft van de patiënten aan dat de taakafbakening onduidelijk is. Bij de patiënten aangemeld voor de consultbespreking is deze nog minder vaak duidelijk dan bij de polikliniekbezoekers. De kinderarts beoordeelt de taakafbakening als duidelijker. Voor alle vergelijkingen geldt dat er geen significante verschillen bestaan tussen de visies voorafgaande aan en ten tijde van de interventie.

### **Oordeel van de huisartsen over de maandoverzichten en de consultbesprekingen**

De meeste huisartsen waren in eerste instantie verbaasd over het grote aantal patiënten op de maandoverzichten en verklaarden dat het voorbereiden van de bespreking en het selecteren van de patiënten vrij veel tijd gekost had. Ze lieten weten dat hen bij nader inzien van de meeste patiënten toch wel bekend was dat ze onder specialistische controle stonden en om welke redenen. Uiteindelijk werden door hen de patiënten waarover zij de meeste vragen hadden, geselecteerd voor de bespreking.

Ten aanzien van het toezenden van de overzichten van polikliniekbezoek was men na afloop van het experiment vrijwel unaniem van mening geen prijs te stellen op voortzetting. Een belangrijke reden was dat het nalopen ervan veel tijd vroeg en relatief weinig rendement leverde. Het stimuleerde de huisartsen niet tot overleg met behandelend kinderartsen buiten de georganiseerde consultbesprekingen.

Met betrekking tot de consultbesprekingen gaven de huisartsen na afloop van elke bespreking en aan het eind van het experiment desgevraagd aan het overleg als plezierig en ook wel nuttig ervaren te hebben. Met name werd vermeld dat deze besprekingen en de verduidelijking wie bij de behandeling betrokken waren, drempelverlagend zouden zijn voor vervolgoverleg. De uiteindelijk bereikte frequentie, namelijk eenmaal per drie à vier maanden bleek in vier van de vijf praktijken haalbaar. In één praktijk was men heel weinig enthousiast over de besprekingen.

## **11.4. Beschouwing**

De frequentie van de toezending van de overzichten van maandelijks polikliniekbezoek was minder dan aanvankelijk gepland, ondermeer doordat het verkrijgen van de gegevens en het redigeren van de overzichten meer tijd vroeg dan aanvankelijk was aangenomen. De consultbesprekingen in de praktijk van de huisarts werden eveneens minder frequent georganiseerd dan aanvankelijk beoogd, omdat het tijdsbeslag door de huisartsen als bezwaarlijk werd ervaren en de neiging bestond de vervolgspraken vooruit te schuiven.

De bij de consultbesprekingen gebruikte aanmeldingsformulieren werden regelmatig onvolledig ingevuld, hetgeen de vergelijking met de gegevens uit de eerder verrichte registraties bemoeilijkte. Al met al was dus maar een beperkte hoeveelheid gegevens voor de analyse van de consultbesprekingen beschikbaar.

Voor de evaluatie van het effect van de besprekingen op de zorgverlening door huisarts en kinderarts kon gebruik worden gemaakt van de gegevens verzameld in 1988. Op de poliklinieken kindergeneeskunde werd opnieuw een consultregistratie uitgevoerd, maar doordat de consultbesprekingen later gestart werden dan het consultspreekuur, omvat deze consultregistratie niet de gehele periode waarin de consultbesprekingen plaatshadden. Zoals eerder vermeld, werd in de huisartspraktijk niet opnieuw een contactregistratie uitgevoerd. Ook werd afgezien van het uitvoeren van een dossieronderzoek met betrekking tot de voor de consultbespreking aangemelde patiënten.

De overzichten van het polikliniekbezoek werden door de huisartsen gebruikt bij de voorbereiding van de consultbesprekingen, maar los daarvan werden deze overzichten door hen niet als nuttig beschouwd. Enerzijds omdat het doornemen veel tijd vroeg en anderzijds omdat het niet

inspireerde tot het voeren van overleg met behandelend specialisten. Deze bevinding wijkt af van wat in de literatuur wordt gemeld met betrekking tot opname- en ontslagberichten van het ziekenhuis. Vaak wordt aangenomen dat deze berichten belangrijk bijdragen aan de afstemming van de zorgverlening. Dit zou enerzijds kunnen omdat bij een opname van een patiënt de zorgverlening door de huisarts onderbroken wordt, de huisarts de patiënt misschien in het ziekenhuis wil bezoeken of tijdens de opname met de specialist over het beleid wil overleggen en anderzijds omdat bij ontslag de huisarts de zorg voor de patiënt weer dient te continueren (DeMelker 1973). Kennelijk bestaat bij poliklinische begeleiding bij de huisarts minder behoefte zijn zorg af te stemmen op die gegeven door de specialist. Dit is in de situatie waarbij veel specialistische begeleiding ook poliklinisch gegeven wordt mogelijk iets wat herziening van de inzichten en/of gewoonten vraagt. Een feit blijft dat, zowel uit de gegevens van de parallelregistratie als uit de aanmeldingsformulieren voor de consultbesprekingen, blijkt dat huisartsen lang niet altijd op de hoogte zijn van het feit dat hun patiënten onder behandeling zijn bij de kinderarts.

De patiënten aangemeld voor de consultbespreking verschilden wat betreft leeftijd niet van alle langer op de polikliniek bekende patiënten.

Vergelijking van de morbiditeit als ook van de begeleidende (subspecialistische) poliklinieken maakte duidelijk dat de besproken patiënten verhoudingsgewijs minder vaak luchtwegaandoeningen en endocriene problemen hadden. Mogelijk werd het beleid bij deze patiënten door de huisarts niet als problematisch ervaren. Juist bij de groep patiënten met luchtwegaandoeningen is dit opvallend omdat ook uit de parallelregistratie bleek dat deze patiënten relatief vaak een beroep op de huisarts doen, bijvoorbeeld bij acute exacerbaties. Hier dreigt dan ongecoördineerde zorgverlening, zeker bij het ontbreken van informatie-uitwisseling. Bij de groep patiënten met endocriene problemen lijkt de reden veel meer dat hier weinig onduidelijkheid is over de taakafbakening, omdat veel van deze problemen 'des specialist' zijn of niet interveniëren met de huisartsgeneeskundige zorgverlening. Als voorbeeld kan genoemd worden de patiënt met diabetes mellitus die ook met intercurrente problemen, zoals infecties, toch de kinderarts consulteert. Dit kan verklaard worden uit het feit dat deze problemen aanleiding kunnen geven tot ontregeling, maar ook omdat voor deze patiënten van uit het ziekenhuis thuiszorg wordt geregeld (hoofdstuk 2; Bruining 1984). Daarnaast zijn er bijvoorbeeld de patiënten die ter controle van de lengtegroei worden vervolgd op de polikliniek, maar waarbij intercurrente problemen zonder meer door de huisarts behandeld kunnen worden.

Het motief om een patiënt voor de consultbesprekingen aan te melden, was veelal het verzoek aan de kinderarts over het ziektebeeld of het beleid bij de betreffende patiënt uitleg te geven. Bij de bespreking van vrijwel alle patiënten kwam dit aspect aan de orde, soms ook in meer algemene zin.

Anders dan verondersteld, was maar bij een klein aantal patiënten ergernis, bijvoorbeeld over het ontbreken van informatie, of bezorgdheid over niet-gecoördineerde hulpverlening, aanleiding tot de aanmelding. Bij de patiënten aangemeld voor consultbespreking werd minder vaak dan bij de polikliniekpatiënten aangegeven dat het beleid van de specialist beneden de verwachtingen van de huisartsen was. Wel was coördinatie of overdracht van zorg, bespreking van de actuele stand van zaken en verduidelijking wie betrokken was bij de behandeling, of de reden van specialistische behandeling, zeer frequent onderwerp van bespreking. Over deze zaken was vrijwel nooit overleg geweest.

Voorts viel op dat psychosociale problematiek veelvuldig een reden voor aanmelding was. De analyse van de inhoud van de consultbesprekingen laat ook zien dat de huisarts in 20 procent van de besprekingen aanvullende informatie over patiënt en gezin wilde verstrekken.

De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat er bij een aantal patiënten, die langer behandeld worden op de polikliniek kindergeneeskunde, voldoende redenen zijn om tot een zinvolle informatie-uitwisseling tussen huisarts en kinderarts te komen. Het inzicht van de kinderarts in de mogelijk-

heden van de huisarts wordt vergroot doordat de huisarts een andere mogelijkheid krijgt zijn visie over de problematiek van de patiënt - zowel ten aanzien van de behandeling als van andere omstandigheden - ook na de verwijzing nog eens met de kinderarts te bespreken. Dit is gunstig voor het verbeteren van de afstemming van de zorgverlening voor de besproken patiënten.

De vraag of de zorgverlening door huisarts en kinderarts ook voor de patiënten die niet besproken werden door dergelijke besprekingen wordt beïnvloed, kan met de gegevens slechts ten dele worden beantwoord. Overleg betreffende afstemming van zorg in het algemeen is, voor zover te meten, niet toegenomen. Het oordeel van de behandelende kinderarts met betrekking tot de taakafbakening en de eigen informatie en die van de huisarts lijkt in het geheel niet beïnvloed. Of de huisarts in zijn oordeel over de taakafbakening en over de informatie uit het Sophia Kinderziekenhuis van mening veranderd is, kan door het ontbreken van deze gegevens niet beantwoord worden.

Hoewel de huisartsen na het experiment aangaven geen prijs te stellen op voortzetting van de consultbesprekingen gaven ze wel aan de consultbesprekingen in het algemeen te waarderen en als nuttig ervaren te hebben. Dit ondersteunt de veronderstelling dat dergelijke besprekingen de zorg door en de deskundigheid van de huisarts kunnen bevorderen.

## 12. Nascholingsbijeenkomsten in het gezondheidscentrum

### 12.1. Inleiding

Initieel werd door de projectgroep regelmatige nascholingsactiviteiten als interventie, dat wil zeggen als mogelijkheid om iets aan gesignaleerde problemen te doen, voorgesteld.

Uitgangspunt bij een dergelijke interventie is het verbeteren van de kennis en vaardigheden van de huisarts, omdat dit zowel de eigen zorgverlening als de overdracht van zorg op het juiste moment als het complementaire karakter van de zorgverlening beïnvloedt.

Een dergelijke interventie kan zich richten op problemen die leiden tot door huisarts c.q. specialist als minder zinvol beschouwde verwijzingen en problemen die aanleiding geven tot herhaald, al dan niet zinvol bezoek aan de huisarts.

Door voor nascholingsactiviteiten ziektebeelden die frequent voorkomen te kiezen en de huisartsen nauw bij de keuze van de onderwerpen te betrekken, kan de motivatie van de betrokken huisartsen bevorderd worden.

Het voorstel voor een dergelijke interventie werd aanvankelijk door de betrokken huisartsen afgewezen. Gedurende het jaar waarin de consulent-kinderarts geregeld in het gezondheidscentrum aanwezig was voor het consultspreekuur en de consultbesprekingen per praktijk, werden de onderzoekers door de huisartsen betrokken bij de organisatie van een tweetal besprekingen over voor de zorg voor kinderen relevante onderwerpen. De huisartsen waren vooral geïnteresseerd in de gegevens uit de inventarisatiefase betreffende de handelwijze van de huisarts bij enkele specifieke aandoeningen. De analyse van het beleid bij deze aandoeningen met behulp van de gegevens uit de parallelregistratie werd uitgangspunt voor de bijeenkomsten, die ook verder in overleg werden georganiseerd, waardoor de oorspronkelijk gesuggereerde opzet werd benaderd.

De vraagstelling met betrekking tot dit experiment is of dergelijke besprekingen leiden tot een verandering van het voorschrijfbeleid van de huisarts.

### 12.2. Methode

Het initiatief tot beide bijeenkomsten werd genomen door de voorzitter van de Stichting Huisartsen Krimpen aan den IJssel. De verdere planning geschiedde in nauw overleg. De bijeenkomsten werden gehouden aansluitend aan de huishoudelijke vergadering van de stichting. Uitgenodigd waren alle huisartsen en de twee plaatselijke apothekers. Voorts waren aanwezig de consulent-kinderarts en verder betrokken onderzoekers en bij de tweede bijeenkomst tevens een kinderarts-pulmonoloog. Bij beide bijeenkomsten werd eerst het beleid van de huisarts ten aanzien van het te bespreken probleem, zoals vastgelegd tijdens de parallelregistratie van 1988, gepresenteerd door een van de betrokken onderzoekers.

Bij de eerste bijeenkomst, oktober 1989, werden aan de huisartsen uitsluitend de gegevens van de eigen praktijk overhandigd. Bij de tweede bijeenkomst, februari 1990, kregen ze een overzicht van het beleid van alle praktijken, waarbij ze aan de hand van het praktijknummer hun eigen beleid konden vergelijken met dat van de rest van de groep. Vervolgens werden de huisartsen in de gelegenheid gesteld kanttekeningen te plaatsen bij de manier waarop het onder-

zoek was uitgevoerd en bij het gevoerde beleid. Daarna werd door de aanwezige kinderarts een toelichting gegeven over de specialistische benadering van het probleem. Hierbij was er continu de mogelijkheid tot interactie en konden de voor- en nadelen van het gepresenteerde beleid aan bod komen. Deze discussie werd gevolgd door een farmacotherapeutische toelichting van de apothekers over de keuze van de medicatie en de voor- en nadelen van de diverse toedieningsvormen. Ter afronding werd een optimaal beleid geformuleerd.

Het effect van de nascholingsbijeenkomsten kon alleen op indirecte wijze worden nagegaan. Een overzicht van de verstrekkingen van bij de besproken aandoeningen gebruikelijke medicatie, voor en na de bijeenkomsten, kon worden verkregen met behulp van gegevens die door de apothekers ter beschikking werden gesteld. Het betrof de geanonimiseerde gegevens van de aan de onderzoekpopulatie verstrekte prescripties in de periode 1 augustus 1989 tot 1 februari 1991. Er werd voorafgaand een privacy-reglement opgesteld (bijlage 12.1.). De aldus verzamelde gegevens werden vergeleken met de gegevens uit de parallelregistratie van 1988.

### 12.3. Nascholingsbijeenkomst betreffende gastroënteritis

#### Beleid van de huisartsen in 1988

Met betrekking tot de gegevens uit de parallelregistratie werden de volgende gegevens aan de huisartsen gepresenteerd.

Gedurende de maanden februari tot en met mei 1988 werden 72 contacten met de huisarts geregistreerd, waarbij de reden voor komst, de werkhypothese of het bijkomend probleem een vermoede gastroënteritis betrof. Eén huisarts had geen contact met kinderen met een gastroënteritis gehad en vier registreerden slechts eenmaal een contact betreffende gastroënteritis.

Vijftachtig procent van de gastroënteritiscontacten vond plaats op de reguliere spreekuren. In totaal betrof het 66 patiënten, met een gemiddelde leeftijd van 4,4 jaar. Het waren vooral 1- en 2-jarigen, vijftig procent van alle patiënten was jonger dan drie jaar. Eénenzestig patiënten consulteerden de huisarts slechts één keer, vier patiënten tweemaal en één patiënt driemaal. Er waren geen patiënten met meerdere gastroënteritisepisoden tijdens de registratieperiode.

Van de 55 kinderen die tijdens de reguliere uren hun huisarts bezochten zijn meer gegevens omtrent onderzoek en beleid van de huisarts bekend. Elf kinderen werden tijdens de diensturen beoordeeld. Voor deze contacten werd een verkort registratieformulier gebruikt.

Slechts bij drie kinderen werd geen lichamelijk onderzoek verricht. De huisartsen vroegen voor vijf patiënten aanvullende diagnostiek aan bij het huisartslaboratorium, voor 41 patiënten werd geen aanvullende diagnostiek noodzakelijk geacht. Bij negen patiënten werd deze vraag op het formulier niet beantwoord.

**Tabel 12.3.1. Aard van de behandeling tijdens het eerste contact van 66 gastroënteritisepisoden.**

| behandeling   | aantal | percentage |
|---------------|--------|------------|
| geruststellen | 21     | 32         |
| voorlichten   | 24     | 36         |
| expectatief   | 14     | 21         |
| medicatie     | 38     | 57         |
| dieet         | 48     | 73         |

De aard van de behandeling tijdens het eerste contact van de gastroënteritisepisode staat in tabel 12.3.1. De huisartsen konden meerdere behandelingen per contact noteren. Van de vijf patiënten, die de huisarts meer dan één keer bezochten, kregen er vier een prescriptie. Bij alle vier werd deze prescriptie tijdens het eerste contact verstrekt. In totaal werden 28 episoden afgerond zonder prescriptie. Van de 66 kinderen werd er niet één naar de tweedelij verwezen. Door de opzet van de registratieformulieren is de exacte inhoud van de dieetmaatregelen niet te achterhalen. Wel moet worden opgemerkt dat alle orale rehydratievloeistoffen (ORS) als een prescriptie werden beschouwd. De huisartsen konden meerdere soorten medicatie per prescriptie voorschrijven. De verstrekte prescriptie tijdens de 66 episoden staat in tabel 12.3.2.

**Tabel 12.3.2. Prescriptie tijdens 66 gastroënteritisepisoden in 1988 (n=38).**

| medicatie               | aantal |
|-------------------------|--------|
| antibiotica             | 1      |
| analgetica/antipyretica | 3      |
| dermatologica           | 2      |
| expectorantia           | 1      |
| maag-darmmiddelen       | 28     |
| neusdruppels            | 3      |

Indien tijdens een contact meer dan één voorschrift werd verstrekt, waarbij andere medicatie dan de maag-darmmiddelen werd gegeven, was er meestal een tweede diagnose die deze prescriptie verklaarde. De antibiotica werden voorgeschreven bij een 2-jarig kind waarbij als reden voor komst koorts en malaise werd genoteerd en waarbij de huisarts tevens aangaf dat er sprake was van gastroënteritis. Hierbij kan de indicatie voor de antibiotica niet geheel duidelijk uit het registratieformulier worden afgeleid. De voorgeschreven maag-darmmedicatie staat in tabel 12.3.3.

**Tabel 12.3.3. Maag-darmmedicatie tijdens 66 gastroënteritisepisoden (n=28).**

| medicatie              | aantal |
|------------------------|--------|
| Buscopan®              | 1      |
| Imodium®               | 5      |
| Motilium®              | 9      |
| Oral Rehydration Salts | 8      |
| Reasec®                | 1      |
| Motilium® en Imodium®  | 1      |
| Motilium® en ORS       | 3      |

De gemiddelde leeftijd van de kinderen die Motilium® kregen, was 4,2 jaar (4 maanden-11 jaar), voor Imodium® was dit ook 4,2 jaar (4 maanden-13 jaar) en voor ORS was dit 2 jaar (11 maanden-5 jaar). Buscopan® werd voorgeschreven voor een 14-jarige, Reasec® voor een zesjarige. Het voorschrijven van de maag-darmmedicatie was gelijkelijk verdeeld over de negen huisartsen, die meerdere patiënten met een gastroënteritisepisode zagen.

De huisartsen besloten de eerste contacten van de 66 gastroënteritisepisoden met de in tabel 12.3.4. vermelde vervolgspraken.

**Tabel 12.3.4. Vervolgspraken na het eerste contact van 66 gastroënteritisepisoden.**

| afspraak            | aantal |
|---------------------|--------|
| niets afgesproken   | 2      |
| geen controle nodig | 8      |
| terugkomen bij...   | 42     |
| terugkomen          | 2      |
| niet geregistreerd  | 12     |

### Literatuur als uitgangspunt voor de discussie

Als uitgangspunt voor het optimale beleid werd tijdens de nascholingsbijeenkomst het resultaat van een literatuurstudie gepresenteerd.

Acute gastroënteritis wordt gedefinieerd als een acute aandoening van de tractus gastrointestinalis, gepaard gaande met diarree waarbij een infectieuze oorzaak wordt verondersteld. In de huisartspraktijk wordt echter zelden bacteriologisch of virologisch onderzoek verricht. Het is een ziektebeeld, dat over het algemeen self-limiting van aard is en waarvan de huisarts slechts een fractie onder ogen krijgt (Rijntjes 1987). De huisarts verwijst minder dan één procent van de patiënten die hem consulteren wegens acute gastroënteritis naar de tweedelijns. Het aantal opnamen in Nederland ligt rond de 2.000 per jaar. Voor meer dan de helft betreft dit kinderen in de leeftijdsgroep van 0 tot 4 jaar. De mortaliteit door acute gastroënteritis is in Nederland vrijwel nihil (Centraal Bureau voor de Statistiek 1976-1992).

In de pediatrie bestaat min of meer consensus over de behandeling van een kind met acute gastroënteritis. De inzichten in de wijze waarop de darmwand omgaat met water en elektrolyten, hebben ertoe geleid dat intraveneuze rehydratie veelal plaats heeft gemaakt voor orale rehydratie met zogeheten "Oral Rehydration Salts" (ORS). Dit is het middel van eerste keuze, zowel ter voorkoming als ter behandeling van dehydratie. Bij niet-gedehydrateerde kinderen wordt ORS gegeven naast de normale voeding. Het normale dieet wordt zo snel mogelijk hervat. Voor antibiotica is bij een ongecompliceerde gastroënteritis geen plaats. Indicaties waar antibiotica wel van belang zijn, liggen op het terrein van de specialist. Ondanks het feit dat darmadsorbentia en -absorbentia de meest gebruikte middelen uit de vrije verkoop zijn, is de effectiviteit nooit aangetoond. Opiumderivaten en andere symptoombestrijdende middelen hebben geen plaats in de behandeling van gastroënteritis bij kinderen (Taminiau et al. 1989).

In de praktijk blijkt dat hetgeen de huisarts doet niet altijd overeenkomt met het voornoemde beleid. Uit een enquête bleek dat bijna alle huisartsen als eerste behandeling een dieet geven, minder dan 40 procent bleek ORS als eerste behandeling toe te passen. Tevens bleek dat medicatie alleen zelden werd gegeven, maar afhankelijk van de leeftijdsgroep werd in 10 tot 30 procent medicatie als loperamide en tannalbumine gegeven in combinatie met een dieetadvies (Schulpen et al. 1989).

### Discussiepunten tijdens de bijeenkomst

Uit de gepresenteerde gegevens en tijdens de daaropvolgende discussie bleek dat ook in Krimpen aan den IJssel het beleid van de huisarts niet altijd overeenkomt met het consensusbeleid van de specialist. Door de meeste huisartsen werden problemen ervaren met het tot dan toe ge-

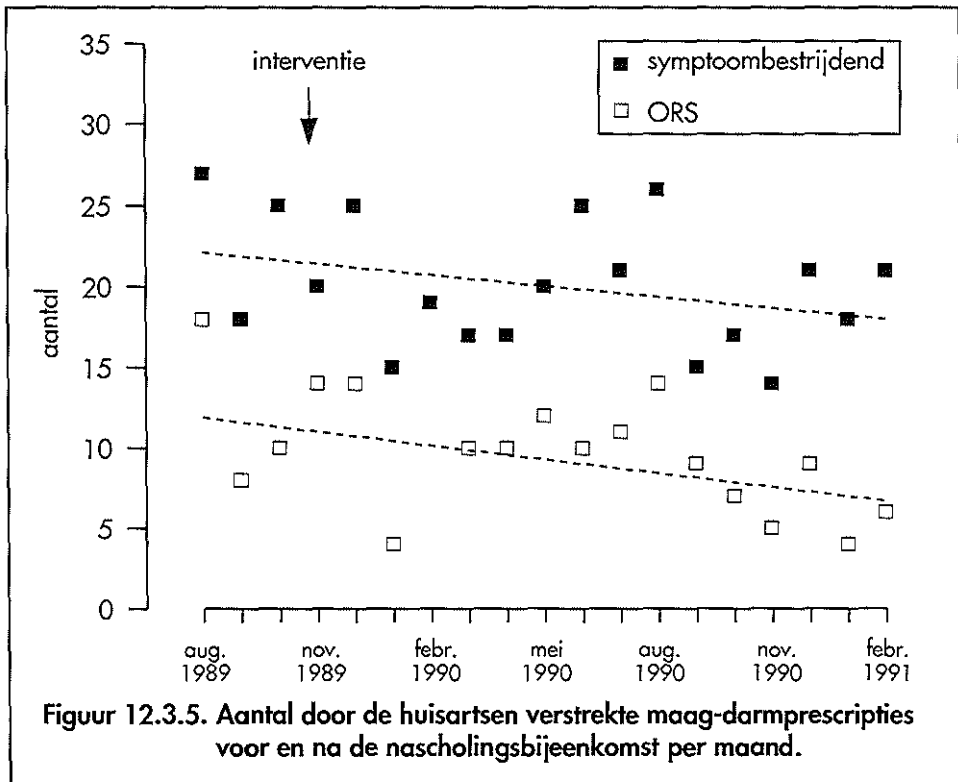


voerde beleid bij gastroënteritis. Een minderheid van de huisartsen beschouwt ORS als middel van eerste keuze, maar heeft vertrouwen in de werkzaamheid van een dieetadvies. Kennelijk bestaat er in de huisartspraktijk behoefte aan symptoombestrijding, hoewel er voor deze middelen volgens de specialistische literatuur geen plaats is. Een argument hierbij is dat de zorg voor een kind met diarree de normale gang van zaken in een gezin ernstig kan verstoren, waarbij de druk van de ouders op de huisarts onweerstaanbaar kan worden. Dan ziet de huisarts toediening van een symptoombestrijdend middel als mogelijkheid om de periode te overbruggen en zelfmedicatie te voorkómen. Overigens waren de huisartsen na confrontatie met hun eigen prescriptiecijfers van mening dat er veel medicatie werd gegeven.

Aan het eind van de discussie was er een zekere mate van consensus over het feit dat ORS theoretisch het beste middel is, maar vooral door smaakproblemen soms niet goed toepasbaar. Een uitgebalanceerd dieetadvies kan, bij het ontbreken van dehydratie, een goede behandeling zijn. Symptoombestrijdende medicatie dient tot een minimum beperkt te worden.

### Verstrekkingen voor en na de nascholingsbijeenkomst

Om het effect van de nascholingsbijeenkomst te bepalen werd met behulp van de gegevens van de apothekers de door de huisartsen voorgeschreven medicatie aan de onderzoekpopulatie voor en na de bijeenkomst geanalyseerd. Het aantal kinderen van 0 tot en met 14 jaar in de bevolking was in de periode januari 1987 tot en met december 1990 niet significant gewijzigd (bijlage 3.1.). Gezien de bereikte consensus werd een daling van de verstrekte symptoombestrijdende medicatie en een stijging van het aantal ORS- verstrekkingen verwacht. De door de huisartsen voorgeschreven medicatie per maand is zichtbaar in figuur 12.3.5.



Figuur 12.3.5. Aantal door de huisartsen verstrekte maag-darmprescripties voor en na de nascholingsbijeenkomst per maand.

Er is een grote variatie in het aantal verstrekkingen per maand, met trend tot daling van het aantal verstrekkingen van zowel ORS als de symptoombestrijdende middelen. Verhoudingsgewijs bestaat de medicatie voor en na de interventie uit een gelijk deel symptoombestrijdende middelen en ORS.

Een vergelijking van het gemiddeld aantal verstrekkingen in de maanden voor de nascholingsbijeenkomst, augustus tot en met oktober 1989, met het gemiddeld aantal verstrekkingen in de maanden na de nascholingsbijeenkomst, november 1989 tot en met februari 1991, staat in tabel 12.3.6.

**Tabel 12.3.6. Het aantal verstrekte maag-darmmiddelen per maand voor en na de nascholingsbijeenkomst.**

| medicatie | voor | na |
|-----------|------|----|
| Imodium®  | 13   | 8  |
| Motilium® | 10   | 11 |
| ORS       | 12   | 9  |

Er is een daling van het totale aantal verstrekkingen veroorzaakt door een vermindering van het aantal voorschriften ORS en Imodium® na de nascholingsbijeenkomst. Concluderend kan gezegd worden dat de beoogde verandering in het voorschrijfgedrag zowel voor ORS als voor de symptoombestrijdende middelen niet werd bereikt.

## 12.4. Nascholingsbijeenkomst betreffende luchtwegproblemen

### Beleid van de huisartsen in 1988

Ten behoeve van de nascholingsbijeenkomst 'luchtwegproblemen' werden de gegevens uit de parallelregistratie gepresenteerd. Op verzoek van de huisartsen werden de acties bij patiënten met de werkhypothese 'astma/astmatische bronchitis' (R96) en 'CARA' (R91.2) vergeleken met de patiënten bij wie de werkhypothese 'bovenste-luchtweginfectie' (R74) werd gesteld, doch bij wie als reden voor komst 'hoesten' (R05), 'piepen' (R02) en/of 'kortademigheid' (R03) was geregistreerd, aangezien deze klachten ook zouden kunnen passen bij de diagnose astma. Ditzelfde geldt overigens voor patiënten met de diagnose bronchitis (R78), doch voor de betreffende bespreking werd geen analyse verricht van deze contacten. In totaal werden 154 contacten voor de op deze wijze geselecteerde bovenste-luchtweginfecties, 56 contacten wegens astma en 10 contacten wegens CARA geregistreerd. De relatie tussen deze diagnoses en de genoemde redenen voor komst staan in tabel 12.4.1.

**Tabel 12.4.1. Relatie tussen de diagnose/werkhypothese van de huisarts en de redenen voor komst in absolute aantallen.**

| diagnose/werkhypothese           | R05 | R03 | R02 | andere | totaal |
|----------------------------------|-----|-----|-----|--------|--------|
| R74 bovenste-luchtweginfectie    | 138 | 4   | 12  | -      | 154    |
| R96 astma/astmatische bronchitis | 16  | 24  | 10  | 6      | 56     |
| R91.2 CARA                       | 5   | 2   | 2   | 1      | 10     |

Het specifieke symptoom hoesten is de meest frequent gepresenteerde klacht. De met name voor astma specifiekere klachtenpatronen zijn minder frequent reden voor komst. Voor de rest van de bespreking werden de diagnoses astma en CARA als identiek beschouwd.

Bij de 154 contacten met de werkhypothese bovenste-luchtweginfectie ging het in totaal om 139 kinderen. Vijftien patiënten consulteerden de huisarts twee keer. Eén van de contacten betrof een kind voor wie tevens zes contacten met de diagnose astma werden geregistreerd. Deze patiënt zal in de astmagroep worden geanalyseerd. Verder was er geen overlapping tussen beide patiëntengroepen. Bij de 66 contacten met de diagnose astma/CARA ging het in totaal om 47 kinderen, waarvan er zes kinderen tweemaal, een kind viermaal en twee kinderen zelfs zesmaal de huisarts bezochten.

De leeftijd van de kinderen met hoesten, piepen en/of kortademigheid bij wie de huisarts de werkhypothese 'bovenste-luchtweginfectie' hanteerde, was gemiddeld 3,5 jaar. Voor de kinderen met de diagnose/werkhypothese astma/CARA was dit gemiddeld 5,8 jaar. De leeftijd van de kinderen verdeeld naar de werkhypothese van de huisarts staat in tabel 12.4.2.

**Tabel 12.4.2. Leeftijd van de kinderen verdeeld naar werkhypothese van de huisarts.**

| leeftijd in jaren | bovenste-luchtweginfectie<br>(n=138) | astma/CARA<br>(n=47) |
|-------------------|--------------------------------------|----------------------|
| 0                 | 36                                   | 7                    |
| 1                 | 13                                   | 3                    |
| 2                 | 18                                   | 3                    |
| 3                 | 15                                   | 4                    |
| 4                 | 11                                   | 6                    |
| 5                 | 14                                   | 1                    |
| 6                 | 9                                    | 3                    |
| 7                 | 5                                    | 1                    |
| 8                 | 2                                    | 1                    |
| 9                 | 5                                    | 6                    |
| 10                | 3                                    | 3                    |
| 11                | 4                                    | 4                    |
| 12                | 0                                    | 2                    |
| 13                | 2                                    | 2                    |
| 14                | 1                                    | 1                    |

Voor beide groepen vond 97 procent van de contacten plaats tijdens de reguliere spreekuren. Van de kinderen die tijdens de reguliere uren hun huisarts bezochten, werd er in beide groepen bij één kind geen lichamelijk onderzoek verricht. Meestal registreerde de huisarts alleen onderzoek van de thorax, soms in combinatie met onderzoek van het KNO-gebied en zeer zelden een algemeen lichamelijk onderzoek.

Het verdere beleid van de huisartsen werd aan de hand van de volgende aspecten geïllustreerd: de aanvullende diagnostiek, aard van de behandeling met in detail de prescripties en de gemaakte vervolgspraken.

De huisartsen vroegen voor drie patiënten met een bovenste-luchtweginfectie en vijf patiënten met astma/CARA aanvullend laboratoriumonderzoek aan.

Tijdens de contacten konden de huisartsen meerdere behandelingen registreren. De aard van de behandeling staat in tabel 12.4.3.

**Tabel 12.4.3. Aard van de behandeling tijdens de contacten met als diagnose/werkhypothese bovenste-luchtweginfectie en astma/CARA.**

| behandeling  | bovenste-luchtweginfectie<br>(n=154) |    | astma/CARA<br>(n=66) |    |
|--------------|--------------------------------------|----|----------------------|----|
|              |                                      | %  |                      | %  |
| geruistellen | 53                                   | 34 | 6                    | 9  |
| voorlichten  | 53                                   | 34 | 27                   | 41 |
| expectatief  | 19                                   | 12 | 7                    | 11 |
| medicatie    | 113                                  | 73 | 58                   | 88 |

Kinderen met astma/CARA kregen vaker een prescriptie dan de kinderen met een bovenste-luchtweginfectie, hoewel ook tijdens deze contacten het percentage prescripties duidelijk hoger lag dan de in totaal tijdens de registratie voorgeschreven medicatie, namelijk 50 procent (hoofdstuk 5).

De huisartsen konden per contact meerdere medicamenten voorschrijven. Tijdens zes contacten met als diagnose bovenste-luchtweginfectie schreef de huisarts meer dan één medicament voor. Bij de kinderen met astma/CARA gebeurde dit 17-maal.

Om het relatieve aandeel van de diverse medicamenten weer te geven, staan in tabel 12.4.4. de medicijn groepen per diagnose in afgeronde percentages vermeld.

**Tabel 12.4.4. Therapie bij 154 contacten voor de geselecteerde bovenste-luchtweginfecties en 66 contacten voor astma/CARA, in absolute getallen en in afgeronde percentages.**

| therapie                   | bovenste-luchtweginfectie<br>(n=119) |    | astma/CARA<br>(n=75) |    |
|----------------------------|--------------------------------------|----|----------------------|----|
|                            |                                      | %  |                      | %  |
| antihistaminica            | 2                                    | 2  | 7                    | 9  |
| antibiotica                | 31                                   | 26 | 14                   | 19 |
| expectorantia              | 74                                   | 62 | 4                    | 5  |
| inhalatie-corticosteroïden | 0                                    | 0  | 8                    | 11 |
| bronchospasmolytica        | 12                                   | 10 | 42                   | 56 |

Er bestaat een duidelijk verschil tussen beide diagnosegroepen voor wat betreft het voorschrijven van medicamenten uit de diverse groepen.

De beslissing van de huisarts om na het stellen van de diagnose bovenste-luchtweginfectie een bronchospasmolyticum en/of een antihistaminicum voor te schrijven, kan worden beschouwd als een indicatie dat het hier astma betreft.

Er lijkt hier, zoals ook in de literatuur wordt geconstateerd, sprake van het vermijden van de diagnose astma (Speight et al. 1983; De Haan 1988). Het aantal en het soort prescripties verschilden aanzienlijk per praktijk (tabel 12.4.5.). Bovendien valt op dat de diagnose astma/CARA in praktijk 1 verhoudingsgewijs zelden wordt gesteld. Inhalatie-corticosteroïden worden door de huisartsen bij astma vrijwel nooit voorgeschreven.

Er zijn ook verschillen in het door de huisartsen gevoerde beleid ten aanzien van het maken van vervolfgafspraken. Voor de kinderen bekend met astma/CARA, werd in 82 procent een vervolfgafpraak gemaakt; in negen procent gaf de huisarts aan niets te hebben afgesproken en in negen procent werd dit niet geregistreerd. Drie kinderen werden verwezen naar de tweedelijn.

**Tabel 12.4.5. Aantal prescripties bij contacten voor astma/CARA (n=66) en bij de geselecteerde contacten voor bovenste-luchtweginfecties (n=154) per praktijk.**

|                                   | praktijk  |           |          |          |           | totaal     |
|-----------------------------------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|------------|
|                                   | 1         | 2         | 3        | 4        | 5         |            |
| <b>astma/CARA</b>                 |           |           |          |          |           |            |
| contacten(n)                      | 5         | 28        | 2        | 4        | 27        | 66         |
| antihistaminica                   | 1         | 4         | -        | 1        | 2         | 8          |
| antibiotica                       | 1         | 9         | 2        | -        | 4         | 16         |
| expectorantia                     | -         | 1         | 1        | -        | 1         | 3          |
| inhalatie-corticosteroïden        | -         | 3         | -        | -        | -         | 3          |
| bronchospasmolytica               | 4         | 20        | -        | 5        | 16        | 45         |
| <b>totaal prescripties</b>        | <b>6</b>  | <b>37</b> | <b>3</b> | <b>6</b> | <b>23</b> | <b>75</b>  |
| <b>bovenste-luchtweginfecties</b> |           |           |          |          |           |            |
| contacten(n)                      | 47        | 40        | 8        | 5        | 54        | 154        |
| antihistaminica                   | -         | -         | -        | 1        | 1         | 2          |
| antibiotica                       | 2         | 10        | 1        | 1        | 15        | 29         |
| expectorantia                     | 27        | 14        | 5        | 2        | 27        | 75         |
| inhalatie-corticosteroïden        | -         | -         | -        | -        | -         | -          |
| bronchospasmolytica               | 3         | 4         | -        | 1        | 4         | 12         |
| <b>totaal prescripties</b>        | <b>32</b> | <b>28</b> | <b>6</b> | <b>5</b> | <b>47</b> | <b>119</b> |

Van de kinderen met een bovenste-luchtweginfectie kreeg 63 procent een vervolfgafpraak, in elf procent werd niets afgesproken; de overige 26 procent werd niet geregistreerd. Eén kind werd verwezen naar de kinderarts.

### Literatuur als uitgangspunt voor de discussie

Als uitgangspunt voor het optimale beleid bij kinderen met astma werd tijdens de nascholings-bijeenkomst verslag gedaan van de resultaten van de diverse consensusbesprekingen, die op dat moment ten dele gepubliceerd waren (Warner et al. 1989; Van der Laag et al. 1991).

Met deze richtlijnen kan een stapsgewijs behandelplan worden opgesteld. Bij incidentele symptomen voldoet zonnodig een bronchusverwijder. Bij incidentele symptomen die voorspelbaar zijn, zoals inspanningsastma en allergische reacties, kan worden volstaan met een profylactische inhalatie van een bronchusverwijder of cromoglicaat. Bij frequente of continue symptomen dient een onderhoudsbehandeling gegeven te worden, in eerste instantie cromoglicaat en bij onvoldoende resultaat inhalatiecorticosteroïden. Inhalatietherapie voor kinderen met astma is veilig en effectief. De toedieningsvorm moet echter zorgvuldig worden gekozen en is leeftijdsafhankelijk. Al op jonge leeftijd kan een dosis-aërosol met reservoir-spacer worden gebruikt, vanaf 6 à 7 jaar kunnen de meeste kinderen met een poederinhalersysteem omgaan. Soms is een elektrische vernevelaar noodzakelijk. Bij zuigelingen wordt vaker een chronische hypersecretie dan een acute astma-aanval gezien. Er bestaan goede ervaringen met een oraal gegeven anticholinergicum.

## Discussiepunten tijdens de nascholingsbijeenkomst

Tijdens de discussie werd nogmaals gewezen op de variatie in de symptomatologie bij de diverse leeftijdsgroepen en op het feit dat vooral bij jonge kinderen, ondanks symptomen die op astma wijzen als (nachtelijk) hoesten, piepen, kortademigheid, toch vaak volstaan wordt met de diagnose luchtweginfectie. Er werd ingegaan op het belang van het stellen van de juiste diagnose, omdat dit onderbehandeling voorkomt en daardoor waarschijnlijk van invloed is op de uiteindelijke prognose. Uitgebreid werd ingegaan op de diverse technische mogelijkheden om inhalatiemedicatie ook voor de jongere leeftijdsgroep mogelijk te maken. De diverse hulpmiddelen werden door de apothekers toegelicht. Iedere arts kreeg van de apothekers een reservoir-spacer ter introductie en voor gebruik in acute situaties.

## Verstrekingen voor en na de nascholingsbijeenkomst

Om het effect van de nascholingsbijeenkomst te bepalen, werd het aantal verstrekkingen op voorschrift van de huisartsen voor 'astmamedicatie' te weten depropline, cromoglicaat, bronchospasmolytica (zowel oraal als per inhalatie) en inhalatie-corticosteroïden, voor en na de bijeenkomst, met de gegevens van de apothekers geanalyseerd. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen orale en inhalatietherapie. Gezien het resultaat van de discussie werd een stijging van het totale aantal verstrekkingen verwacht, het sterkst voor kleuters en een verschuiving van orale toedieningsvormen naar inhalatietherapie mede dankzij hulpmiddelen, zoals reservoir-spacers.

Het aantal verstrekkingen 'astmamedicatie' per huisartspraktijk per 1.000 kinderen in de maanden voor de bijeenkomst, augustus 1989 tot en met januari 1990, en de maanden na de bijeenkomst verdeeld in twee halve jaren, te weten februari 1990 tot en met juli 1990 en augustus 1990 tot en met januari 1991, staat in tabel 12.4.6.

**Tabel 12.4.6. Aantal verstrekkingen 'astmamedicatie' per huisartspraktijk per 1.000 kinderen voor en na de nascholingsbijeenkomst per 6 maanden.**

| praktijk | voor           |                | na             |  |
|----------|----------------|----------------|----------------|--|
|          | 1/8/89-31/1/90 | 1/2/90-31/7/90 | 1/8/90-31/1/91 |  |
| 1        | 72             | 72             | 101            |  |
| 2        | 112            | 101            | 143            |  |
| 3        | 31             | 58             | 88             |  |
| 4        | 146            | 135            | 123            |  |
| 5        | 114            | 138            | 147            |  |

In de meeste praktijken wordt een toename van het aantal verstrekkingen voor 'astmamedicatie' na de nascholingsbijeenkomst gezien. Het duidelijkst is dit in het tweede halfjaar na de bijeenkomst, mogelijk mede door seizoensvariatie. Het betreft hier de overeenkomstige maanden als voor de nascholingsbijeenkomst. Of er naast een toename van alle voorgeschreven 'astmamedicatie' ook frequenter de keuze wordt gemaakt deze medicatie per inhalatie te geven, is onderzocht door de verstrekkingen voor orale en inhalatiemedicatie per leeftijdsgroep voor en na de nascholingsbijeenkomst te analyseren (tabel 12.4.7.). Na de nascholingsbijeenkomst werd meer inhalatietherapie voorgeschreven voor alle leeftijdsgroepen ( $p < 0,05$ ; t-toets). Deze stijging wordt verklaard door een toegenomen aantal voorschriften voor cromoglicaat en inhalatie-bronchospasmolytica, ook in de jongste leeftijdscategorie. Daarnaast werd nog steeds frequent, vooral in de jongste leeftijdsgroep, gebruikgemaakt van orale medicatie, te weten depropline.

Tevens werden na de nascholingsbijeenkomst frequenter reservoir-spacers op voorschrift van de huisarts verstrekt, overigens niet alleen voor de jongste kinderen (tabel 12.4.8.).

**Tabel 12.4.7. Aantal verstrekkingen oraal en per inhalatie toegediende 'astmamedicatie' per 1.000 kinderen per leeftijdsgroep voor en na de nascholingsbijeenkomst per zes maanden.**

| leeftijdsgroep | voor  |           | na    |           |
|----------------|-------|-----------|-------|-----------|
|                | oraal | inhalatie | oraal | inhalatie |
| 0-4 jaar       | 172   | 7         | 196   | 23        |
| 5-9 jaar       | 35    | 35        | 34    | 77        |
| 10-14 jaar     | 7     | 15        | 9     | 51        |

**Tabel 12.4.8. Aantal verstrekte hulpmiddelen per leeftijdsgroep voor en na de nascholingsbijeenkomst per zes maanden.**

| leeftijdsgroep | voor | na |
|----------------|------|----|
| 0-4 jaar       | 3    | 12 |
| 5-9 jaar       | 7    | 13 |
| 10-14 jaar     | 7    | 13 |

## 12.5. Beschouwing

Zoals in de eerste paragraaf beschreven, werden de nascholingsbijeenkomsten in eerste instantie niet opgezet als interventie tijdens dit onderzoek. Er vonden slechts twee bijeenkomsten plaats, zodat bij de interpretatie in algemene zin voorzichtigheid betracht moet worden.

De nascholingsbijeenkomsten voldeden wel aan een aantal criteria, die in de literatuur beschreven zijn als vereist voor het slagen van een onderwijsprogramma voor volwassenen. Ze werden georganiseerd op verzoek van de huisartsen en betroffen onderwerpen, die hun belangstelling hadden (Commissie Nascholing NHG 1987; Grol 1991; Harden en Laidlaw 1992). Doordat de mogelijkheid bestond hen, door middel van gegevens uit de parallelregistratie, te confronteren met het eigen beleid konden zij hun beleid toetsen aan de literatuur en zelf de tekortkomingen daarin vaststellen. Bestaande tekortkomingen kunnen berusten op lacunes, het onvoldoende verwerven van nieuwe kennis, het niet op de juiste wijze of het juiste moment toepassen van aanwezige kennis. De bijeenkomst was van te voren met de specialist doorgesproken en die trachtte bij het geven van informatie zo goed mogelijk aan te sluiten bij de ervaring en de werksituatie van de huisarts. Intercollegiale feedback komt vooral tot zijn recht als ze gebruikt wordt als onderdeel van een breder opgezette benadering, waarin verschillende methoden en interventies worden gecombineerd en waarin intercollegiaal overleg en terugkoppeling vooral de werkzame bestanddelen vormen (Sprij et al. 1989, Winkens et al. 1992). Zo ontstond een goede uitgangssituatie voor nascholing met interactieve discussie, alhoewel de door velen belangrijk geachte mogelijkheid feedback te geven op al dan niet bereikte veranderingen ontbrak. Het toetsen van eigen beleid en het krijgen van kritiek van gerespecteerde collegae in een kleine veilige groep kan een krachtige stimulans tot verbetering van de zorg zijn (Grol 1987, 1991).

Het toetsen via de waarneemgroep kan ook een belemmering zijn, indien deelnemers onvoldoende veiligheid in de groep ervaren (Crebolder 1985).

Uit onderzoek is gebleken dat overleggroepen van huisartsen en apothekers waarbinnen richtlijnen voor het beleid opgesteld werden, die later besproken werden aan de hand van feedback over prescriptiecijfers, kunnen resulteren in een daling van het aantal voorschriften, naar men veronderstelt door een daling in het aantal irrationele voorschriften (Post 1984, Manning et al. 1986, Van der Ree et al. 1986; Van de Poel et al. 1988).

Om het effect van de nascholingsbijeenkomst, in het bijzonder ten aanzien van deskundigheidsbevordering, te meten, waren er slechts beperkte analysemogelijkheden, omdat er zoals eerder toegelicht niet gelijktijdig een methode hiervoor was opgezet. Er is daarom geen koppeling te maken tussen het farmacotherapeutisch handelen en de gestelde diagnoses. Ten aanzien van het farmacotherapeutisch handelen van de huisartsen waren echter betrouwbare gegevens beschikbaar.

Bij de discussie betreffende het beleid bij gastroënteritis waren de huisartsen van mening dat er door hen te veel medicamenten werden voorgeschreven. Na de bijeenkomst werden er - in overeenstemming met de bereikte consensus - minder symptoombestrijdende middelen voorgeschreven, maar het bleek nog steeds heel gebruikelijk dit te doen. Het gebruik van ORS was, in tegenstelling tot wat werd beoogd, eerder af- dan toegenomen. Mogelijk werd dit veroorzaakt door een toename in het aantal dieetvoorschriften, maar dit was met de gebruikte methode niet meetbaar. Het beoogde doel kan in het dagelijks werk niet haalbaar zijn gebleken omdat door de patiënt i.c. de ouders medicatie verwacht wordt en het moeilijk is dit te weigeren (Alting von Geusau en Runia 1991). Het gebruikelijke beleid wordt dan door de huisartsen toch als bevredigend ervaren en de noodzaak tot ombuigen wordt niet gevoeld.

Met betrekking tot het farmacotherapeutische beleid bij luchtwegproblemen kan worden gezegd dat het tijdens deze nascholingsbijeenkomst toelichten van nieuwere methodieken om bij jonge kinderen inhalatiemedicatie mogelijk te maken, geresulteerd heeft in een toename van het aantal prescripties voor inhalatiemedicatie. Hierdoor hadden de huisartsen kennisgenomen van een methode die het mogelijk maakt op eenvoudige wijze inhalatiemedicatie bij jonge kinderen toe te passen, iets waaraan kennelijk behoefte bestond. Hierbij moet worden opgemerkt dat het onderzoek plaatsvond in de periode dat door diverse firma's deze hulpmiddelen in de specialistenpraktijk, maar nog niet in de huisartspraktijk, werden geïntroduceerd.

Mogelijk is ook bereikt dat de huisarts eerder de diagnose astma overweegt en dienovereenkomstig handelt, gezien een vrijwel gelijkblijvend aantal prescripties voor orale medicatie, de toename in het totale aantal prescripties voor astmamedicatie en de toename van de verstrekkingen per inhalatie voor de oudere kinderen, waartoe de methodiek reeds geruime tijd beschikbaar was.

De bovengenoemde bevindingen betreffende twee nascholingsbijeenkomsten, waarbij eenmalig een onderwerp besproken werd, maken slechts voorzichtige conclusies mogelijk.

Dergelijke eenmalige nascholingsbijeenkomsten lijken geschikt om nieuwe medicatiemogelijkheden te introduceren indien deze mogelijkheden voorzien in een gesignaleerde behoefte. Om langer bestaand beleid, zeker indien men hierover niet ontevreden is, om te buigen lijken dergelijke eenmalige bijeenkomsten minder geschikt.



## 13. Beschouwingen en conclusies

### 13.1. Gezondheidszorg voor het kind door huisarts en kinderarts

Door het dalende geboortecijfer en de toegenomen levensverwachting is het aantal kinderen in ons land verhoudingsgewijs gedaald. Kinderen van 0- tot en met 14-jaar vormen momenteel in ons land 18 procent van de bevolking (Centraal Bureau voor de Statistiek 1992). Voor kinderen wordt, evenals voor ouderen, relatief vaak een beroep op de gezondheidszorgvoorzieningen gedaan. Daarbij zijn klachten en ziekten van kinderen voor ouders vaak een bron van angst en ongerustheid. Vanuit hun verantwoordelijkheidsgevoel zijn ouders mogelijk eerder geneigd om op specialistische zorg aan te dringen, waardoor ze in dit opzicht een speciale plaats innemen als consument van de gezondheidszorg (Krol 1986).

Verskillende auteurs geven aan dat aandoeningen op de kinderleeftijd ongeveer een vijfde deel van het dagelijks werk van de huisarts vormen (Oliemans 1969; Carne 1979; Van den Hoogen 1985). Meer recente gegevens laten zien dat 13 procent van alle contacten in de huisartspraktijk kinderen betreffen (Van der Velden et al. 1991). De huisarts verleent voornamelijk curatieve zorg. Veel minder aandacht krijgt de preventieve taak, die weliswaar in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem voornamelijk uitgevoerd wordt door de jeugdgezondheidszorg, maar waarbij de huisarts toch een verantwoordelijkheid behoudt (Commissie Takenpakket LHV 1987). De kinderarts verleent als specialist zorg voor kinderen, zowel klinisch als poliklinisch, die verwezen zijn door de huisarts maar ook door anderen, zoals verloskundigen en andere specialisten. Uit cijfers die een indruk geven van de klinische kindergeneeskundige zorg blijkt dat 14 procent van de nul-jarigen en 1,5 procent van 1- tot en met 14-jarigen per jaar wordt opgenomen. Hoeveel kinderen uitsluitend poliklinisch onder behandeling van de kinderarts zijn, is niet bekend (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde 1992).

Preventieve zorg voor kinderen wordt vooral gerealiseerd binnen de jeugdgezondheidszorg door consultatiebureau-artsen en schoolartsen. Soms functioneert de huisarts binnen de jeugdgezondheidszorg als consultatiebureau-arts, meestal maar niet uitsluitend voor de eigen praktijkpopulatie (Boerma en Hamers 1984; Van Gennep et al. 1992; Bruijnzeels et al. 1993). De participatie van kinderartsen in de jeugdgezondheidszorg is de laatste jaren sterk afgenomen (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde 1992).

Deze differentiatie heeft bijgedragen tot professionalisering van de deelgebieden, maar de scheiding van preventieve en curatieve zorg draagt het gevaar in zich dat een optimale wisselwerking er door belemmerd wordt.

De wijze waarop gezondheidszorg voor kinderen in Nederland is georganiseerd, verschilt sterk van die in de meeste landen, waar zowel de eerstelijns- en de specialistische curatieve zorg als de preventieve zorg veelal door de kinderarts wordt verleend. Het is echter de vraag of binnen een gezondheidszorgsysteem waarin de kinderarts verantwoordelijk is voor het grootste deel van de zorg voor kinderen, de kwaliteit beter wordt gewaarborgd. Een voordeel van een dergelijk zorgsysteem lijkt dat zowel de preventieve als de curatieve zorg in de eerste levensjaren door één arts wordt verleend, waardoor er een betere integratie ontstaat. Wel moet men zich realiseren dat deze kinderarts door de aangeboden problematiek zeer generalistisch en nauwelijks specialistisch functioneert. Het zal hem ook gaan ontbreken aan ervaring en deskundigheid voor de behandeling van ziektebeelden op de kinderleeftijd, die specifieke specialistische expertise vereisen. Elders wordt gesignaleerd dat het een probleem is binnen ziekenhuizen kinderartsen op te leiden, die vervolgens de vaardigheden moeten hebben om basisgezondheidszorg te verlenen (Helfer 1985; Cleveland 1987).

De laatste decennia heeft de structuur van de gezondheidszorg in Nederland veel aandacht gekregen, zowel met betrekking tot beleidsontwikkeling als in het kader van onderzoek. Deze discussie is gevoerd zowel in de zorgsector zelf als in diverse geledingen van de overheid. Aanleiding hiervoor waren de sterke groei van de medisch-technische mogelijkheden en een veranderende vraag binnen de ambulante zorgverlening door zowel huisarts als specialist. Het beheersen van de toename in medische consumptie en van de kosten van de gezondheidszorg zijn daarbij belangrijke motieven. Naast alle aandacht voor doelmatigheid is er ook toenemend aandacht voor de kwaliteit van de zorg. Bij herhaling wordt de eerder gemaakte keuze onderschreven om de eerstelijnsgezondheidszorg te versterken en daarbij meer aandacht te geven aan de samenhang tussen de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Veel beleidsadviezen en onderzoeken richten zich, gezien de vergrijzing van de bevolking, vooral op chronisch zieken en volwassenen. Toch zijn er voldoende argumenten om specifieke aandacht te geven aan de gezondheidszorg voor kinderen. Ook voor hen is de zorg in het ziekenhuis door medisch-technologische ontwikkelingen geavanceerder geworden en zijn er verschuivingen opgetreden in de ambulante zorgverlening door huisarts en specialist. Bovendien wordt, zoals eerder gemeld, de zorg voor kinderen gerealiseerd binnen drie zorgcircuits, waarbij met name als deze circuits los van elkaar opereren discontinuïteit op kan treden.

Het in dit dubbelproefschrift beschreven onderzoek werd geïnitieerd om na te gaan of er problemen zijn in de zorgverlening voor kinderen door huisarts en kinderarts en of de zorg verbeterd kan worden door een beïnvloeding van de samenwerking.

Daarbij was de vraagstelling: welke zorg wordt door huisarts en kinderarts verleend, hoe is deze zorgverlening op elkaar afstemd en zijn er mogelijkheden door interventies de zorgverlening te optimaliseren?

Met een in de eerste fase van het project uitgevoerd observationeel onderzoek werd de zorg verleend door huisarts en kinderarts aan een omschreven populatie - 5.600 kinderen van 0 tot en met 14 jaar allen ingeschreven bij één van de huisartsen in Krimpen aan den IJssel - in kaart gebracht. Van alle zorg verleend door de huisarts in de eigen praktijk en van de verwijzingen door de huisarts naar het tweede echelon werd een aantal parameters vastgelegd. Evenzo werd de verleende algemene en subspecialistische pediatrie zorg geregistreerd. Daarnaast werd een beeld verkregen van de invloed van de huisarts op het aanbod in de kindergeneeskundige praktijk en de huisartsgeneeskundige zorg verleend aan kinderen onder behandeling van de kinderarts. Daarbij werden tevens de visies van huisarts en kinderarts met betrekking tot afstemming van zorg vastgelegd. Een soortgelijk onderzoek waarbij de zorgverlening en de afstemming van zorgverlening in twee echelons voor een omschreven populatie werd onderzocht, werd niet eerder in Nederland uitgevoerd.

Door de opzet van het onderzoek is het inzicht in de verleende zorg en afstemming van zorg vrij compleet. Een integraler beeld zou verkregen zijn door ook de zorgverlening door consultatiebureau-artsen, schoolartsen en andere specialisten vast te leggen. Daarnaast zou een langduriger registratie in de huisartspraktijk hebben kunnen verduidelijken voor welke kinderen frequent een beroep op de huisarts wordt gedaan. Door de gekozen wijze van registreren zijn overwegingen van zorgverleners en de wijze waarop besluiten tot stand zijn gekomen niet vastgelegd.

Gedurende vier maanden, de door ons geobserveerde periode tijdens de parallelregistratie, bezocht 37 procent van de kinderen hun huisarts. Zij presenteerden hierbij een grote diversiteit aan problemen. Hoewel vergelijking van de morbiditeit door verschil in gebruikte coderingen moeilijk is, komt de gepresenteerde morbiditeit in grote lijnen overeen met wat in de literatuur wordt gevonden. Het grootste deel van deze problemen kon in de huisartspraktijk worden opgelost. Slechts een klein deel van de populatie werd verwezen naar de tweedelijns. Daarbij ging het vooral om kinderen met luchtweg-, groei-, maag-darm- en voedingsproblemen, alsmede infecties, algemene klachten en traumata. In overeenstemming met de gepresenteerde problematiek werd vooral naar de KNO-arts, de chirurg en de kinderarts verwezen, zoals ook uit ander

onderzoek blijkt (Kuiper en Vaandrager 1982; Pless 1987; Bruijnzeels et al. 1993). Door ons werd een goede overeenkomst gevonden tussen de beoordeling door de huisarts en de diagnose van de specialist. Wel gaf de huisarts bij verwijzing aan onzekerder te zijn over de diagnose dan bij de patiënten die hij niet verwijst, dit gold met name voor verwijzingen naar de kinderarts. De artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg initieerden twee procent van de contacten in de huisartspraktijk, relatief vaak met een verzoek om verwijzing naar de tweedelij. Veertig procent van deze contacten resulteerde in een verwijzing naar de tweedelij, hetgeen betekent dat van alle verwijzingen ruim veertien procent volgde op een contact geïnitieerd door school- of consultatiebureau-arts. Opvallend was dat slechts éénmaal een verwijzing naar de kinderarts op deze wijze werd geïnitieerd.

Van alle kinderen van de onderzoekpopulatie kwam 2,7 procent bij een kinderarts, gedurende het inventariserende onderzoek dat voor de kindergeneeskunde gedurende een half jaar werd uitgevoerd.

Met een nieuw probleem kwamen 73 kinderen uit de populatie (1,3 procent) onder behandeling van de kinderarts. Tweederde van deze kinderen kwam voor poliklinische evaluatie en soms aansluitend opname bij de kinderarts. Voor het overige betrof het kinderen in de neonatale periode die niet door de huisarts, maar door verloskundige of gynaecoloog - deels routinematige na een (poli)klinische partus - werden verwezen. Van alle pasgeborenen komt 17 procent op deze wijze onder behandeling van de kinderarts. Van de kinderen die voor poliklinische beoordeling kwamen, werd 71 procent verwezen door de huisarts, 13 procent door andere zorgverleners en de overigen kwamen zonder verwijzing - dus uitsluitend op initiatief van de ouders - naar de polikliniek. Al met al betekent dit dat bij ongeveer de helft van alle patiënten die met een nieuw probleem bij de kinderarts komen de huisarts een initiërende rol heeft.

Van de patiënten die voor poliklinische evaluatie bij de kinderarts kwamen, werd de helft snel terugverwezen naar de huisarts. Het betrof hier veelal patiënten met acute aandoeningen, voor wie na een eerste beoordeling geen specialistische begeleiding noodzakelijk werd geacht. Van ongeveer een vijfde van deze patiënten verwacht de kinderarts dat zij langduriger onder behandeling zullen blijven. Voor de patiënten die in de neonatale periode werden verwezen, was slechts bij uitzondering een langdurige kindergeneeskundige begeleiding noodzakelijk. Uiteindelijk resulteert slechts een klein deel van de verwijzingen naar de kinderarts in een langdurige poliklinische begeleiding. In het onderzochte half jaar bleek 1,6 procent van de populatie langere tijd poliklinisch door de kinderarts te worden begeleid. Deels betrof het kinderen met voor de huisarts zeldzame aandoeningen. Het is opvallend dat een aantal van de kinderen die door de kinderarts worden begeleid, de huisarts frequenter consulteren dan andere kinderen. Het betreft dan ook dezelfde problemen als waarvoor ze bij de kinderarts komen.

## **13.2. Problemen bij de afstemming van zorg verleend door huisarts en kinderarts**

In dit onderzoek bleek dat er een groot verschil is in aangeboden problematiek bij huisarts en kinderarts. Dit verschil bepaalt in belangrijke mate het dagelijks werk van huisarts en kinderarts. Het maakt duidelijk wat hun plaats is in de zorg voor kinderen en het weerspiegelt de zeeffunctie van de huisarts. Het maakt tevens duidelijk dat er een verschil moet zijn in de wijze waarop klachten worden geïnterpreteerd en hoeveel onzekerheid omtrent de diagnose wordt geaccepteerd bij het te voeren beleid. Het is moeilijk, zo niet onmogelijk, het vak zowel in de breedte als in de diepte uit te oefenen. Hierdoor is het herkennen van aandoeningen die zelden in de huisartspraktijk worden gezien en het op de juiste wijze interpreteren van symptomen en aandoeningen bij het zeer jonge kind voor de huisarts soms problematisch. Ook het begeleiden van

patiënten met bepaalde aandoeningen die door de huisarts bij volwassenen adequaat behandeld of begeleid kunnen worden, is voor de huisarts bij kinderen soms moeilijker door het relatief zeldzaam voorkomen, het andere beleid en verschillen in presentatie, complicaties en prognose. Voorbeelden hiervan zijn diabetes mellitus, maligniteiten en reumatische ziekten.

Uit analyse van de instroom in de kindergeneeskundige praktijk bleek dat voor een deel van de kinderen de komst naar de polikliniek door de kinderarts als minder zinvol werd beschouwd. Dit bleek met name het geval als er sterke opwaartse druk van de ouders werd ervaren. Dit betrof niet alleen patiënten die buiten de huisarts om de polikliniek bezochten maar ook patiënten die door de huisarts werden verwezen. Dit kan resulteren in voor de specialist oneigenlijke werkzaamheden, waardoor irritaties kunnen ontstaan. Ook dreigt het gevaar dat kinderen, eenmaal bij de specialist beland, te langdurig onder specialistische zorg blijven.

De communicatie tussen huisarts en kinderarts bij verwijzing door de huisarts en bij beëindiging van de specialistische zorg na een kortdurende klinische of poliklinische evaluatie bleek groot probleem. Elders werd dit wel als probleem gesignaleerd, zoals blijkt uit het feit dat het verbeteren van de overdracht van informatie ten tijde van de verwijzing in de afgelopen jaren veel aandacht heeft gekregen, ook als instrument om de samenwerking tussen huisartsen en specialisten te verbeteren (Meyboom en Casparie 1980; Bado en Williams 1984; Beugeling en Van der Wouden 1989; Kersten en Verhage-Spliet 1990; Jacobs en Pringle 1990; Verhage-Spliet en Kersten 1990; Verhage-Spliet en Eggink 1990; Kersten 1991; Verhage-Spliet et al. 1993).

Wel werden in overeenstemming met Cummins et al. (1980) tekortkomingen gesignaleerd bij de informatieoverdracht met betrekking tot patiënten die gedurende een langere periode door de kinderarts worden begeleid. Omdat, zoals door dit onderzoek duidelijk werd, deze kinderen zowel door de huisarts als de kinderarts worden begeleid is juist het afstemmen van zorgverlening bij deze groep kinderen belangrijk. De kinderarts leek zich de betrokkenheid van de huisarts niet te realiseren. Inzichten van huisarts en kinderarts omtrent de taakafbakening verschilden. Er vond geen afstemming van zorg plaats noch op initiatief van de huisarts noch op dat van de kinderarts.

Bij vergelijking van de werkwijze van huisarts en kinderarts kunnen op basis van het onderzoek enkele kritische kanttekeningen gemaakt worden. Het valt op dat eenvoudig beschikbare diagnostische mogelijkheden in de huisartspraktijk niet altijd worden benut of dat faciliteiten ontbreken. Het bleek bijvoorbeeld dat kinderen zelden gemeten en gewogen werden en dat het bijhouden van groeicurves ongebruikelijk is. Ook is een opvallend verschil dat de huisarts bij patiënten met meer chronische aandoeningen zelden een gericht vervolgbeleid met controleafspraken voert. De kinderarts is gewend om het effect van het ingestelde beleid en het veronderstelde beloop te vervolgen met geplande polikliniekafspraken. De huisarts daarentegen gaat er veelal van uit dat patiënten zich bij klachten opnieuw melden. Ook lijkt het dat de huisartsen een vrij solistische werkwijze hebben; het beleid werd zelden getoetst aan de visie van anderen. Hoewel op de onderzoeklocatie werd samengewerkt in groepspraktijken gevestigd in een groot gezondheidscentrum was er weinig overleg binnen het eigen echelon. Ook met specialisten werd, afgezien van het regelen van verwijzingen, weinig overlegd.

### **13.3. De kinderarts als consulent in de eerstelijns**

Na het inventariserende onderzoek werd ten behoeve van de onderzoekpopulatie een aantal experimenten uitgevoerd, gericht op het beïnvloeden van de interactie tussen huisarts en kinderarts.

Bij alle interventies was de grondgedachte om een kinderarts als consulent binnen de eerstelijns

te laten functioneren. Bij de keuze van de interventies en de wijze waarop het effect gemeten kon worden, moesten aanzienlijke concessies worden gedaan, hetwelk mogelijk de uiteindelijke resultaten heeft beïnvloed. Belangrijk is hierbij te bedenken dat de huisartsen voorafgaande aan de start van het gehele project niet ontevreden waren over de samenwerking met de afdeling kindergeneeskunde van het Sophia Kinderziekenhuis. Ook bij de kinderartsen was zorg over het kwantitatieve en kwalitatieve patiëntenaanbod geen argument om te participeren in het project. Uit ander onderzoek blijkt dat juist deze aspecten vaak aanleiding zijn voor het opzetten van samenwerkingsprojecten. Bij dit onderzoek was het belangrijkste argument de waarde van dergelijke experimenten vast te leggen in het kader van wetenschappelijk onderzoek. Dit woog het zwaarste voor de betrokkenen in het Sophia Kinderziekenhuis en de onderzoekers van het Rotterdams Universitaire Huisartsen Instituut. De participerende huisartsen verwachtten, hoewel er wel degelijk objectieveerbare knelpunten waren, weinig baten ten opzichte van de tijdsinvestering die er van hen verwacht werd.

Het consultspreekuur beoogde de expertise van de kinderarts beschikbaar te maken voor patiënten die niet onder behandeling van de kinderarts waren. De doelstelling was enerzijds minder zinvolle verwijzingen naar de polikliniek kindergeneeskunde te voorkomen, maar anderzijds ook om iets toe te voegen aan de zorg in de huisartspraktijk voor kinderen die anders niet verwezen zouden zijn.

Een dergelijke interventie kan uiteraard niet van invloed zijn op de acuut-verwezen patiënten, een categorie die juist voor de kindergeneeskunde een aanzienlijk deel van de verwijzingen betreft. Ook kunnen de beoordelingen door de kinderarts die niet geïnitieerd worden door de huisarts hierdoor niet beïnvloed worden.

Het bleek dat tijdens dit spreekuur een geheel andere groep patiënten werd gezien dan op de polikliniek. Het betrof vrijwel steeds kinderen met al lang bestaande klachten, die hiervoor al verscheidene malen bij de huisarts waren geweest. Ook de gepresenteerde problemen waren van een andere aard, met name was bij deze kinderen vaak sprake van malaise, grote bezorgheid van de ouders en functionele klachten. Het waren kennelijk patiënten waarbij de ouders en/of de huisarts behoefte hadden aan een second opinion, maar die de huisarts bij het ontbreken van deze mogelijkheid binnen het gezondheidscentrum niet naar de polikliniek verwezen zou hebben. Andere auteurs, die de consultmogelijkheid in de huisartspraktijk als instrument om het aantal verwijzingen naar de polikliniek te verminderen onderzocht hebben, melden een wisselend effect. Lang niet altijd is het effect op het aantal verwijzingen op objectieve wijze vastgelegd. Mogelijk werden ook bij deze projecten patiënten beoordeeld, die anders niet naar de specialist verwezen zouden zijn (Hageman en Jansen 1984; Dopheide 1985; Jacobs et al. 1985; Hall et al. 1987; Vierhout 1987, 1994).

De aard van de gepresenteerde problemen leende zich goed voor een eenmalige kindergeneeskundige beoordeling. Bij de opzet van het spreekuur was er van uitgegaan dat de huisarts zou zorgdragen voor het beleid betreffende de patiënt aansluitend aan het consult. Er bleek echter nogal eens geen integratie van de adviezen van de kinderarts in de zorgverlening door de huisarts. Kennelijk beschouwde de huisarts de verwijzing naar het consultspreekuur zoals een andere verwijzing. Hij handelde alsof de zorg voor de patiënt voor enige tijd was overgedragen. Hierdoor was er geen sprake van een continuüm in de behandeling. Overigens bleken zowel de ouders als de huisartsen tevreden over de consultmogelijkheid. Voor de meeste patiënten had het consult aan de kinderarts kennelijk bijgedragen aan het kunnen hanteren van het probleem. Hierdoor werd de vicieuze cirkel van herhaald huisarts bezoek voor matig ernstige klachten doorbroken. Geconcludeerd kan worden dat door de mogelijkheid van een eenmalig consult in de huisartspraktijk de zorg voor het kind verbeterd kan worden, maar het is hierbij wel wenselijk dat de huisarts een dergelijke verwijzing anders hanteert dan de gebruikelijke verwijzingen naar de tweedelijns.

Uit het inventariserend onderzoek bleek dat maar een kleine groep kinderen langdurig onder

behandeling is van de kinderarts. Toch zijn er voldoende argumenten om de afstemming van zorgverlening bij deze groep kinderen te verbeteren. Deze kinderen worden ook geregeld door de huisarts gezien en daarnaast draagt de huisarts zorg voor de andere gezinsleden, waarbij van belang is dat het chronisch ziek zijn van een kind ook het functioneren van het gehele gezin beïnvloedt.

Om de afstemming van zorg voor bij de kinderarts bekende kinderen te verbeteren, werden overzichten van polikliniekbezoek gemaakt en werden per praktijk besprekingen met de consultant-kinderarts in het gezondheidscentrum georganiseerd.

De overzichten van het polikliniekbezoek bleken door de huisartsen te worden beschouwd als informatie waarmee men niet zo veel kon doen. Deze bevinding is in tegenstelling tot wat aangegeven wordt over opname en ontslagberichten van klinische patiënten, waarbij zelfs snellere elektronische verzending wordt geadverteerd als bevorderend voor de communicatie tussen eerste- en tweedelijns (Branger et al. 1992). Naar het inzicht van de huisartsen hadden de overzichten geen signalerende functie, omdat men veelal toch wel wist dat de patiënten nog onder behandeling waren van de kinderarts. Dit overigens in tegenstelling tot hetgeen bij de inventariserende parallelregistratie werd vastgesteld. De lijsten stimuleerden de huisartsen niet tot overleg met de behandelend kinderarts buiten de in het gezondheidscentrum geplande besprekingen met de consultant-kinderarts.

De per groepspraktijk in het gezondheidscentrum geplande besprekingen met de consultant-kinderarts richtten zich primair op de gesignaleerde, stagnerende informatie-uitwisseling bij patiënten die langdurig door de kinderarts werden begeleid. Met betrekking tot de voor consultbespreking aangemelde patiënten werd tot een zinvolle informatie-uitwisseling gekomen. Het lijkt de veronderstelling te rechtvaardigen dat door dergelijke besprekingen tevens de deskundigheid van de huisarts bevorderd werd, dat de afstemming van zorgverlening voor de besproken patiënten positief beïnvloed werd en dat tevens het inzicht van de kinderarts in de mogelijkheden van de huisarts werd vergroot. Daarnaast lijkt aannemelijk dat de huisarts door het verwerven van meer informatie over het kind dat onder behandeling is bij de kinderarts, andere gezondheidsproblemen in het gezin beter kan hanteren. Een nuttig effect in algemene zin op het proces van coördinatie en continuïteit van zorg kon door ons niet worden aangetoond door het ontbreken van voldoende parameters daarvoor.

De in het gezondheidscentrum georganiseerde nascholingsbijeenkomsten richtten zich op deskundigheidsbevordering van de huisarts en het op elkaar afstemmen van het door huisarts en kinderarts gevoerde beleid bij de besproken aandoeningen.

Bij de opzet werd uitgegaan van een actieve deelname van de huisartsen. Dit kon vooral gerealiseerd worden, doordat de huisartsen met behulp van gegevens uit de parallelregistratie geconfronteerd konden worden met het door hen gevoerde beleid.

De analyse van het farmacotherapeutisch handelen van de huisarts voor en na de nascholingsbijeenkomsten lijkt, hoewel omdat het slechts twee experimenten betrof voorzichtigheid op zijn plaats is, twee conclusies te rechtvaardigen.

Het ombuigen van reeds langer bestaand beleid dat op theoretische gronden onjuist is, maar waarbij de huisartsen geen problemen ervaren, wordt niet bereikt. Daarentegen lijkt het introduceren van een nieuwe behandelingsmogelijkheid wel succesvol als deze het mogelijk maakt patiënten voor wie de behandeling als problematisch wordt ervaren, eenvoudiger en doeltreffender te behandelen.

Tot slot dient te worden opgemerkt dat lokale situaties van zeer grote invloed zullen zijn op de samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Zo zullen specialisten in de algemene ziekenhuizen de huisartsen in hun adherentiegebied beter kennen en zullen omgekeerd voor de huisartsen die verwijzen naar kleinere specialistenmaatschappen in algemene ziekenhuizen de contacten direkter zijn. Dit wil niet zeggen dat hier geen problemen spelen bij de afstemming van zorg en onderlinge taakafbakening (Swinkels en Dopheide 1983). Aspecten van afhankelijk-

heid en ruilfenomenen zullen zelfs van groter belang zijn. Het is waarschijnlijk dat bevindingen van het in dit dubbelproefschrift beschreven onderzoek ook in andere samenwerkingssituaties aangetroffen zullen worden.

### **13.4. Hoe kan de zorg voor het zieke kind verder verbeterd worden?**

De kwaliteit van de gezondheidszorg voor kinderen in Nederland is goed. Enerzijds door toegenomen kennis en technische mogelijkheden, maar ook door stijgende welvaart, betere hygiëne en preventieve programma's. Niet alleen is zowel de zuigelingen- als kindersterfte gedaald, ook bij de behandeling van tal van problemen bij kinderen is grote vooruitgang geboekt. Dit blijkt ondermeer uit de zorg voor de zieke en onrijpe pasgeborene, de veranderde behandelingsmogelijkheden voor kinderen met maligne ziekten, de enorme daling van sterfte en complicaties bij de behandeling van infectieziekten, een sterke afname in het voorkomen van ernstige voedingsstoornissen en de vele voorzieningen voor kinderen met handicaps.

Toch kan de gezondheidszorg voor het kind binnen het Nederlandse gezondheidszorgsysteem op een aantal punten verbeterd worden.

De kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk is gebaat bij bevordering van de deskundigheid van de huisarts. Het is goed dat de applicatiecursus voor consultatiebureau-artsen is toegevoegd aan het curriculum van de huisartsen in opleiding. Tevens verdient in de opleiding en training van huisartsen, ook na de registratie, de zorg voor kinderen een vaste plaats, mede omdat de zorg voor kinderen een groot deel van het werk van de huisarts uitmaakt. In het Verenigd Koninkrijk wordt evenzo regelmatig meer aandacht gevraagd voor de opleiding van huisartsen met betrekking tot de kindergeneeskunde (Horder 1976; Donald 1978; Marsh et al. 1989; Goodhart 1991). Ook kan worden gedacht aan het opbouwen van enige specialisatie door huisartsen, waarbij men elkaar kan consulteren, met name binnen gezondheidscentra. In Engeland is hiermee ervaring opgedaan, maar de positie van de Engelse huisarts verschilt van die van zijn Nederlandse collegae, met name wat betreft inkomen waarbij in ons land eerder sprake is van concurrentie.

Daarnaast dient bij de zorg voor het kind in de huisartspraktijk meer aandacht te komen voor het vervolgen van groei en ontwikkeling, waartoe de benodigde faciliteiten aanwezig dienen te zijn.

De bevindingen bij het consultspreekuur laten zien dat sommige patiënten gebaat zijn bij een herbeoordeling binnen de huisartspraktijk. Dit vergt een andere, minder solistische werkstijl, daar een dergelijke herbeoordeling niet noodzakelijkerwijs door een specialist hoeft te geschieden. Voor een optimaal effect dient dan wel integratie van deze herbeoordeling in het huisartsgeneeskundig handelen plaats te hebben. Binnen een andere werkstijl past ook de gewoonte om bij kinderen met meer chronische aandoeningen een lange-termijnbeleid uit te stippelen en te controleren door geregelde afspraken.

Bij een dergelijk beleid past ook geregeld overleg met andere betrokken zorgverleners. Het verder ontwikkelen van behandelingsprotocollen en het werken volgens een gestandaardiseerd beleid, ondersteunt een dergelijke ontwikkeling.

Na verwijzing naar de kinderarts moeten beide beroepsgroepen meer aandacht geven aan de afstemming van de zorgverlening, vooral bij de patiënten die langer onder behandeling van de kinderarts blijven.

Wanneer het kinderen betreft met zeldzame aandoeningen, zoals cystic fibrosis en nierinsufficiëntie, of aandoeningen die de huisarts zelden ziet in deze leeftijdsgroep, zoals maligniteiten en diabetes mellitus, is het niet zinvol dat een belangrijk deel van de zorg voor deze patiënten

door de huisarts wordt verleend. De huisarts is bij deze groep patiënten juist wel geïnteresseerd in aanvullende informatie betreffende de aandoening en uitleg over het gevolgde beleid en de prognose.

Bij kinderen met frequenter voorkomende aandoeningen, zoals recidiverende KNO- en luchtweginfecties, allergie, voedingsproblemen en astma, die vaak langdurig door de specialist werden gevolgd, dreigt het gevaar dat huisarts en specialist interverniëren zonder de zorg op elkaar af te stemmen. Opvallend was dat juist deze patiënten minder vaak aangemeld werden voor de consultbesprekingen, terwijl daar bij hen juist wel een noodzaak toe bestaat. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op geprotocolleerde behandelingsplannen ondersteund door beide beroepsgroepen en overleg bij deze specifieke patiëntengroepen. Ook het meegegeven van een document aan de patiënt waarin zowel huisarts als specialist relevante gegevens vastleggen zou bij deze groep patiënten kunnen bijdragen aan de afstemming van de zorgverlening.

In analogie met het feit dat wij in de opleiding en training van huisartsen veel aandacht voor de gezondheidszorg voor kinderen noodzakelijk achten, lijkt goede samenwerking en gecoördineerde zorgverlening bevorderd te kunnen worden door ook al tijdens de opleiding en training van kinderartsen aandacht te geven aan de interactie met en het vergroten van het inzicht in de mogelijkheden van de zorgverleners in andere echelons, vooral de huisarts. Deze aanbevelingen vinden we ook in de literatuur betreffende de Engelse gezondheidszorg (Pereira-Gray 1982; Polnay and Pringle 1989). Integratie van de zorgverlening vanuit de jeugdgezondheidszorg met die van de huisarts en de kinderarts vraagt aandacht van alle betrokken zorgverleners, zowel in de dagelijkse praktijk als bij de diverse opleidingen.

De communicatie tussen huisarts en kinderarts was speciaal bij langer door de kinderarts begeleide patiënten problematisch. Tijdens de experimenten was er geen sprake van verbetering, hoewel aanvankelijk verondersteld werd dat dit wel het geval zou zijn. Verder onderzoek zou zich specifiek kunnen richten op aspecten van de communicatie. Nieuwe mogelijkheden biedt in de toekomst zeker de elektronische informatie-uitwisseling, waarbij uit ons experiment met de overzichten van polikliniekbezoek wel geconcludeerd kan worden dat de huisarts compacte en gerichte informatie wil ontvangen en geen grote hoeveelheden gegevens. Ook de zorg van de specialist zou verbeterd kunnen worden door informatie over acties van de huisarts. Het zonder meer doorgeven van wederzijdse dossiers zal ons inziens de zorg niet verbeteren.



## 14. Samenvatting

Het onderzoeksproject beschreven in dit dubbelproefschrift werd uitgevoerd door het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut en de afdeling Kindergeneeskunde van de Erasmus Universiteit en het Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Sophia Kinderziekenhuis. Het werd gefinancierd door het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen uit het Vernieuwingsfonds Extramurale Vakken/Toponderzoek Eerstelij.

De doelstelling van het onderzoek was na te gaan of er knelpunten zijn in de wijze waarop de zorg voor zieke kinderen door huisarts en kinderarts wordt gerealiseerd en op welke punten de samenwerking tussen huisarts en kinderarts niet optimaal is; om vervolgens na te gaan of de werkwijze van en de interacties tussen huisarts en kinderarts door interventies verbeterd konden worden, er van uitgaande dat dit zou bijdragen tot de verbetering van de zorg voor het zieke kind.

Het onderzoek bestaat uit twee delen: een inventarisatie van de zorg verleend door huisarts en kinderarts, gevolgd door een onderzoek naar de wenselijkheid en realiseerbaarheid van verbeteringen.

In **hoofdstuk 2** wordt een overzicht gegeven van de wijze waarop de zorg voor het zieke kind binnen het Nederlandse gezondheidszorgsysteem is verankerd en de plaats van huisarts en kinderarts binnen dit systeem. Hierbij wordt samengevat wat bekend is over de morbiditeit op de kinderleeftijd zoals gepresenteerd aan huisarts en kinderarts. Voorts worden de maatschappelijke ontwikkelingen die hebben geleid tot het onderzoek en de diverse aspecten die de samenwerking tussen eerste- en tweedelij beïnvloeden besproken.

In **hoofdstuk 3** wordt de keuze van de onderzoekpopulatie gemotiveerd en de lokaties beschreven. Het onderzoek werd uitgevoerd in Krimpen aan den IJssel, een forensengemeente in de nabijheid van Rotterdam, waar alle huisartspraktijken gevestigd zijn in één gezondheidscentrum. De 5.600 bij deze huisartsen ingeschreven kinderen van 0 tot en met 14 jaar vormden de onderzoekpopulatie. Deze huisartsen verwezen al jarenlang vrijwel zonder uitzondering voor de kindergeneeskunde naar het Sophia Kinderziekenhuis, zodat daar een overzicht verkregen kon worden van de aan de betreffende populatie verleende pediatrische zorg.

In **hoofdstuk 4** worden de methode van onderzoek voor het inventariseren van de zorgverlening beschreven. In de huisartspraktijken en op de poliklinieken kindergeneeskunde werd gelijktijdig een registratie van alle consulten betreffende kinderen uit de onderzoekpopulatie uitgevoerd. De registratie werd uitgevoerd vanaf 1 februari 1988 gedurende vier maanden in de huisartspraktijk en gedurende zes maanden op de poliklinieken kindergeneeskunde. Tevens werd de huisartsen gevraagd hun visie te geven over patiënten die al langer de poliklinieken kindergeneeskunde bezochten. Om het inzicht in de kindergeneeskundige zorgverlening te completeren werd nagegaan of er aan kinderen geboren in de periode 1-2-88 tot en met 31-7-88 in de eerste twee levensweken kindergeneeskundige zorg was verleend elders dan in het Sophia Kinderziekenhuis, met name omdat neonatale zorg meestal gerealiseerd wordt in het ziekenhuis waar de moeder bevallen is. Deze gegevens werden nagegaan in de patiëntendossiers in de huisartspraktijk. Alle kindergeneeskundige opnamen in het Sophia Kinderziekenhuis werden geïnventariseerd via het Ziekenhuis Informatie Systeem.

Het resultaat van de inventarisatie van de zorgverlening staat beschreven in **hoofdstuk 5**. Gedurende vier maanden werden tijdens 3.380 contacten 2.082 kinderen door de huisarts gezien. Jongere kinderen hadden frequenter contact met hun huisarts dan oudere kinderen. De aan de huisarts aangeboden morbiditeit liet een grote diversiteit zien die mede afhankelijk is van de leeftijd van de kinderen.

Het grootste deel van de contacten van kinderen vond plaats tijdens het spreekuur met de eigen

huisarts in de reguliere praktijkuren. Het merendeel van de contacten betrof nieuwe episoden, die voornamelijk als somatisch worden aangemerkt. De huisarts gaf in 78 procent aan zeker te zijn van zijn werkhypothese, waarbij opgemerkt kan worden dat dit niet een bevestigde diagnose hoeft te betreffen. Er wordt een overzicht gegeven van de diagnostiek en de behandeling. Parameters voor de algemene gezondheidstoestand van kinderen, zoals lengte en gewicht, kregen weinig aandacht. Ten aanzien van de vervolgspraken werd veel verantwoordelijkheid bij de ouders gelegd. De huisarts had weinig overleg met andere hulpverleners, zowel in het eigen echelon als met de tweedelij.

Van de onderzoekpopulatie werden 182 kinderen (3,3 procent) verwezen naar de tweedelij. De belangrijkste specialismen voor de kinderleeftijd zijn KNO-heelkunde, chirurgie en kindergeneeskunde. Jongere kinderen werden frequenter verwezen dan oudere kinderen. Verwijzingen naar de kinderarts betroffen vooral de jongste leeftijdscategorie. De huisarts was bij verwijzing minder zeker over de diagnose (69 procent) dan bij andere contacten, vooral bij verwijzing naar de kinderarts (61 procent). De huisarts ervoer weinig invloed van de ouders op de verwijzing, behalve bij langerbestaande problemen. Consultatiebureau- en schoolartsen initieerden verwijzingen via de huisarts naar de tweedelij, doch zelden naar de kinderarts.

In de neonatale periode kwam 17 procent van de nieuwgeborenen onder behandeling van de kinderarts, in de regel zonder dat hierover met de huisarts overlegd werd. Ten dele ging het om routine-controles na een (poli)klinische partus. Vrijwel steeds betrof het kindergeneeskundige zorg over een korte periode.

Op de poliklinieken kindergeneeskunde werden gedurende een half jaar 136 kinderen met een huisarts in Krimpen aan den IJssel gezien, waarvan 9 ouder dan 14 jaar. Het betrof 49 patiënten met een nieuw probleem, waarvan 35 werden verwezen door de huisarts en 6 door andere professionals. Acht kinderen kwamen zonder verwijzing op initiatief van de ouders. De informatieoverdracht door de huisarts bij de verwijzing was goed.

De kinderarts signaleerde bij 21 van de 49 patiënten een aanzienlijke invloed van de ouders op de verwijzing. De kwaliteit van de verwijzing werd beïnvloed door de manier waarop de verwijzing tot stand was gekomen. Opvallend was dat voor de helft van de patiënten slechts kortdurende kindergeneeskundige begeleiding nodig was.

Het inzicht in de kindergeneeskundige zorgverlening beperkte zich niet tot patiënten, die verwezen werden in de registratieperiode. Langer onder controle van de kinderarts bleken 94 kinderen uit de onderzoekpopulatie. Betreffende 92 van hen werd ook informatie verkregen van de huisarts, zodat de visie van huisarts en kinderarts vergeleken kon worden. De wederzijdse communicatie omtrent het gevoerde beleid liet te wensen over en vooral bij de groep patiënten die zeer langdurig door de kinderarts gevolgd werd, waren de inzichten omtrent de taakafbakening niet in overeenstemming. Kinderen die door de kinderarts gecontroleerd worden, bezoeken daarnaast ook de huisarts, frequenter zelfs dan andere kinderen.

De morbiditeit op het kindergeneeskundige spreekuur betrof bij nieuwe patiënten vooral problemen in de ICPC-hoofdstukken 'algemeen en niet gespecificeerd' (A), 'tractus digestivus' (D), 'tractus respiratorius' (R) en 'endocrien, metabool en voeding' (T). De langerbekende patiënten hadden vooral luchtwegaandoeningen en verder diabetes mellitus en groeioproblemen.

In **hoofdstuk 6** wordt getoetst of er van de huisartsgeneeskundige zorg een volledig beeld werd verkregen en in hoeverre de verkregen gegevens overeenkomen met de landelijke situatie. Hiertoe werden de resultaten van de contactregistratie vergeleken met de landelijke cijfers, verkregen uit de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL).

Ten aanzien van de betrouwbaarheid bleek de in beide studies gevonden variatie tussen de praktijken in het aantal geregistreerde contacten niet significant verschillend te zijn.

De gegevens verkregen in Krimpen aan den IJssel tonen een aantal verschillen met die van de Nationale Studie, vooral ten aanzien van het aantal contacten met de huisarts en gepresen-

teerde morbiditeit. Deze verschillen worden deels verklaard door een andere leeftijdsopbouw van de populatie en sociaal-economische verschillen. De verwijzingen naar de tweedelijns stemmen in belangrijke mate overeen. Hoewel Krimpen aan den IJssel afwijkt van 'gemiddeld Nederland' stemmen de bevindingen met betrekking tot de interactie met de tweedelijns goed overeen. Daarom kunnen aan de resultaten van de daar geïmplementeerde interventies implicaties voor de algemene situatie worden ontleend.

Daarnaast wordt in **hoofdstuk 7** het mogelijke effect van het uitvoeren van een registratie op het handelen van zowel huisartsen als kinderartsen nagegaan door gegevens betreffende nieuwe patiënten in de periode voorafgaande aan en ten tijde van de registratie te met elkaar vergelijken speciaal met betrekking tot de verslaglegging. Het aantal verwijzingen in de onderzochte perioden bleek niet verschillend. De vorm en de inhoud van de verwijfsbrief van de huisarts en de specialistenbrief was niet veranderd.

Concluderend mag gesteld worden dat door het inventariserend onderzoek de huisartsen en de kinderartsen niet in belangrijke mate beïnvloed werden.

In **hoofdstuk 8** wordt, naar aanleiding van de resultaten van de parallelregistratie, het aandeel van huisarts en kinderarts in de zorg voor het zieke kind en de knelpunten in de samenwerking tussen huisarts en kinderarts geanalyseerd. De expertise van de huisarts met betrekking tot problemen op de kindertleeftijd moet zeer breed zijn en zal daardoor noodzakelijkerwijze te kort schieten bij problemen die op de kindertleeftijd weinig frequent voorkomen. De noodzaak van de overdracht van zorg naar de kinderarts staat bij sommige patiënten ter discussie. Sommige patiënten, die met een nieuw probleem op het spreekuur van de kinderarts komen, werden mogelijk onnodig verwezen met name de patiënten waarbij opwaartse druk werd gesignaleerd. Andere kinderen werden mogelijk ten onrechte niet verwezen. Bij de patiënten die bij de kinderarts onder behandeling waren, was geen sprake van complementaire zorgverlening. De communicatie tussen huisarts en kinderarts was vooral bij deze patiënten problematisch.

In **hoofdstuk 9** wordt de literatuur over experimenten betreffende beïnvloeding van de samenwerking tussen huisarts en specialist geresumeerd. Hierbij wordt de nadruk gelegd op de gepubliceerde bevindingen met betrekking tot de ook in dit onderzoek uitgevoerde experimenten, te weten consultatie van de specialist in de eerstelijns en deskundigheidsbevordering. Theoretische mogelijkheden voor interventies, de motieven om deel te nemen aan samenwerkingsexperimenten en de besluitvorming omtrent de uitvoering worden beschreven.

Er werd besloten tot het uitvoeren van een drietal interventies, waarbij de algemeen kinderarts optrad als consulent binnen de eerstelijns. Deze interventies waren: de mogelijkheid tot een eenmalig kindergeneeskundige consult in het gezondheidscentrum, besprekingen per praktijk betreffende langer aan de poliklinieken kindergeneeskunde bekende patiënten in combinatie met het geregeld toezenden van overzichten van polikliniekbezoek en twee nascholingsbijeenkomsten in het gezondheidscentrum.

In **hoofdstuk 10** worden de ervaringen met het experiment, waarbij er wekelijks door de consulent-kinderarts in het gezondheidscentrum spreekuur werd gehouden, beschreven. Hierbij bestond voor patiënten die niet bekend waren bij de kinderarts de mogelijkheid voor een eenmalig kindergeneeskundige consult. Nagegaan werd hoe vaak en voor welke patiënten van deze mogelijkheid gebruik werd gemaakt en of de huisartsgeneeskundige en kindergeneeskundige zorgverlening werd beïnvloed. Tevens werd nagegaan hoe de consultatie door ouders en huisartsen werd ervaren.

De 51 patiënten die werden verwezen naar het consultspreekuur verschilden met betrekking tot leeftijd, aard en duur van de gepresenteerde problemen van de patiënten verwezen naar de polikliniek. De aard van de gepresenteerde problemen leende zich goed voor een eenmalige kindergeneeskundige beoordeling. Er bleek echter nog al eens geen integratie van de adviezen van de kinderarts in de zorgverlening door de huisarts, waardoor een verwijzing naar het consultspreekuur niet anders functioneerde dan een andere verwijzing. De zorgverlening op de

polikliniek werd, zowel inhoudelijk als qua aantal, niet of slechts marginaal beïnvloed. Het is duidelijk dat de huisarts naar het consultspreekuur andere patiënten verwees dan naar de poliklinieken kindergeneeskunde.

Hoewel een aanzienlijk deel van de ouders aangaf dat het probleem niet was opgelost, werd na het bezoek aan het consultspreekuur minder behoefte gevoeld aan medische zorg. Al met al mag geconcludeerd worden dat de mogelijkheid van een eenmalig kindergeneeskundig consult bijdraagt aan de verbetering van de zorg voor het kind in de huisartspraktijk. Een beter effect kan bereikt worden indien de huisarts bij een dergelijke verwijzing actief blijft participeren in de zorg.

In **hoofdstuk 11** wordt verslag gedaan van het experiment om de afstemming van zorg voor bij de kinderarts bekende kinderen te verbeteren. De huisartsen ontvingen maandoverzichten van het polikliniekbezoek van hun eigen patiënten. Het effect hiervan werd geëvalueerd.

Tevens werd hen de mogelijkheid geboden om in de eigen praktijk kinderen, die al langere tijd gevolgd werden op de poliklinieken kindergeneeskunde, te bespreken met de consulent-kinderarts. Nagegaan werd hoe vaak en welke patiënten werden aangemeld, wat de motieven van de huisartsen waren, wat de inhoud van het overleg was en de mogelijke beïnvloeding van de zorgverlening.

Er werden 57 patiënten aangemeld, waarvan enkelen meerdere malen. Deze patiënten lijken geen specifieke selectie uit de totale groep langer bekende patiënten, hoewel verhoudingsgewijs meer patiënten van de polikliniek algemene kindergeneeskunde en minder patiënten met luchtwegaandoeningen en endocriene problemen werden aangemeld. De motivatie voor aanmelding was vooral verduidelijking van het ziektebeeld of het beleid bij de betreffende patiënt of in het algemeen. Slechts bij een klein aantal patiënten was ergernis aanleiding voor de aanmelding. Coördinatie of overdracht van zorg was frequent onderwerp van de bespreking. Voorts viel op dat psychosociale problematiek vaak besproken werd en dat de huisarts in 20 procent van de besprekingen aanvullende informatie over patiënt en gezin kwijt wilde. Geconcludeerd kan worden dat er bij een aantal patiënten voldoende redenen zijn om tot een zinvolle informatie-uitwisseling tussen huisarts en kinderarts te komen. Deze consultbesprekingen bevorderen de deskundigheid van de huisarts, waardoor de afstemming van zorgverlening voor de besproken patiënten gunstig beïnvloed wordt en waardoor tevens het inzicht van de kinderarts in de mogelijkheden van de huisarts wordt vergroot.

In **hoofdstuk 12** worden de twee nascholingsbijeenkomsten over het beleid van de huisarts ten aanzien van respectievelijk gastroënteritis en luchtwegproblemen beschreven. Confrontatie met het eigen beleid, zoals vastgelegd tijdens de contactregistratie in 1988 was uitgangspunt van de besprekingen, die verder een interactief karakter hadden. Gepoogd werd consensus ten aanzien van de behandeling te bereiken.

Om het effect van de nascholingsbijeenkomst in het bijzonder ten aanzien van deskundigheidsbevordering te meten, werd gebruikgemaakt van de door de apothekers ter beschikking gestelde gegevens betreffende de verstrekte medicatie.

Het bleek dat de beoogde aanpak van gastroënteritis, namelijk het voorschrijven van ORS en het vermijden van symptoombestrijdende medicatie, niet werd bereikt. Bij luchtwegproblemen werd na deze nascholingsbijeenkomst, waarop nieuwere methodieken voor inhalatiemedicatie werden toegelicht, een verandering in prescriptiegedrag gezien.

Hoewel het slechts twee nascholingsbijeenkomsten betrof is een voorzichtige conclusie op zijn plaats. Het ombuigen van reeds langer bestaand beleid dat op theoretische gronden onjuist is, maar waarbij de huisartsen geen problemen ervaren, wordt niet bereikt. Daarentegen lijkt het introduceren van een nieuwe behandelingsmogelijkheid wel succesvol als deze het mogelijk maakt patiënten voor wie de behandeling als problematisch wordt ervaren, eenvoudiger en doeltreffender te behandelen.

In **hoofdstuk 13** worden de bevindingen samengevat. Van de zorg verleend door huisarts en

kinderarts aan een omschreven populatie kinderen van 0 tot en met 14 jaar is een vrijwel compleet beeld verkregen. Hierdoor kon tevens een inzicht gegeven worden in de problemen bij de zorg voor kinderen in de huisartspraktijk als bij de afstemming van de zorg voor kinderen die zowel door de kinderarts als door de huisarts worden behandeld.

De uitgevoerde experimenten laten zien dat het functioneren van de kinderarts als consulent binnen de eerstelijns beperkingen heeft, maar dat in een aantal opzichten de zorg voor het kind er positief door wordt beïnvloed.

Tot slot worden in dit hoofdstuk een aantal adviezen geformuleerd hoe de zorg voor het zieke kind verder verbeterd kan worden. De zorg voor het zieke kind vraagt grote kennis van de huisarts met betrekking tot de gezondheidsproblemen van kinderen. Deze deskundigheid dient tijdens de opleiding voor en na registratie bevorderd te worden. Bij de opleiding van kinderartsen dient aandacht te worden gegeven aan het inzicht in de mogelijkheden van zorgverleners in andere echelons, met name de huisarts. Beide beroepsgroepen moeten meer aandacht hebben voor de afstemming van de zorgverlening. Nieuwe experimenten, waaronder het afstemmen van behandelprotocollen bij specifieke patiëntengroepen, lijken geïndiceerd. De communicatie tussen huisarts en specialist verdient nieuwe impulsen. De elektronische informatie-uitwisseling, mits doelgericht, zou daarbij nieuwe mogelijkheden kunnen bieden.



## 14. Summary

The research programme described in this double thesis takes part in the Ministry's programme on "Topresearch in Primary Health Care" and was carried out by the departments of General Practice and Pediatrics of the Erasmus University Rotterdam. This programme has been funded by the Ministry of Education and Science.

The objective of the project was to assess the care provided for children by primary and secondary health care services and to analyse on which points the cooperation between general practitioners (GPs) and pediatricians was not at its optimum. Subsequently we investigated if the methods and the interactions between GP and pediatrician could be improved by interventions, assuming that these would contribute to a better child health care.

The study-design derived from this objective can be divided into two parts: an investigation to assess the care delivered by GPs and pediatricians, followed by an analysis on the relevance, the implementation and the evaluation of options for improvement.

**Chapter 2** gives a review of the way in which child health care is entrenched in the Dutch health care system and the position of the general practitioner and the pediatrician in this system. A recapitulation of the literature on morbidity in childhood presented to GPs and pediatricians is given as recorded in several morbidity surveys, particularly performed in the Netherlands. Subsequently several the developments that have resulted in this project and determinants contributing to the cooperation between primary and secondary health care services are being summarized.

In **chapter 3** we account for the choice of the study-population and the study-locations are being described. The study was carried out in Krimpen aan den IJssel, an urban community near Rotterdam. The GPs are working in five groups practices located in one health centre. The 5.600 children under the age of 15, linked to one of the practices, were the study-population. Almost all pediatric referrals, to the outpatient clinic as well as for admission, have been directed to the Sophia Children's Hospital for many years, so an insight in the pediatric care provided to the study-population could be gained there.

In **chapter 4** the methods to answer the first research question, focussing on the assessment of the pediatric care provided and the relevance of options for improvement, are being discussed. The registration study that was conducted started on the 1st of February 1988 with a duration of four months in the group practices and six months at the pediatric outpatient clinic of the Sophia Children's Hospital. This six-month-period was necessary to include those children, that were referred in the last weeks of registration in the group practices and those children that needed pediatric follow up but did not consult their pediatrician frequently. At the same time the GPs' view on the management of children under pediatric surveillance that had not been referred recently was obtained.

The insight in the pediatric care provided to the study-population was completed by investigating whether pediatric care had been provided for children, born between the 1st of February 1988 and the 1st of August 1988, in the first two weeks after birth anywhere else but in Sophia Children's Hospital. The patient-files in general practice had to be checked because neonatal care is usually delivered in the hospital where the mother gave birth. Every pediatric-admission in Sophia Children's Hospital was identified by using the Hospital Information System.

**Chapter 5** gives an account of the results. In four months time 3.380 consultation-questionnaires concerning 2.082 children were returned by the GPs. Young children consulted their GP more often than older children. The morbidity presented in general practice showed a large, also age-dependent, diversity. Most children consulted their GP during surgery-hours, mostly for new problems, that the GPs predominantly considered as being somatic. In 78 percent of the

consultations the GP was certain about his (provisional) diagnosis. Next the GP's management has been analyzed, distinguishing the following aspects: physical examination, laboratory investigations, treatment, referrals and follow-up arrangements. The GPs paid little attention to health status parameters as length and weight. As to the follow-up arrangements much responsibility was given to the parents. The GPs hardly ever consulted other health care professionals either in primary or in secondary care.

During the registration the GPs referred 182 children (3.3 percent of the study population) to a specialist. Most referrals were directed to ENT-specialists, surgeons and pediatricians. Young children were being referred more often and comparatively more frequently to the pediatrician. The GP was less certain about his diagnosis at the time of a referral (69 percent) as compared to the other consultations. He is even less certain at the time of a pediatric referral (61 percent). The GPs perceived little influence of the parents on the referral except considering problems that had been present for a long time. Health care professionals from well child clinics and school health services did initiate GP's referrals to secondary care, but hardly ever to the pediatrician.

In the neonatal period 17 percent of the newborn received pediatric care, partly as routine after a confinement at the (outpatient) clinic. The pediatric care was almost always given for a short period, usually without consulting the GP.

During the six months registration at the Sophia Children's Hospital the pediatricians saw 136 children, linked to one of the practices in Krimpen aan den IJssel, at the outpatient clinic, of whom 9 older than 14. From the 49 patients referred with a new problem, 35 had been referred by the GP, 6 by an other professional and 8 times the parents had taken the initiative. The GP's information at the time of the referral was considered to be good.

With 21 out of 49 new patients the pediatrician perceived a considerable influence of the parents on the referral. The relevance of the referrals initiated by the parents proved to be less than those initiated by GPs or specialists.

Remarkably, 50 percent of the new patients needed short-term pediatric surveillance only. The assessment of the pediatric care provided was not restricted to the care related to a referral during the registration period. We also obtained information from the GP regarding 94 children, who had been longer under pediatric surveillance. We were able to compare the opinion of both GP and pediatrician for 92 of them. There was a lack of exchange of information between general practitioner and pediatrician on how to manage the problems. Especially regarding children, who had been under pediatric surveillance for a very long time, GPs and pediatricians did not agree on task delimitation. Next to that, children under pediatric surveillance also consulted the GP, even more often than the other children.

New patients especially presented problems at the pediatric outpatient clinic that could be classified in ICPC-chapters 'general', 'digestive system', 'respiratory system' and 'endocrine/metabolic/nutritional'. Respiratory problems were rather important in the group children who had been longer under pediatric surveillance as were diabetes mellitus and growing disorders.

In order to verify if a reliable description of primary care had been obtained the results of the GP-registration described in chapter five has been compared with the data obtained in the Dutch National Survey of morbidity and interventions in general practice performed in 1987 and 1988 by the Netherlands Institute of Primary Health Care (NIVEL) in chapter 6.

The comparative study reported no significant variation in the number of consultations registered per practice in both studies.

The data obtained in Krimpen aan den IJssel differ from those of the National Survey especially regarding the number of consultations with the GPs and the morbidity presented. Differences in age-distribution and socio-economic status of the study-populations partly explain these dissimilarities. The referral-rate and the morbidity referred to the pediatrician and other specialists, however, highly corresponded. The data obtained seem to be reliable. Although Krimpen aan den IJssel differs from 'the average Dutch community', the parameters considering the interaction



between primary and secondary health care highly correspond, so the results of the interventions implemented have implications for the health care provision in general.

Furthermore we verified in **chapter 7** the possible effect of the registration on the GPs' and pediatricians' actions by comparing data of new patients in the period before and at the time of the registration, especially regarding the written accounts. The number of referrals were similar in both periods. The form and contents of the GPs' letters of referral and the letters of the pediatricians were comparable in both periods. In conclusion we can say that the GPs and the pediatricians were not influenced considerably by this registration.

According to the results of the registration, in **chapter 8** the care provided for children by GPs and pediatricians and the problems considering the cooperation are being discussed. For a number of patients the conveyance of care towards the specialist is arguable. Some children, who consulted the pediatrician with a new problem, had been referred unnecessarily, especially those influenced by the parents' initiation. However, for some children the decision not to refer may have been unjust. Regarding children, who had been under pediatric surveillance for a long time, the care provided by GP and pediatrician was not coherent. The communication between GP and pediatrician, especially considering children under pediatric surveillance, was problematic. The expertise of the GPs caring for children has to be amply sufficient for problems presented frequently and consequently will be deficient in problems that are uncommon in childhood.

In **chapter 9** a recapitulation of the literature regarding experiments on affecting the cooperation between primary and secondary health care services are being summarized. The emphasis is being placed on the results published about interventions like the ones implemented in this project, being a specialist as consultant in general practice and continuing-education meetings. Subsequently we describe the theoretical options for intervention, the motives to participate in experiments on affecting cooperation and the process deciding what interventions would be implemented.

After careful consideration, all those involved decided to implement three interventions with the pediatrician as a consultant in general practice. These interventions were: the possibility to refer children for a single pediatric consultation at the health centre, consultative discussions in each practice regarding children under pediatric surveillance combined with sending outlines of their patients' visits at the outpatient clinic and two continuing-education sessions at the health centre.

In **chapter 10** we describe the intervention with a single pediatric consultation at the health centre. We examined how many patients and for which problems the GPs used this option and how the care provided by GPs and pediatricians had been influenced. Subsequently the parents' and GPs' experiences have been assessed.

The 51 patients referred for a single consultation differed in respect to age, problems presented and parental influence from those referred to the outpatient clinic. The kind of problems presented were suitable for this kind of consultation. The pediatrician's advice, however, was hardly ever incorporated in the care provided in general practice, so a single consultation functioned as any other referral.

The care provided at the outpatient clinic had not been affected, neither with regard to content nor number. It was obvious that the GPs referred another kind of patient to the consultant for a single consultations as compared to those referred to the outpatient clinic.

Though a considerable part of the parents indicated that the problem had not been solved, their need of medical care for this problem had been reduced.

**Chapter 11** gives an account of the experiment to improve the attuning of care for children, who had been under pediatric surveillance for a very long time. The GPs received outlines of their patients' visits at the outpatient clinic.

Furthermore the GPs had been offered the opportunity to discuss the management of children under pediatric surveillance with the pediatric consultant in their own surgery. We analysed how

often and which patients were put forward, the GPs' motives, the discussions' contents and the effect on the care provided.

Fifty seven patients have been discussed, of whom a few several times. These patients were no specific selection except that comparatively less patients had respiratory or endocrine problems. The GPs' motives were mostly related to the consultant's explanation of the disease or the pediatrician's management in this particular case or in general. Just a few patients had been put forward because of annoyances about the management. The coordination and conveyance of care was frequently subject of discussion as did psychosocial problems. Stagnated interactions could proceed. In 20 percent of the discussions the GPs wanted to inform the pediatrician about the patient and his family. In conclusion we can say that for a number of patients the exchange of information has been very useful. We assume that discussions like this may improve the GP's professionalism, influence the attuning of care for the patients discussed and increase the pediatrician's understanding of the possibilities of care in general practice.

In **chapter 12** two continuing-education sessions considering the GPs' management of gastro-enteritis and respiratory problems are being described. Starting point of the interactive sessions was to confront the GPs with their management, as recorded during the registration of 1988. Peer review on this management and discussing the literature on the subjects the GPs attempted to devise agreed strategies for care in the future.

In order to measure the effect of the sessions, particularly considering the GPs' expertise, use has been made of prescription data put at our disposal by the two local pharmacists.

Evidently, the intended change in managing gastro-enteritis, that is prescribing more 'Oral Rehydration Salts' and avoiding symptomatic drugs, could not be reached. With respect to the pharmacotherapy of respiratory problems, we can say that after the session during which the latest methods regarding inhalation therapy for children with asthma were illustrated, the number of prescriptions for inhalation therapy rose. Presumably the GPs also considered the diagnosis asthma more often.

Because only two continuing-education sessions could be arranged, the conclusions have to be drawn with due caution. Changing long existing, though theoretically incorrect, management can hardly if ever be attained when the GPs do not perceive any problems. On the other hand appears the introduction of a new methods to treat problems more efficiently to be more successful.

In **chapter 13** the results are being summarized. An almost complete image of the care provided for a well-defined population children under the age of fifteen by general practitioners and pediatricians could be obtained. Furthermore, the registration has given an insight into the problems that are difficult to manage in general practice as well as those that arise whenever children are being treated by the pediatrician and the GP at the same time.

The experiments showed that working as a consultant in general practice has some limitations, but in some respects the child health care has been affected positively.

Finally advices on further improvements of child health care are being stated.

Taking care of illness in childhood asks for a considerable professionalism of the GP regarding the health problems presented. This professionalism has to be obtained during vocational training as well as continuing-education programmes. Planning long-term management is relevant in child health care. During the training of pediatricians attention should be paid to get insight in the possibilities of other health care services, those of the GP in particular. Both GPs and pediatricians should pay attention to the attuning of the care provided. In order to achieve this new experiments, amongst which the attuning of care-protocols for specific patient-problems, seem to be a prerequisite. The communication between GP and pediatrician deserves new impulses. Electronic exchange of information, on condition that it is purposive, might offer new possibilities.

## Referenties

Academisch Ziekenhuis Rotterdam. Organische Bedrijfsrekening 1991.

Alting von Geusau WAM, Runia EH. De prijs van het aardig zijn: Supervisie als scholingsmethode voor huisartsen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap-(NHG-publikaties; nr. 5), 1991. ISBN 90-71714-13-6.

Axt-Adam, P, Wouden JC van der, Hoek H, Does E van der. Het effect van nascholing op het aanvragen van laboratoriumdiagnostiek door huisartsen. *Huisarts en Wetenschap* 1993;36:451-454.

Bado W, Williams CJ. Usefulness of letters from hospitals to general practitioners. *British Medical Journal* 1984;288:1813-1814.

Bakker AR. BAZIS. In een oogopslag [brochure]. Leiden.

Bartelds AIM, Fracheboud J, Zee J van der. The Dutch Sentinel Practice Network: relevance for public health policy. Utrecht: Nivel 1990.

Beek M, Eijk J van, Rutten G. Huisartsen en specialisten over hun onderlinge taakafbakening. *Medisch Contact* 1984;39:1247-1251.

Beek M, Eijk J van, Rutten G. Verschuivingen van eerste naar tweede lijn? Opvattingen van huisartsen en specialisten. *Medisch Contact* 1985;40:299-302.

Beer-Buijs MJM de, Derksen-Lubsen G, Suijlekom-Smit LWA van. Een EHBO Kindergeneeskunde in geval van nood of in plaats van de huisarts? *Huisarts en Wetenschap* 1992;35:275-277.

Bensing JM, Foets M, Velden J van der, Zee J van der. De nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. *Huisarts en Wetenschap* 1991;34:51-61.

Benson JK. The interorganizational network as a political economy. In: Karpik L (ed.). *Organization and environment. Theory, issues and reality*. London: Sage Publication Ltd., 1978.

Beugeling A, Wouden JC van der. De verwijfsbrief in zijn context. De betekenis van de verwijfsbrief nader beschouwd binnen de samenwerkingsrelatie huisarts-specialist. *Medisch Contact* 1989;44:873-876.

Boerma WGW, Hamers RTJ. Jeugdgezondheidszorg in gezondheidscentra en groepspraktijken. Uitvoering van de georganiseerde zorg voor 0-4 jarigen door huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken. Nederlands Huisartsen Instituut, studies naar samenwerking 6. Utrecht 1984.

Boerma WGW, Jong FAJM de, Mulder PH. Health care and general practice across Europe. Utrecht: NIVEL/ Dutch College of General Practitioners, 1993. ISBN 90-6905-223-7.

Boomsma S, Borrendam A van. Kwaliteit in diensten. Een zorg voor managers in de diensten- en industriële sector. Deventer: Kluwer, 1990. ISBN 90-267-1233-2.

Bosch WJHM van den. Epidemiologische aspecten van morbiditeit bij kinderen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1992.

Bosch WJHM van den, Bor H, Weel C van. Verwijzen van kinderen in vier huisartspraktijken. *Huisarts en Wetenschap* 1992;45:267-271.

Branger PJ, Wouden JC van der, Schudel BR, Verboog E, Duisterhout JS, Lei J van der, Bommel JH van. Electronic communication between providers of primary and secondary care. *British Medical Journal* 1992;305:1068-1070.

- Brekel EGJ van der. Contact met specialisten. Maandbericht Gezondheidsstatistiek CBS, 33, 1984;12:5-9.
- Brouwer W. Het eenmalig geriatrisch consult. Huisarts en Wetenschap 1983;26:140-144.
- Bruining GJ. Studies on childhood diabetes [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1984.
- Bruijnzeels MA, Kraaijeveld E, Suijlekom-Smit LWA van, Wouden JC van der, Velden J van der. The child in general practice. In: Doctors at work, General practice in facts and figures. Utrecht: NIVEL, 1990.
- Bruijnzeels MA, Suijlekom-Smit LWA van, Velden J van der, Wouden JC van der. Het kind bij de huisarts. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam/Utrecht: NIVEL, 1993. ISBN 90-74494-02-1.
- Buma JT. De huisarts en zijn praktijk [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1949.
- Buma JT. De huisarts en de continuïteit in de hulpverlening. Een essay over de longitudinale zorg door de huisarts, de plaats van de dialoog daarin en de wenselijkheid van een gedragscode. Huisarts en Wetenschap 1981;24:379-383.
- Burkens JCI. Consultatie in beide richtingen. Medisch Contact 1974;29:705-708.
- Carne S. Care of Children in general practice. British Medical Journal 1979;2: 190-192.
- Carne S. A problem halved? Journal of the Royal College of General Practitioners 1982;32:10-31.
- Casparie AF. Gestructureerde samenwerking. Gezamenlijke protocollen en één toetsingsmethodiek voor huisartsen en specialisten: hoe is het mogelijk? Medisch Contact 1985;40:97-100.
- Casparie AF, Harteloh PPM. Kwaliteit van zorg en kwaliteitsbevordering. Van een nieuw paradigma naar omschreven vakgebied. Medisch Contact 1993;48:173-175.
- Cate RS ten [red]. Samen werken, samen bouwen in de eerstelijns gezondheidszorg. Utrecht: Bohn, Scheltema & Halkema, 1977. ISBN 90 313 0216 3.
- Cate RS ten, Huygen FJA, Hogerzeil HHW, Brouwer W, Gill K, Bremer GJ, Dokter HJ, Es JC van. In het perspectief van toen. Dertig jaar Nederlands Huisartsen Genootschap. Lelystad: Meditext 1988. ISBN 90-5070-005-5.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Jaarboeken Centrale Medische Registratie 1976-1992.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland 1993. 's-Gravenhage 1993. ISBN 90 3571 256 0.
- Centre for Educational Research and Innovation [CERI]. New directions in education for changing health care systems. Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 1975. ISBN 92-64-11379-7.
- Cleveland WW. Training the pediatrician of the future. Journal of Pediatrics 1987;110:422-423.
- Colaço Belmonte JAF. Case-overleg als alternatief naast consultatie. Directe raadpleging centraal in andere vorm tussen de 2e en 1e lijn. Een visie vanuit de 2e lijn. Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid 1982;10:4-6.
- College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde. Gezondheidszorg 0- tot 4-jarigen. Medisch Contact 1992;47:1207.
- Commissie modernisering curatieve zorg, (Biesheuvel BW et. al.). Gedeelde zorg: betere zorg [rapport]. Roosendaal: Koninklijke Van Poll, 1994. ISBN 90-74364-59-4.

Commissie Nascholing van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Nascholing maken. Criteria voor nascholing van huisartsen. Lelystad: Meditekst 1987. ISBN 90 5070 004 7.

Commissie Praktijkvoering Nederlands Huisartsen Genootschap, Studiegroep Patiëntenregistratie. De werkkartaar. Huisarts en Wetenschap 1958;1:86-92.

Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, (Dekker W et. al.). Bereidheid tot verandering. 's-Gravenhage, 1987. ISBN 90 346 10861.

Commissie Takenpakket Landelijke Huisartsen Vereniging. Het basistakenpakket van de huisarts. Landelijke Huisartsen Vereniging. Utrecht 1987.

Cornel MC, Walle HEK de, Haveman TM, Spreen JA, Breed AC, Kate LP ten. Prevalentie bij de geboorte van meer dan 30 aangeboren afwijkingen in Noord-Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1991;135:2032-2036.

Coulter A, Noone A, Goldacre M. General practitioners' referrals to specialist outpatient clinics! Why general practitioners refer patients to specialist outpatient clinics. British Medical Journal 1989;299:304-308.

Crebolder HFJM. Onderzoekingen rondom het gezondheidscentrum Withuis (VI). Cijfers en beschouwingen betreffende het medisch handelen. Huisarts en Wetenschap 1977;20:43-52.

Crebolder H. Opnieuw: intercollegiale toetsing via waarneemgroepen - een haalbare kaart? Huisarts en Wetenschap 1985;28:168-170.

Cummins RO, Smith RW, Inui TS. Communication failure in primary care. Failure of consultants to provide follow-up information. Journal of the American Medical Association 1980;243:1650-1652.

Doeleman F. Het gezondheidszorgsysteem als maatschappelijke factor. In: Roscam Abbing EW [red.]. Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland. Hoofdstuk 1-4. Utrecht: Bohn Scheltema & Holkema, 1979. ISBN 9031302562.

Doeleman F. Improving communication between general practitioners and specialists. Family Practice 1987;4:176-182.

Dokter HJ, Berkel P van. Is er toekomst voor generalisatie in de geneeskunde? Medisch Contact 1984;39:1296-1298.

Donabedian A. Exploration in Quality Assessment and Monitoring. Volume I. The Definitions of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor 1980. ISBN 0-914904-48-5. Volume II. The Criteria and Standards of Quality. Ann Arbor 1982. ISBN 0-914904-67-1. Volume III. The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring. An Illustrated Analysis. Ann Arbor 1985. ISBN 0-914904-88-4.

Donald AG, chairman. The care of children - college policy. Journal of the Royal College of General Practitioners 1978;28:553-556.

Dopheide JP. Relatie tussen eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg. In: Sluijs EM, Dopheide JP, Zee J van der [red.]. Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns. Stand van het wetenschappelijk onderzoek in en over de eerstelijnsgezondheidszorg en haar raakvlakken. pag:403-438. Utrecht: NIVEL, 1985. ISBN 90-6905-008-0.

Dopheide JP, Kersten TJJMT, Nijhout FP, Speld GDJ van der. Een ziekenhuis op nieuw land. Een onderzoek naar de gevolgen van de opening van het Zuiderzeeziekenhuis te Lelystad voor de medische consumptie in die regio. Utrecht: NIVEL, 1986. ISBN 90-6905-018-8.

Dungen L van, Dalmeijer JPh, Maclean G, Nagelkerke AF, Luitse G, Waal FC de, Schmidt FSL, Vomberg PP, Wijkel D. Samenwerking na verwijzing. Een samenwerkingsprotocol van huisartsen en kinderartsen. *Medisch Contact* 1993;48:600-602.

Dungen LMR van, Wijkel D. Een samenwerkingsprotocol voor huisartsen en kinderartsen. *Huisarts en Wetenschap* 1994;37:94-99.

Drewes, GJ [red.]. Grote lijnen 1983-1992. SIG Zorginformatie/Nederlandse Vereniging voor Kinder-geneeskunde. Utrecht 1993. ISBN 90-70755-38-6.

Es JC van. Huisarts en Kinderarts. Scheidingsvlak of raakvlak? *Medisch Contact* 1986;41:81-86.

Fleming DM. The European study of referrals from primary to secondary care [Dissertatie]. Rijksuniversiteit Limburg. Amsterdam: European General Practice Research Workshop 1993.

Fletcher RH, O'Malley MS, Fletcher SW, Earp JL, Alexander JP. Measuring the continuity and coordination of medical care in a system involving multiple providers. *Medical Care* 1984;22:403-411.

Flierman HA. Changing the payment system of general practitioners [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht: NIVEL, 1991. ISBN 90-6905-161-3.

Foets M, Velden J van der, Zee J van der. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Projectvoorstel. Utrecht: NIVEL, 1986.

Foets M, Velden J van der. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport 'meetinstrumenten en procedures'. Utrecht: NIVEL, 1990. ISBN 90-6905-116-8.

Forrest J, McKenna M, Stanley I. Continuing education: a survey among general practitioners. *Family Practice* 1989;6:98-107.

Froom J, Feinbloom RI, Rosen MG. Risks of referral. *Journal of Family Practice* 1984;4:623-626.

Gemeente Krimpen aan den IJssel. Statistisch verslag. Krimpen aan den IJssel 1987-1991.

Genep ATHG van, Houwink B, Jonge GA de, Kruidenier-Bron KA, Lim-Feyen J, Riet C van, Rossum-Kaminski A van, Schlesinger-Was EA, Touwen BCL, Weert-Waltman ML van, Wieringen JC van. De Nederlandse Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar. Motto: 'never change a winning team'. Een openbare nota. *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg* 1992;24:51-55.

Gezondheidsraad: Beraadsgroep Geneeskunde. Medisch handelen op een tweesprong. Den Haag, publicatienummer 1991/23.

Goodhart LC. General practitioner training needs for child health surveillance. *Archives of Disease in Childhood* 1991;66:728-730.

Gool van JD, Groot R de. 'Disutility' in de werkbelasting van de kinderarts. *Medisch Contact* 1991;46:331-333.

Grace JF, Armstrong D. Referral to hospital: perceptions of patients, general practitioners and consultants about necessity and suitability of referral. *Family Practice* 1987;4:170-175.

Grant J, Marsden P. Primary knowledge, medical education and consultant expertise. *Medical Education* 1988;22:173-179.

Greve WB de, Vrakking WJ. Samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn. Enkele verklaringen. *Medisch Contact* 1982;37:823-824.

Greve WB de, Vrakking WJ. Enkele verklaringstheorieën. In: Greve WB de [red.]. Samenwerking ziekenhuis en eerstelijns; pag. 36-44. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1983. Serie: Leiding & organisatie in de gezondheidszorg; een reeks kwartaalschriften. ISBN 90 6016 542 X.

Grinten R van der. Communicatie huisarts-internist. Vier jaar ervaring met consultatie in het gezondheidscentrum Withuis. Medisch Contact 1981;36:777-781.

Groenewegen PP, Zee J van der, Haaften R van. Remunerating General Practitioners in Western Europe. Netherlands Institute of Primary Health Care. Avebury: Aldershot, 1991. ISBN 1 85628 162 0.

Grol R. Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde. Effecten van onderlinge toetsing [Dissertatie]. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1987. ISBN 90-9001529-9.

Grol R, Zwaard A. Deskundigheids- en kwaliteitsbevordering van huisartsen. Het opzetten en uitvoeren van programma's ter verbetering van de zorg. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1990. ISBN 90-71714-10-1.

Grol R [red.]. Intercollegiale toetsing van consultvaardigheden in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1991. ISBN 90 6348 3066.

Groot LMJ. Financiering. In: Roscam Abbing EW [red.]. Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland. Hoofdstuk 8. Utrecht: Bohn Scheltema & Holkema, 1979. ISBN 9031302562.

Haaften KL van, Schuringa-Boer WJ. Analyse van vijf samenwerkingssituaties. In: Greve WB de [red.]. Samenwerking ziekenhuis en eerstelijns; pag. 7-35. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1983. Serie: Leiding & organisatie in de gezondheidszorg; een reeks kwartaalschriften. ISBN 90 6016 542 X.

Haan M de. Indicators of chronic respiratory disease in primary care of children. A survey of Dutch 6-11 year-olds [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit van Amsterdam, 1988. ISBN 90-6256-728-2.

Hageman GCHA, Jansen HDM. Een voorbeeld van samenwerking in de verloskunde. Huisarts en Wetenschap 1984;27:456-457.

Hageman HJ, Giffen H van, Meyboom WA. Verslaglegging van specialist aan huisarts. Medisch Contact 1984;39:513-514.

Hall EV van, Gill K, Trimbos JB. Gynaecologische consultaties in de huisartspraktijk. Medisch Contact 1987;42:105-106.

Hansen JP, Brown SE, Sullivan RJ, Muhlbaier LH. Factors related to an effective referral and consultation process. Journal of Family Practice 1982;15:651-6.

Harden RM, Laidlaw JM. Effective continuing education: the CRISIS criteria. Medical Education 1992;26:408-422.

Harteloh PPM, Casparie AF. Kwaliteit van zorg. Van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak. 's-Gravenhage:Vuga/Utrecht: de Tijdstroom, 1991. ISBN 90 5250 148 3.

Harteloh PPM, Casparie AF, Touw PPJ. Het begrip 'kwaliteit van zorg'. Een analysekader. Medisch Contact 1991;46:18-20.

Have JJM ten, Buwalda JD. Samenwerking Huisarts-Specialist. Starten van samenwerking. Stichting Nederlands Ontwikkelings en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg, Utrecht 1989.

Have J ten, Buwalda J. Hoe het beter kan tussen huisarts en specialist. Een methode voor kleinschalig overleg. Medisch Contact 1990;45:86-87.

Helfer RE. Primary care. Does it belong in pediatrics? *American Journal of Disease in Childhood* 1985;139:974-975.

Hengeveld B. De ontslagbrief. *Medisch Contact* 1975;30:1673-1674.

Herngreen WP, Reerink JD. Sociaal medisch onderzoek consultatiebureau kinderen. SMOCK. Epidemiologisch onderzoek in de jeugdgezondheidszorg [Dissertatie]. Leiden 1993. ISBN 90-6743-273-3.

Hillenius J. Doel en vorm bij organisationele samenwerking. In: Greve WB de, Vrakking WJ et al. Strategie van samenwerking tussen organisaties in welzijns- en gezondheidswerk; pag. 95-112. Lochem: De Tijdstroom, 1980.

Hingstman L, Harmsen J. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Utrecht: NIVEL 1993.

Hingstman L, Harmsen J. Beroepen in de extramurale gezondheidszorg. Aanbod van beroepsbeoefenaren en samenwerkingsverbanden in de extramurale gezondheidszorg in de periode 1980-1993. Utrecht: De Tijdstroom/NIVEL 1994.

Hoogen HJM van den, Huygen FJA, Schellekens JWG, Straat JM, Velden HGM van der. Morbidity figures from general practice. Data from four general practices 1978-1982. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1985. ISBN 90-71545-01-6.

Höppener P, Knottnerus JA, Metsemakers JFM, Kocken RJJ, Limonard ChBG. Het Registratienet huisartspraktijken van de Rijksuniversiteit Limburg. Een geautomatiseerd steekproefbestand voor huisartsgeneeskundig onderzoek. *Huisarts en Wetenschap* 1990;33:66-69.

Horder JP, chairman. The paediatric training required in the general practitioner. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1976; 26:128-136.

Horst F van der, Metsemakers J, Vissers F, Saenger G, Geus C de. The reason for Encounter mode of the ICPC: reliable, adequate, and feasible. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1989;7:99-103.

International Organization for Standardization. EN 29001 Kwaliteitssystemen - Model voor de kwaliteitsborging bij het ontwerpen/ontwikkelen, het vervaardigen, het installeren en de nazorg [Nederlandse versie]. Brussel 1987.

Jacobs HM, Melker RA de, Touw-Otten FWMM. De taakafbakening van het professionele handelen tussen huisartsen en specialisten. In: van Es e.a. (red). *Het Medisch Jaar* 1984; pag: 50-58. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1985.

Jacobs LGH, Pringle MA. Referral letters and replies from orthopaedic departments: opportunities missed. *British Medical Journal* 1990;301:470-473.

Kate LP ten. Aangeboren afwijkingen. In: Grobbee DE, Hofman A (eds). *Epidemiologie van ziekten in Nederland*; pag: 309-319. Utrecht: Bunge, 1989. ISBN 90 6348 1055.

Kemenade YW van, Jong B de. Gezondheidszorgstelsels in Europa. Financierings- en vergoedingssystemen in achttien Westeuropese landen. *Medisch Contact* 1993;48:1149-1154.

Kersten TJJMT, Verhage-Spliet CMTh. De invloed van de verwijfsbrief op de procedure in de tweedelijfn. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1990;68:341-345.

Kersten TJJMT. De invloed van huisartsen in de tweedelijfn [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1991. ISBN 90-6905-153-2.

Kirkman-Liff BL, Ven WPMM van de. Improving efficiency in the Dutch health care system: current innovations and future options. *Health Policy* 1989;13:35-53.



Kirkman-Liff BL. Cost containment and physician payment methods in the Netherlands. *Inquiry* 1989;26:468-482.

Klein L, Charace P, Johannes R. Effects of physician tutorials on prescribing patterns of graduate physicians. *Journal of Medical Education* 1981;56:504-511.

Knotmerus JA. Registreren van morbiditeit in de huisartsgeneeskunde. Over diversiteit van doelstellingen en vereisten [commentaar]. *Huisarts en Wetenschap* 1994;37:136-141.

Kooij LR. Herregistratie van huisartsen. *Medisch Contact* 1993;48:1405-1406.

Kreber ThFWA. Acute buikpijn in de eerste en tweede lijn [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1988.

Krol LJ. De consument als leidend voorwerp in de gezondheidszorg. Onderzoek naar de achtergronden van verwijzingen naar de kinderarts [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1985.

Kruidenier HJ. Een onderzoek naar de factoren die de hoogte van het verwijzingspercentage beïnvloeden. Zeist: Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen (LUSZ) 1976.

Kuiper CM, Vaandrager GJ. Psychosociale hulpverlening aan jeugdige patienten. Psychosociale teams voor kinderen in twee ziekenhuizen, klinisch en poliklinisch. Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO, 1982.

Kuster JAM, Beugen L van, Jacobs JWM. Een experiment in communicatie. Het huisartsinformatieproject Elisabeth Gasthuis Haarlem. *Medisch Contact* 1987;42:112-114.

Laag J van der, Aalderen WMC van, Duiverman EJ, Essen-Zandvliet EEM van, Nagelkerke AF, Nierop JC van. Astma bij kinderen; consensus van kinderlongartsen over lange termijn behandeling. I. Diagnostiek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1991;135:2316-2319.

Laag J van der, Aalderen WMC van, Duiverman EJ, Essen-Zandvliet EEM van, Nagelkerke AF, Nierop JC van. Astma bij kinderen; consensus van kinderlongartsen over lange termijn behandeling. II. Behandeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1991;135:2319-2323.

Lagro-Janssen T. Proeven in de keuken van de huisarts. *Medisch Contact* 1986;41:47-48.

Lamberts H. Morbidity in General Practice. Diagnosis related information from the Monitoring project. Utrecht, 1984. ISBN 90-70654-02-4.

Lamberts H. Interdoktervariatie en de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen. *Huisarts en Wetenschap* 1986;29:146-152.

Lamberts H, Brouwer H, Groen ASM, Huisman H. Het transitie-model in de huisartspraktijk. Praktisch gebruik van de ICPC tijdens 28.000 contacten. *Huisarts en Wetenschap* 1987;30:105-113.

Lamberts H. Huisarts en specialist: complementair of substitutie. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1987;65:828-832. [voordracht]

Lamberts H, Wood M (ed.). ICPC, International Classification of Primary Care. Oxford 1987.

Lamberts H, Brouwer HJ, Mohrs J. Reason for encounter- episode- and process-oriented standard output from the Transition project. Dept General Practice/Family Medicine, University of Amsterdam 1991. Part I: Reason for encounter and episode output. Part II: Process output. ISBN 90-73582-02-4.

Landelijke Huisartsen Vereniging. Nota: Omlijning. De eerste-lijn-gezondheidszorg en de positie van de huisarts in de komende jaren. Een visie van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Utrecht 1986.

Landelijke Huisartsen Vereniging. Notitie bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisarts. Utrecht 1988.

Landelijke Huisartsen Vereniging. Nota Kwaliteits- en deskundigheidsbevordering. Utrecht 1990.

Landelijke Huisartsen Vereniging. Een hele zorg minder. Jaarverslag 1992. Utrecht 1993.

Lewis A, Bolden K. General practitioners and their learning styles. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1989; 39:187-189.

Lieburg, MJ van. Het Sophia Kinderziekenhuis 1863-1975. Historisch Genootschap Roterodamum 1975.

Lisdonk EH van de, Bosch WJHM van den, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM [red]. *Ziekten in de huisartspraktijk*. Utrecht: Bunge, 1990. ISBN 90 6348 086 5.

Manning PR, Lee PV, Clintworth WA, Denson TA, Oppenehimer PR, Gilman NJ. Changing prescribing practices through individual continuing education. *Journal of the American Medical Association* 1986;256:230-232.

Marsh GN, Russell D, Russell IT. Is paediatrics safe in general practitioners' hands? A study in the north of England. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1989;39:138-141.

McPhee SJ, Lo B, Saika Y, Meltzer R. How good is communication between primary care physicians and subspecialty consultants? *Archives of Internal Medicine* 1984; 144:1265-1268.

McWhinney IR. Consultation and referral. In: *A textbook of family medicine*. New York: Oxford University Press 1989:333-336. ISBN 0-19-505037-1.

Melker RA de. *Ziekenhuispatiënt-huisarts-huisgezin. Een exploratief inventariserend onderzoek [Dissertatie]*. Nijmegen: Dekker & van de Vegt 1973. ISBN 90 255 9780 7

Melker RA de. Samenwerking tussen eerste- en tweedelijin in de gezondheidszorg. In: Peters JH [red]. *Management in de gezondheidszorg*. Hoofdstuk 6.7. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1986.

Melker RA de. Huisartsgeneeskunde: over 25 jaar 'nog groter gegroeid'? [voordracht]. *Medisch Contact* 1993;48:691-693.

Meijer JS, Brouwer H, Lamberts H. De ICPC als diagnostische classificatie I. Nog keuze voor de huisarts? *Huisarts en Wetenschap* 1987;30:13-19.

Meijer JS, Brouwer H, Lamberts H. De ICPC als diagnostische classificatie II. Een onderzoek naar de vergelijkbaarheid en herleidbaarheid van de ICPC naar de ICHPPC-2 en de RCC. *Huisarts en Wetenschap* 1987;30:44-48.

Metz JCM, Pels Rijcken - van Erp Taalman Kip EH, Brand- Valkenburg BWM van den. *Raamplan 1994 artsopleiding. Eindtermen van de artsopleiding. Hoofdstuk 4: EEG-richtlijnen*. Nijmegen 1994. ISBN 90 373 0240 8.

Meyboom WA, Casparie AF. Berichtgeving aan de huisarts bij ontslag uit het ziekenhuis. Een toetsingsonderzoek. *Medisch Contact* 1980;35:989-994.

Meyboom-de Jong B. Morbidity registration in general practice in the Netherlands. *Huisarts en Wetenschap* 1993;36(suppl):49-53,68.

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. *Structuurnota Gezondheidszorg 1974*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, SDU, 1974.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. *Nota Eerstelijnszorg*. 's-Gravenhage: 1985.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Over de ontwikkelingen van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens (Nota 2000). Rijswijk: 1986.

Mokkink HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986. ISBN 90-9001405-5.

Moore AJ, en Roland MO. How much variation in referral rates among general practitioners is due to chance? *British Medical Journal* 1989;298:500-502.

Mulder J.D. Somatische consultatie. *Modern Medicine* 1984;1444-1447.

Nederlands Huisartsen Genootschap. Bereikbaarheid/beschikbaarheid (standaard P01). *Huisarts en Wetenschap* 1989;32:219-222.

Nederlands Huisartsen Genootschap. De verwijfsbrief naar de tweede lijn (standaard 001). *Huisarts en Wetenschap* 1989;32:541-544.

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Beleidsnota Kindergeneeskunde. Een bundel rapporten over de ontwikkeling van de kindergeneeskunde in Nederland anno 1977. Amsterdam 1977.

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Nederlands Signaleringscentrum voor Kindergeneeskunde. Rapport van de Werkgroep Signaleringscentrum Utrecht 1990.

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Deelspecialisatie in de paediatric. Rapport van de commissie deelspecialisatie. Utrecht 1991.

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Kindergeneeskunde in Nederland. Een nota over de kindergeneeskundige zorg in Nederland anno 1992 met aanbevelingen voor het beleid in de naaste toekomst. Redactie: Dooren LJ, Jongkamp-Draaisma L, Vaandrager GJ. Utrecht 1992.

Neufeld V, Barrows H. The 'McMaster philosophy': an approach to clinical education. *Journal of Medical Education* 1974;49:1040-1050.

Nijhuis HJ. De relatie huisarts - specialist. Naar een nieuwe manier van verwijzen. *Medisch Contact* 1981;36:1617-1619.

Njoo KH, Wouden JC van der, Wouterlood-van Cleeff IE, Dokter HJ. Samenwerking tussen huisarts en specialist bij mensen die lijden aan kanker. 2: Initiatieven ter verbetering. *Medisch Contact* 1989;44:994-996.

Norell JS. Consultant sessions in health centres and group practices. *Community Health* 1975;6:306-310.

Norman G. Problem-solving skills, solving problems and problem-based learning. *Medical education* 1988;22:279-286.

Norusis MJ. The SPSS guide to data analysis for SPSS/PC+. Chicago: SPSS Inc., 1988. ISBN 0-918469-33-2.

Oliemans AP. Morbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht 1969 & NHG/Bouwstenen voor de huisartsgeneeskunde Leiden, H.E. Stenfert Kroese N.V., 1969.

Organisation for Economic Co-operation and Development, Financing and Delivering Health Care, Paris 1987.

Owen P, Allery L, Hardny K, Hays T. General practitioners' continuing medical education within and outside their practice. *British Medical Journal* 1989;299:238-240.

Payer L. *Medicine and Culture. Notions of health and sickness in Britain, the US, France and West Germany.* London: Victor Gollancz Ltd., 1990. ISBN 0-575-04790-9.

- Pearson JC, Smedby B, Berfenstam R, Logan RF, Burgess A, Peterson O. Hospital case loads in Liverpool, New-England and Uppsala. *Lancet* 1968;ii:559-566.
- Pereira-Gray DJ. Healthier children - thinking prevention. Report of a Working Party appointed by the Council of the Royal College of General Practitioners. Report from General Practice 22, 1982.
- Peters JH. Samenwerking eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg; een project vanuit een algemeen ziekenhuis. Utrecht/Antwerpen: Bohn Scheltema & Holkema, 1982.
- Peters L, Wijkel D. Meerkosten en besparingen van gezondheidscentra. *Medisch Contact* 1984;39:87-91.
- Pless IB. Morbidity and mortality among the young. In: Hoekelman, RA et al. *Primary Pediatric Care*. St. Louis: C.V. Mosby Company, 1987. ISBN 0-8016-2254-9.
- Poel G.Th van de, Does E van der, Lubsen J. Samenwerking huisarts-apotheker: een methode om te komen tot rationeler voorschrijfgedrag. *Tijdschrift voor therapie, geneesmiddel en onderzoek* 1988;13:62-67.
- Poels EFJ, Lagro-Janssen ALM. Samenwerking huisarts-specialist. Een Nijmeegs initiatief. *Medisch Contact* 1982;37:1509-1511.
- Pollemans M. Eindrapportage deelproject B: De duur van de beroepsopleiding tot huisarts in Nederland [rapport]. Commissie Curriculum Constructie (meerjarige) Beroepsopleiding tot Huisarts - CCBOH-12 -, 1986.
- Polnay L, Pringle M. General practitioner training in paediatrics in the Trent region. *British Medical Journal* 1989;298:1434-1436.
- Pop P. Consultatie eerste-tweede lijn. Drie jaar Diagnostisch Centrum Maastricht. *Medisch Contact* 1982;37:1019-1023.
- Pop P, Keijsers LJM. Communicatie tussen huisarts en specialist. *Medisch Contact* 1985;40:203-206.
- Pop P, Beusmans GHM, Knotterus JA. Een diagnostisch centrum voor Maastricht. Versterking van de eerste lijn en samenwerking huisarts-specialist. *Medisch Contact* 1987;42:845-848.
- Post D. Farmacotherapeutische overleggroepen. *Medisch Contact* 1984;39:1125-1127.
- Post D, Gubbels JW. Verwijzen naar interne specialisten. Verschillen tussen huisartspraktijken en enkele factoren, die daarop van invloed zijn. *Huisarts en Wetenschap* 1986;29:369-372.
- Post D, Mokking HGA, Ree CM van der, Gubbels J. Verwijzen en voorschrijven in de stad en op het platteland. Een onderzoek naar regionale verschillen in medische consumptie in vijf regio's. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg* 1991;69:101-106.
- Querido A. De 'discipline Geneeskunde' en de nieuwe prioriteiten, weergegeven in het Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek 1985. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1987;131:278-284.
- Ree CM van der, Ruben BA, Post D. Veranderingen in de antibioticaprescriptie. Effecten van farmacotherapeutisch overleg. *Medisch Contact* 1986;41:785-786.
- Reijnders FL, Njoo KH. Samenwerking tussen huisarts en specialist bij mensen die lijden aan kanker. 3: Een experiment met nacontroles: de huisarts kan (veel) meer. *Medisch Contact* 1989;44:1057-1059.
- Rijk C de, Theunissen I, Velzen C van, Wouden JC van der, Dokter HJ. Samenwerking tussen huisarts en specialist bij mensen die lijden aan kanker. 4: Oncologische patiëntbespreking; een experiment. *Medisch Contact* 1989;44:1113-1115.
- Rijntjes AG. Acute diarree in de huisartspraktijk. Een onderzoek naar anamnese en microbiële oorzaken [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1987.

Roethlisberger FJ, Dickson WJ. Management and the worker. Cambridge (Massachusetts), Harvard University Press, 1939.

Romunde LKJ van, Rouwens T. Trends in frequentie van ziekten in Nederland. In: Grobbee DE, Hofman A (eds). Epidemiologie van ziekten in Nederland; pag: 76-82. Utrecht: Bunge, 1989. ISBN 90 6348 1055.

Royal College of General Practitioners/Office of Population Censuses and Surveys/ Department of Health and Social Security. Morbidity statistics from general practice 1970-1971: second national study. London: HMSO 1974.

Royal College of General Practitioners/Office of Population Censuses and Surveys/ Department of Health and Social Security. Morbidity statistics from general practice 1981-1982: third national study. London: HMSO 1986.

Rutten GEHM, Thomas S [red.]. NHG-standaarden voor de huisarts. Utrecht: Bunge/NHG, 1993.

Rutten-Boonekamp LCM. Verwijsrelaties tussen huisarts en medisch specialisten. Een onderzoek naar de specialistenkeuze door de huisarts [Doctoraalscriptie]. Beleid en Management Gezondheidszorg/Erasmus Universiteit Rotterdam, 1990.

Sackett DL. Bias in analytic research. Journal of Chronic Disease 1979;32:51-63.

Sanazaro P. Determining physicians performance. Continuing medical education and other interacting variables. Evaluation and the Health Professions 1983;2:197-210.

Schulpen TWJ, Weg L van de, Groeningen COM van, Springer M. De behandeling van acute-gastro-enteritis bij kinderen in Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1989;133:974-978.

Scott A. Continuing education: more or better? New England Journal of Medicine 1976;295:444-445.

Segers JHG. Sociologische onderzoeksmethoden. Inleiding tot de structuur van het onderzoeksproces en tot de methoden van dataverzameling. Assen/Amsterdam: Van Gorcum, 1977.

Slangen J. Zuinigheid met vlijt... Woningstichting 'Gemeentebelang' (1917-1992) en geschiedenis van Krimpen aan den IJssel. Hoofdstuk IX. Krimpen aan den IJssel, 1992. ISBN 90 9005020 5.

Smit DJ de. Consultatie huisarts-specialist. Experiment bij kinderen met luchtwegproblemen. Medisch Contact 1987;42:849-852.

Speight ANP, Lee DA, Hey EN. Underdiagnosis and undertreatment of asthma in childhood. British Medical Journal 1983;286:1253-1255.

Spruij B, Casparie A, Grol R. Interventiemethoden om veranderingen in medische praktijkvoering te bewerkstelligen; wat is effectief? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1989;133:1115-1117.

Steensel-Moll, HA van. Leukemie bij kinderen. In: Grobbee DE, Hofman A (eds). Epidemiologie van ziekten in Nederland; pag: 76-82. Utrecht: Bunge, 1989. ISBN 90 6348 1055.  
Stichting Gezondheidscentrum Krimpen aan den IJssel. Jaarverslagen 1987-1990.

Swaan A de. Zorg en staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd. Hoofdstuk 7: het collectiviseringsproces en zijn gevolgen. Amsterdam: Bakker, 1989. ISBN 90 351 0685 7.

Swinkels MAA, Dopheide JP. Samenwerken volgens het consultatiemodel. In: WB de Greve [red.]. Samenwerking ziekenhuis en eerstelijns. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1983. Serie: Leiding & organisatie in de gezondheidszorg. ISBN 90 6016 542 X.

- Taminiau JAJM, Caillie-Bertrand M van, Douwes AC Felius A, Schulpen TWJ. De behandeling van acute gastro-enteritis bij kinderen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1989;133:964-967.
- Tits MHL van, Nuyens WJFI. Een bonus-malusexperiment onder huisartsen. *Medisch Contact* 1987;42:276-279.
- Vaandrager GJ, Bruining GJ, Veenhof FJ, Drayer NM. De incidentie van diabetes mellitus bij 0-19-jarigen in Nederland (1978-1980). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1983;127:2355-2361.
- Velden K van der, Schellevis F, Steen J van der [red.]. ICPC. International Classification of Primary Care. tabulaire lijst. Utrecht: NIVEL 1989.
- Velden J van der, Bakker DH de, Claessens AAMC, Schellevis FG. Basisrapport: Morbiditeit in de Huisartspraktijk. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991. ISBN 90-6905-138-9.
- Van WPMM van de, Winkens CGF en Wohrmann IJE. Doelmatigheid in de gezondheidszorg: een miljardenkwestie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1988;132:1623-1627.
- Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen. Jaarboek LIZ 1987/88. Landelijke Informatie Ziekenfondsen. Zeist 1989.
- Verhage-Spliet CMTh, Kersten TJJMT. De inhoud van verwijfsbrieven en specialistenbrieven. *Huisarts en Wetenschap* 1990;33:148-151.
- Verhage-Spliet CMTh, Eggink HD. De polikliniekbrief van de internist. Aan welke informatie heeft de huisarts behoefte? *Medisch Contact* 1990;45:1058-1060.
- Verhage-Spliet CMTh, Touw-Otten FWMM, Eggink HD, Oostrum DJFM van. Terugrapportage van specialist naar huisarts. Evaluatie van een model voor de poliklinische berichtgeving. *Huisarts en Wetenschap* 1993;36:64-66.
- Verheij Th. Eindrapportage deelproject A-I-a: Voorgeschiedenis [rapport]. Commissie Curriculum Constructie (meerjarige) Beroepsopleiding tot Huisarts - CCBOH-06 -, 1986.
- Vierhout W. Gezamenlijk consult huisarts-specialist. *Medisch Contact* 1987;42:106-109.
- Vierhout WPM. Het gezamenlijk consult van huisarts en specialist in de eerste lijn. Een nieuwe werkwijze bij klachten van het bewegingsapparaat [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1994. ISBN 90-5170-250-7.
- Visser HKA. Paediatrics in the Netherlands: challenges for today and tomorrow. *Archives of Disease in Childhood* 1993;69:251-255.
- Visser HKA. Nieuwe uitdagingen voor de kindergeneeskunde. In: Suijlekom-Smit LWA van [red.]. Nieuwe ontwikkelingen in diagnostiek en behandeling van kinderen. Rotterdam 1994. ISBN 90-801804-1-6.
- Vissers JMH. Integratie-ontwikkelingen op het grensvlak van eerste- en tweedelij. In: Peters JH [red.]. Management in de gezondheidszorg. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1986.
- Vissers JMH, Voorhoeve A. Functionele samenwerking huisarts-specialist. Het project 'Zorg op één lijn' te Deventer. *Medisch Contact* 1993; 48:843-847.
- Vliet RJCA van. Hospital utilization, performance measures and health status. Dissertatie Erasmus Universiteit Rotterdam 1988.
- Voorhoeve HWA, Damen MWL, Lamme-Wolters HM, Merckx JAM. Verwijzingen door een cb-arts en terugrapportage. *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg* 1992;24:23-26.

Warner JO, Gotz M, Landau U, Levison H, Milner AD, Pedersen S, Silverman M. Management of asthma: a consensus statement. *Archives of Disease in Childhood* 1989;64:1065-1079.

Waszink AC. Kwaliteitszorg en certificatie. Alphen aan den Rijn: Samson 1991. ISBN 90 14 04588 3.

Weiss R, Charney E, Baumgardner RA, German PS, Mellits ED, Skinner EA, Williamson JW. Changing patient management: What influences the practicing pediatrician? *Pediatrics* 1990;85:791-795.

Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde KUN-RL. Jaarverslag 1992. Nijmegen 1993. ISSN 0927-426X.

Wiegersma PA. Verwijzingen naar de huisarts door de Jeugdgezondheidszorg. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1994;72:143-148.

Wijkel D. Lagere (ziekenfonds-) verwijscijfers van gezondheidscentra: gezondere patienten of sterker gemotiveerde artsen? *Gezondheid en Samenleving* 1985;6:182-191.

Wijkel D. Samenwerken en verwijzen [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1986. ISBN 90-6905-019-6.

Wijkel D, Zee J van der, Bakker D de. Ziekenfondscijfers van samenwerkende huisartsen. Een replicatieonderzoek. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg* 1992;70:519-526.

Wilkin D, Smith AG. Variation in general practitioners' referral rates to consultants. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1987;37:350-353.

Winkens RAG, Pop P, Grol RPTM, Kester ADM, Knotterus JA. Effect of feedback on test ordering behaviour of general practitioners. *British Medical Journal* 1992;304:1093-1096.

Wouden JC van der, Dokter HJ. Samenwerking tussen huisarts en specialist bij mensen die lijden aan kanker. 1: Knelpunten geïnventariseerd. *Medisch Contact* 1989;44:959-961.

Zeben W van. Jubileumuitgave Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Alkmaar 1982.

Zee, J van der. Over de grenzen van de eerste lijn: vergelijkend onderzoek in een Europese regio [Inaugurale rede]. Utrecht: NIVEL, 1989.

Zoethout HE. Kwaliteitsbevordering en -bewaking in de kindergeneeskunde. *Medisch Contact* 1991;46:333-335.





## Bijlagen

- 3.1. Overzicht onderzoekopzet
- 3.2. Contract Erasmus Universiteit Rotterdam en de Stichting Huisartsen Krimpen aan den IJssel betreffende project 'Huisarts-Kinderarts'
- 3.3. Bevolkingsopbouw gemeente van onderzoek 1988-1991
- 3.4. Gegevens polikliniek algemene kindergeneeskunde 1988
  - 4.1. Formulier 1
  - 4.2. Formulier 2
  - 4.3. Formulier 3
  - 4.4. Formulier 4
  - 4.5. Formulier 5
  - 4.6. Formulier 6/7
  - 4.7. Handleiding voor huisartsen en praktijkassistenten
  - 4.8. Toelichting formulier kindergeneeskundige consulten
  - 4.9. Privacy-reglement parallelregistratie
  - 4.10. ICPC en toevoegingen
- 9.1. Voorstel interventies ter bespreking vergadering Stichting Huisartsen Krimpen aan den IJssel
  - 10.1. Aanmeldingsformulier consultspreekuur
  - 10.2. Verslagformulier eenmalig consult
  - 10.3. Evaluatieformulier eenmalig consult
  - 10.4. Brief ouders
  - 10.5. Enquête ouders
  - 10.6. Enquête huisartsen
- 11.1.-3. Consultregistratie poliklinieken kindergeneeskunde ten tijde van de interventies
  - 11.4. Aanmeldingsformulier consultbespreking
- 12.1. Privacy-reglement gegevens apothekers



## **Bijlage 3.1. Overzicht onderzoekopzet**

### **SAMENWERKING EERSTE- EN TWEEDELIJN MET BETREKKING TOT DE KINDERGENEESKUNDE.**

#### **Inleiding**

Door het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen is uit het Vernieuwingsfonds Extramurale Vakken een subsidie toegekend voor de jaren 1987 t/m 1990 aan een onderzoekproject waarin het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut (hoofd: Prof. Dr. H.J. Dokter) en de afdeling Kindergeneeskunde van de Erasmus Universiteit en het Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Sophia Kinderziekenhuis (hoofd: Prof. Dr. H.K.A. Visser) samenwerken. De onderzoekers belast met de uitvoering zijn:

Mw. Drs. E. Kraaijeveld, huisarts.

Mw. Drs. L.W.A. van Suijlekom-Smit, kinderarts.

Drs. J.C. van der Wouden, methodoloog - sociaal wetenschappelijk onderzoeker.

#### **Vraagstelling**

De vraagstelling van dit onderzoek luidt : op welke manier kan op het terrein van de zorg voor zieke kinderen verbetering worden bereikt door een betere afstemming van de eerste- en tweede-lijn?

Er is een toenemend inzicht dat deze afstemming verre van optimaal is. Knelpunten betreffen de verwijzing, taakafbakening en interactie ten tijde van de specialistische behandeling en het terugverwijsbeleid. Eerder onderzoek heeft zich vooral gericht op factoren die de verwijzing beïnvloeden. Factoren na de verwijzing zijn echter evenzeer van invloed, zowel op de werkverdeling tussen huisarts en specialist als op de kwaliteit van de zorg voor de patiënt. Optimale zorgverlening kan pas worden bereikt als de huisarts en de kinderarts complementair werken en zo hun bijdrage leveren aan continuïteit in de hulpverlening.

#### **Onderzoekopzet**

Voor de beantwoording van onze vraagstelling hebben wij een werkplan dat bestaat uit drie fasen.

##### **1. Beschrijving huidige gang van zaken**

In eerste instantie zal een analyse worden gemaakt van de huidige gang van zaken bij de samenwerking huisarts-kinderarts, zowel landelijk als in de voor verdere studie gekozen huisartspraktijken. Door samenwerking met het NIVEL (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg) kunnen wij beschikken over de gegevens voor de kinderleeftijd uit de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, die nu worden verzameld. Bij het verzamelen van gegevens uit de lokale onderzoeksituatie zal ten dele hetzelfde meetinstrument (vragenlijsten) worden gebruikt, zodat vergelijking met de landelijke situatie mogelijk is. De keuze van de onderzoekpraktijken werd bepaald door een aantal factoren, waaronder de veronderstelde bereidheid tot onderzoek, de gewoonte t.a.v. de kindergeneeskunde samen te werken met het Sophia Kinderziekenhuis en een setting die implementatie van interventies mogelijk maakt.

In het Sophia Kinderziekenhuis zal de aandacht zich vooral richten op de poliklinische zorg, zowel van algemeen kindergeneeskunde als van de diverse subspecialismen binnen de kindergeneeskunde. De klinische zorg is in veel mindere mate van invloed op de afstemmingsproblematiek, omdat deze in de regel voorafgegaan en gevolgd wordt door poliklinische bemoeienis.

Als eerste meetperiode is gekozen medio januari tot medio mei 1988. De huisartsen wordt gevraagd na elk contact met een 0- tot 14-jarige een vragenlijst in te vullen. Aanvullende gegevens worden gevraagd bij elke nieuwe verwijzing, verlenging van een verwijzing en als één van de patiënten van de huisarts de polikliniek kindergeneeskunde heeft bezocht.

De kinderartsen (c.q. arts-assistenten) in het Sophia Kinderziekenhuis wordt gevraagd een vragenlijst in te vullen nadat een patiënt van een aan het onderzoek meewerkende huisarts de polikliniek heeft bezocht.

De verkregen gegevens (onder meer t.a.v. morbiditeit, type zorgverlening, motivaties bij verwijzing en terugverwijzing, communicatie en taakafbakening) dienen ter beschrijving van de uitgangssituatie ten aanzien van de samenwerking, zodat de effecten van veranderingen later meetbaar zijn.

## **2. Analyse van knelpunten en de keuze van interventies.**

Met behulp van de in de voorgaande fase verkregen gegevens denken wij een beeld te krijgen van de knelpunten. Voor verdere analyse zullen wij ook op andere wijze verzamelde data gebruiken (bijvoorbeeld verwijsgegevens ziekenfondsen; statusonderzoek SKZ).

Hierna richten wij ons op oplossingen ter verbetering van de afstemmingsproblematiek en de zorgverlening. De keuze van interventies zal worden bepaald door de knelpuntanalyse, de haalbaarheid (tijd, middelen etc.) en overleg met de betrokkenen. Het is voorbarig nu reeds op de aard van de interventies in te gaan.

## **3. Uitvoering interventies en evaluatie.**

De waarde van de gekozen interventies zal ten tijde van en na de implementatie worden beoordeeld. Hierbij zal zo mogelijk van het in de eerste fase ontwikkelde meetinstrument gebruik worden gemaakt. Zonodig zal dit worden aangevuld met op de gekozen interventies toegesneden criteria.

### **Tot slot**

Voor dit onderzoek vragen wij de medewerking van velen, zowel in de huisartspraktijken als in het ziekenhuis. Het rendement is naar wij hopen een beter inzicht in eigen werken en het samenwerken aan oplossingen ter verbetering van de afstemmingsproblematiek en de zorgverlening voor het zieke kind.

L.W.A. van Suijlekom-Smit  
E. Kraaijeveld  
J.C. van der Wouden  
18 november 1987

## **Bijlage 3.2. Contract Erasmus Universiteit Rotterdam met de Stichting Huisartsen Krimpen aan den IJssel betreffende project "Huisarts-Kinderarts"**

Door het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen is uit het Vernieuwingsfonds Extramurale Vakken een subsidie toegekend voor de jaren 1987 t/m 1990 aan een onderzoekproject waarin het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut (hoofd: Prof. Dr. H.J. Dokter) en de afdeling Kindergeneeskunde van de Erasmus Universiteit en het Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Sophia Kinderziekenhuis (hoofd: Prof. Dr. H.K.A. Visser) samenwerken. De onderzoekers belast met de uitvoering zijn:

Mw. Drs. E. Kraaijeveld, huisarts.

Mw. Drs. L.W.A. van Suijlekom-Smit, kinderarts.

Drs. J.C. van der Wouden, methodoloog-sociaal wetenschappelijk onderzoeker.

De bovengenoemden, hierna te noemen de onderzoekers, ten deze vertegenwoordigd door mevrouw E. Kraaijeveld, huisarts en de leden van de Stichting Huisartsen Krimpen aan den IJssel, hierna te noemen de huisarts(en), ten deze vertegenwoordigd door haar voorzitter de heer F.P.M.J. Groeneveld, huisarts - in aanmerking nemende dat op de SHK-vergadering van 16 december 1987 alle leden-huisartsen zich bereid hebben verklaard hun medewerking te verlenen ten behoeve van bovengenoemd onderzoek - verklaren te zijn overeengekomen als volgt:

### *Artikel 1. Algemene bepaling*

Tijdens de gegevensverzameling zijn de regels van het (medisch) beroepsgeheim van toepassing.

### *Artikel 2. Aanvang en duur*

De overeenkomst gaat in op de datum van ondertekening en eindigt twee maanden na de laatste dag van het onderzoek, dat begint op 01 februari 1988 en eindigt op 31 december 1990.

### *Artikel 3. Beëindiging en opzegging*

De overeenkomst kan zonder dringende of gewichtige redenen niet éézijdig worden beëindigd.

### *Artikel 4. Werkwijze*

De te volgen werkwijze tijdens de contractperiode bestaat globaal uit de volgende onderdelen:

- a. scholing en voorlichting aan de huisartsen en praktijkassistenten individueel en in de vorm van instructiebijeenkomsten;
- b. het gedurende vier maanden registreren door huisartsen en de praktijkassistenten van alle contacten met kinderen in de leeftijdsgroep 0 - 14 jaar;
- c. het beantwoorden (schriftelijk) van een aantal vragen bij verwijzing achteraf of verlenging van een verwijzing en als een patiënt uit de bovengenoemde leeftijdsgroep de polikliniek van het Sophia Kinderziekenhuis heeft bezocht;
- d. het gedurende het onderzoek uitvoeren van betrouwbaarheidstesten door de onderzoekers ter controle van de kwaliteit van de verzamelde gegevens;
- e. het implementeren van interventies aan de hand van de resultaten van de eerste onderzoekfase;
- f. het verrichten van metingen ter evaluatie van de interventies.

### *Artikel 5. Verplichtingen aan de zijde van de onderzoekers*

a. De onderzoekers verplichten zich tot het verstrekken van een financiële vergoeding voor de inspanningen aan de zijde van de huisartsen. Het bedrag zal aan het einde van de eerste registratieperiode overgemaakt worden naar de Stichting Huisartsen Krimpen aan den IJssel. Indien in een latere fase van het onderzoek opnieuw geregistreerd zal worden, wordt hiervoor een vergoeding in het vooruitzicht gesteld.

- b. De onderzoekers zullen de nodige maatregelen treffen ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van personen, die bij het onderzoek zijn betrokken. deze maatregelen zijn vastgelegd in een privacyreglement, dat geacht wordt deel uit te maken van deze overeenkomst.
- c. De onderzoekers zullen kosteloos aan de huisartsen gegevens verstrekken omtrent hun praktijken, met dien verstande dat ieder alleen de gegevens krijgt van zijn/haar praktijk en onder de voorwaarde dat zij deze niet zullen gebruiken voor een zelfstandige publicatie voordat de onderzoekers de resultaten hebben gepubliceerd, tenzij met de schriftelijke toestemming van de projectleiders. Het totale overzicht zal bewerkt worden met inachtneming van artikel 7 van het privacyreglement. Ook dit overzicht zal kosteloos aan de huisartsen verstrekt worden.
- d. De onderzoekers zullen het materiaal leveren om het onderzoek bij de patiënten te introduceren.
- e. De onderzoekers zullen minimaal eens per week persoonlijk overleggen met de huisartsen, ten einde de belasting van de praktijk tot een minimum te beperken.

*Artikel 6. Verplichtingen aan de zijde van de huisartsen*

- a. De huisarts verplicht zich met inachtneming van de zorgvuldigheid, die een redelijk handelend huisarts betaamt, zijn/haar medewerking te verlenen aan de in artikel 4 genoemde onderdelen van het onderzoek.
- b. De huisarts draagt zorg voor de introductie van het onderzoek bij zijn/haar patiënten.
- c. De huisarts staat er voor in en ziet er op toe, dat zijn/haar assistente(n) en eventuele waarnemers hun medewerking verlenen aan het onderzoek.
- d. De huisarts verplicht zich eventuele aanvullende instructies van de onderzoekers op te volgen, die de betrouwbaarheid van de te verkrijgen gegevens waarborgen.
- e. De huisarts zal op verzoek aanvullende gegevens verstrekken aan de onderzoekers voor zover deze gegevens van belang kunnen zijn voor het onderzoek.

*Artikel 7. Publicatie en gegevens verstrekking*

- a. Alle publicaties van de onderzoekers of van de onderzoekers in samenwerking met de Stichting NIVEL (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg) met betrekking tot dit onderzoek geschieden in het openbaar. Zij komen tot stand met inachtneming van de gebruikelijke normen van onafhankelijkheid en zorgvuldigheid, waaronder wetenschappelijk onderzoekers hun werk verrichten.
- b. Alvorens de van de huisarts verkregen gegevens te publiceren, zullen de onderzoekers de tekst aan de huisartsen ter inzage aanbieden.
- c. Indien er problemen ontstaan omtrent de inhoud van de ter publicatie aangeboden tekst, welke noch onderling (d.w.z. huisartsen met onderzoekers) noch door de Geschillencommissie kunnen worden opgelost, zullen de onderzoekers de huisartsen de gelegenheid geven om een begeleidend commentaar of artikel aan de redactie van hetzelfde tijdschrift aan te bieden voor gelijktijdige publicatie.
- d. De aan de huisarts verstrekte gegevens mogen niet gebruikt worden voor publicatie tenzij hiervoor toestemming gevraagd en verkregen is van één van de projectleiders van het onderzoek.
- e. Het auteursrecht berust bij de onderzoekers.

*Artikel 8. Privacyreglement*

De huisarts heeft kennis genomen van het privacyreglement en gaat accoord met de daarin opgenomen waarborgen en procedures ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de bij het onderzoek betrokken personen.

*Artikel 9. Machtiging tot het verstrekken van ziekenfondsgegevens*

De deelnemende huisartsen zullen aan het Regionaal Ziekenfonds Gouda-Woerden en/of het Landelijk Informatiesysteem der Ziekenfondsen desgevraagd machtiging verlenen om de onderzoekers de volgende gegevens over hun praktijk te verstrekken:

- verwijs- en opnamecijfers per specialisme voor de op naam van de huisarts ingeschreven ziekenfondsverzekerden van 0 - 14 jaar.
- aard van de aan dezelfde groep op naam ingeschreven ziekenfondsverzekerden voorgeschreven geneesmiddelen.

*Artikel 10. Geschillen*

Alle geschillen die tussen partijen omtrent de uitleg en/of de uitvoering van deze overeenkomst mochten ontstaan, zullen worden voorgelegd aan een door de huisartsen voorgedragen persoon en aan één van de projectleiders van het onderzoek. Hun gezamenlijk advies is bindend. Indien zij er niet in slagen een gezamenlijk advies uit te brengen, zullen beide partijen te samen een onafhankelijke derde aanwijzen, die een bindend advies moet uitbrengen. Dit bindend advies heeft de kracht van een overeenkomst.

Aldus opgemaakt in tweevoud te Krimpen aan den IJssel op 2 september 1988.

Stichting Huisartsen  
Krimpen aan den IJssel

Projectgroep "Huisarts-Kinderarts"

F.P.M.J. Groeneveld, huisarts

E. Kraaijeveld, huisarts

### Bijlage 3.3. Bevolkingsopbouw gemeente van onderzoek 1988-1991

per 1-1-88 (n= 27.701)

| leeftijd | mannen | vrouwen | percentage |
|----------|--------|---------|------------|
| 0-4      | 833    | 773     | 5,8        |
| 5-9      | 936    | 915     | 6,7        |
| 10-14    | 1.165  | 1.077   | 8,1        |
| 15-24    | 2.491  | 2.343   | 17,4       |
| 25-34    | 1.698  | 1.773   | 12,5       |
| 35-44    | 2.244  | 2.351   | 16,5       |
| 45-54    | 1.821  | 1.840   | 13,2       |
| 55-64    | 1.498  | 1.400   | 10,5       |
| 65-74    | 685    | 838     | 5,5        |
| 75-84    | 301    | 515     | 2,9        |
| 85-94    | 68     | 129     | 0,7        |
| 95-104   | 2      | 5       | 0          |

per 1-1-90 (n= 27.478)

| leeftijd | mannen | vrouwen | percentage |
|----------|--------|---------|------------|
| 0-4      | 806    | 794     | 5,8        |
| 5-9      | 916    | 837     | 6,4        |
| 10-14    | 1.037  | 1.007   | 7,4        |
| 15-24    | 2.389  | 2.226   | 16,7       |
| 25-34    | 1.702  | 1.721   | 12,5       |
| 35-44    | 2.137  | 2.331   | 16,2       |
| 45-54    | 1.879  | 1.901   | 13,7       |
| 55-64    | 1.565  | 1.471   | 11,0       |
| 65-74    | 747    | 888     | 5,9        |
| 75-84    | 333    | 563     | 3,2        |
| 85-94    | 72     | 151     | 0,8        |
| 95-104   | 1      | 4       | 0          |

per 31-12-90 (n= 27.478)

| leeftijd | mannen | vrouwen | percentage |
|----------|--------|---------|------------|
| 0-4      | 830    | 797     | 5,9        |
| 5-9      | 896    | 816     | 6,2        |
| 10-14    | 1.017  | 952     | 7,2        |
| 15-24    | 2.316  | 2.155   | 16,3       |
| 25-34    | 1.716  | 1.716   | 12,6       |
| 35-44    | 2.163  | 2.290   | 16,2       |
| 45-54    | 1.892  | 1.920   | 13,9       |
| 55-64    | 1.556  | 1.523   | 11,1       |
| 65-74    | 797    | 934     | 6,3        |
| 75-84    | 340    | 568     | 3,3        |
| 85-94    | 60     | 174     | 0,8        |
| 95-104   | 1      | 4       | 0          |



### Bijlage 3.4. Gegevens polikliniek algemene kindergeneeskunde 1988

#### Overzicht aantallen patiënten en consulten

|                      | aantal patiënten<br>(n=5.311) | aantal consulten<br>(n=14.411) |
|----------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| nieuwe verwijzingen: |                               |                                |
| polikliniek          | 1.976                         | 5.366                          |
| EHBO                 | 1.651                         | 3.733                          |
| vervolgcontroles     | 1.684                         | 5.312                          |

#### Niveau van zorg

|                                  | nieuwel patiënten<br>(n=3.627) | follow-up patiënten<br>(n=1.684) |
|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| basisspecialistische zorg        | 3.104                          | 1.378                            |
| topklinische-/topreferentie zorg | 523                            | 306                              |

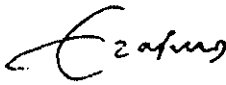
#### Gepresenteerde problemen (n=8.353) door de patiënten (n=5.311) van de polikliniek algemene kindergeneeskunde in percentages

|                    | basisspecialistische zorg | topklinische-/topreferentie zorg |
|--------------------|---------------------------|----------------------------------|
| infectieus         | 22                        | 1                                |
| gastrointestinaal  | 11                        | 2                                |
| endocrien          | 7                         | 1                                |
| pulmonaal          | 7                         | 1                                |
| neurologisch       | 7                         | 2                                |
| algemene symptomen | 7                         | 1                                |
| overige            | 22                        | 9                                |
|                    | 83                        | 17                               |

Deze gegevens zijn ontleend aan een verslag betreffende het 'Project Patiëntenstromen' (A. Dekker, G. Derksen-Lubsen, G.F.P.M. van Brummelen-Davids, C.J. Jongkind)



# Bijlage 4.2.



PROJECT "HUISARTS-KINDERARTS"  
 Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut  
 Sophia Kinderziekenhuis

## Registratieformulier No. 2 /

### VERWIJZING NAAR DE TWEEDE LIJN IN AANSLUITING OP CONSULT

| NUMMER              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| CONSULTNUMMER       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| OVERIGE SPECIALISME |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| INITIATIEF          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

Naam Patient: \_\_\_\_\_

Behorend bij registratieformulier 1 nummer \_\_\_\_\_

14. Specialisme  chirurgie  kindergeneeskunde  dermatologie  
 orthopedie  neurologie  overige, nl. \_\_\_\_\_  
 KNO  oogheelkunde \_\_\_\_\_

15. Specialist in  gezondheidscentrum  Sophia Kinderziekenh.  elders, nl. \_\_\_\_\_

16. Soort verwijzing  nieuw  Spoed  ja  nee  
 verlenging → naar vraag 24 (formulier 3)  
 achteraf → naar vraag 36 (formulier 3)

17. Doel verwijzing  diagnose  diagnose en behandeling  
 behandeling  geruststelling

18. Hoe vaak hoeft u de patiënt met deze klacht tijdens deze episode gezien?  1 maal  2 maal  3x of meer

19. Hoe lang bestaat deze klacht (doze episode)?  minder dan 24 uur  1 tot 4 weken  
 2 tot 7 dagen  meer dan 4 weken

#### INITIATIEF TOT VERWIJZEN

20. In welke mate hebben anderen uw besluit tot verwijzen beïnvloed:
- a. met betrekking tot ouders/patient lag het initiatief bij: huisarts      ouders/patient
- b. met betrekking tot anderen, nl.  associé  cb-arts  schoolarts  eerder geconsulteerd specialist  overige, nl. \_\_\_\_\_ } lag het initiatief bij: huisarts      naestgenomde

21. In hoeverre bent u het uiteindelijk eens met dit besluit? van harte      voltrokt niet

22. In hoeverre hebben andere dan medische factoren op verwijzing beïnvloed? niet      in sterke mate

23. Is er van te voren overleg geweest met degene naar wie u verwijst?  ja  nee

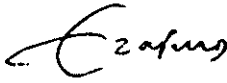
Zo ja, in hoeverre denkt u dat hierbij uw motivatie duidelijk is geworden? Zeker      onzeker

INVULLEN MET HB POTLOOD !





# Bijlage 4.5.



**PROJECT "HUISARTS-KINDERARTS"**  
 Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut  
 Sophia Kinderziekenhuis

## Registratieformulier No. 5 /

### TELEFONISCHE CONSULTEN EN CONTACTEN TIJDENS DIENST

Naam: \_\_\_\_\_ Huisarts: \_\_\_\_\_  
 Adres: \_\_\_\_\_ Assistentie: \_\_\_\_\_  
 Datum consult: \_\_\_\_\_

Geoordeedatum: \_\_\_\_\_ Patient van collega: \_\_\_\_\_  
 Verzekering:  ZF  Part Goslacht:  man  vrouw

**CONTACTGEGEVENS:**

Soort:  visito  consult  telefonisch  
 Tijdstip:  dag  avond  nacht  
 Spoed:  ja  nee

**REDEN VOOR CONTACT:**

\_\_\_\_\_

**Anamnese:**

\_\_\_\_\_

**Eventueel onderzoek:**

\_\_\_\_\_

**Eventuele diagnose:**

\_\_\_\_\_

**BEHANDELING:**

geruststellen  
 voorlichten  
 expectatief  
 ing/loop (HA)  
 medicatie, nl. \_\_\_\_\_  
 direct  
 regelen verwijzing specialist, nl. \_\_\_\_\_  
 patiënt opgenomen in \_\_\_\_\_

**VERVOLGAFSPRAKEN:**

niets afgesproken  
 geen verdere controle noodzakelijk  
 patiënt neemt zonnig opnieuw contact op  
 patiënt zal spreekuur bezoeken d.d. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 1988  
 bezoek aan huis gewenst d.d. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 1988

**OPMERKINGEN:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

|                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NUMMER          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 0               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| HUISARTS        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 0               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| ASSISTENTE      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 0               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| DAG             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 0               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| MAAND           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 0               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| JELBOORTELDATUM |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 0               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| DAG             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 0               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| MAAND           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 0               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| JAAR            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 0               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| REDEN 1         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| A               | B | C | D | E | F | G | H | I | J |
| K               | L | M | N | O | P | Q | R | S | T |
| U               | V | W | X | Y | Z |   |   |   |   |
| 0               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| REDEN 2         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| A               | B | C | D | E | F | G | H | I | J |
| K               | L | M | N | O | P | Q | R | S | T |
| U               | V | W | X | Y | Z |   |   |   |   |
| 0               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| STIPROEG        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| A               | B | C | D | E | F | G | H | I | J |
| K               | L | M | N | O | P | Q | R | S | T |
| U               | V | W | X | Y | Z |   |   |   |   |
| 0               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| INGELEP NA      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 0               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| MEDICATIE       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 0               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| VERVOLGAFSPRAAK |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| DAG             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 0               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| MAAND           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 0               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

**INVULLEN MET HB POTLOOD !**

# Bijlage 4.6.

*Erasmus*

**PROJECT "HUISARTS-KINDERARTS"**  
 Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut  
 Sophia Kinderziekenhuis

**Registratieformulier No. 6 /**

**KINDERGENEESKUNDE CONSULTEN PATIËNTEN  
 UIT DE AAN HET PROJECT MEEWERKENDE HUISARTSENPRAKTIJKEN**

Ruimte voor opschrijving van naam + geboortedatum + PID-nummer

Datum consult: \_\_\_\_\_

Arts: \_\_\_\_\_

algemene kindergeneeskunde  
 subspecialisme, nl. \_\_\_\_\_

**GEZINSGEGEVENS:** (indien U het niet weet, niets invullen)

Gezinscompositie: Vader  ja  nee Rangnummer kind: \_\_\_\_\_  
 Moeder  ja  nee Aantal kinderen: \_\_\_\_\_

Nationaliteit: \_\_\_\_\_

Geboorteland: \_\_\_\_\_

Kind: \_\_\_\_\_  
 Vader: \_\_\_\_\_  
 Moeder: \_\_\_\_\_

**CONSULTGEGEVENS:**

Tijdstip:  sprakeuur  overdag  dienst  
 acute poli

Soort:  nieuwe patiënt/nieuw probleem  tweede consult (van betreffend probleem)  verdere herhalingsconsult  controle na opname

→ vragen 1 t/m 17  
 → vragen 18 t/m 25  
 → vragen 26 en volgende

**IN TE VULLEN BIJ EEN CONSULT BETREFFENDE EEN NIEUWE PATIËNT  
 EN BIJ EEN TWEEDE CONSULT**

1. Verwozen door huisarts?  ja  nee
2. In hoeverre denkt U dat de ouders de verwijzing hebben beïnvloed? niet     in sterke mate
3. Hooft iemand anders het initiatief tot verwijzing genomen?  ja  nee  
 Zo ja, wie:  andere specialist SKZ  andere specialist ouders  CB-arts/schoolarts  andere, nl. \_\_\_\_\_
4. Is er een verwijfbrief van de huisarts?  ja  nee
5. Is er telefonisch overleg met de huisarts geweest?  ja  nee
6. Is er een vraagstelling van de huisarts?  ja  nee
7. Is de motivatie van de verwijzing U duidelijk?  duidelijk    onduidelijk
8. Is de verwijzing volgens U  zinnig    niet zinnig
9. Denkt U dat andere dan medische factoren de verwijzing hebben beïnvloed?     volstrekt niet    in sterke mate

|                    |   |   |       |   |   |      |   |   |   |
|--------------------|---|---|-------|---|---|------|---|---|---|
| NUMMER             |   |   |       |   |   |      |   |   |   |
| 0                  | 1 | 2 | 3     | 4 | 5 | 6    | 7 | 8 | 9 |
| 0                  | 1 | 2 | 3     | 4 | 5 | 6    | 7 | 8 | 9 |
| GEBORTE DATUM      |   |   |       |   |   |      |   |   |   |
| dag                |   |   | maand |   |   | jaar |   |   |   |
| 0                  | 1 | 2 | 3     | 4 | 5 | 6    | 7 | 8 | 9 |
| 0                  | 1 | 2 | 3     | 4 | 5 | 6    | 7 | 8 | 9 |
| 0                  | 1 | 2 | 3     | 4 | 5 | 6    | 7 | 8 | 9 |
| HUISARTS           |   |   |       |   |   |      |   |   |   |
| 0                  | 1 | 2 | 3     | 4 | 5 | 6    | 7 | 8 | 9 |
| 0                  | 1 | 2 | 3     | 4 | 5 | 6    | 7 | 8 | 9 |
| KINDERARTS         |   |   |       |   |   |      |   |   |   |
| 0                  | 1 | 2 | 3     | 4 | 5 | 6    | 7 | 8 | 9 |
| 0                  | 1 | 2 | 3     | 4 | 5 | 6    | 7 | 8 | 9 |
| DATUM CONSULT      |   |   |       |   |   |      |   |   |   |
| dag                |   |   | maand |   |   | jaar |   |   |   |
| 0                  | 1 | 2 | 3     | 4 | 5 | 6    | 7 | 8 | 9 |
| 0                  | 1 | 2 | 3     | 4 | 5 | 6    | 7 | 8 | 9 |
| RANGNUMMER KIND    |   |   |       |   |   |      |   |   |   |
| 0                  | 1 | 2 | 3     | 4 | 5 | 6    | 7 | 8 | 9 |
| AANTAL KINDEREN    |   |   |       |   |   |      |   |   |   |
| 0                  | 1 | 2 | 3     | 4 | 5 | 6    | 7 | 8 | 9 |
| NATIONALITEIT      |   |   |       |   |   |      |   |   |   |
| 0                  | 1 | 2 | 3     | 4 | 5 | 6    | 7 | 8 | 9 |
| GEBORTELAND KIND   |   |   |       |   |   |      |   |   |   |
| 0                  | 1 | 2 | 3     | 4 | 5 | 6    | 7 | 8 | 9 |
| GEBORTELAND VADER  |   |   |       |   |   |      |   |   |   |
| 0                  | 1 | 2 | 3     | 4 | 5 | 6    | 7 | 8 | 9 |
| GEBORTELAND MOEDER |   |   |       |   |   |      |   |   |   |
| 0                  | 1 | 2 | 3     | 4 | 5 | 6    | 7 | 8 | 9 |
| INITIATIEF         |   |   |       |   |   |      |   |   |   |
| 0                  | 1 | 2 | 3     | 4 | 5 | 6    | 7 | 8 | 9 |

**INVULLEN MET HB POTLOOD ! - TOELICHTING Z.O.Z.**

## Registratieformulier No. 7 /

10 Welke reden of klacht gaven de ouders (c.q. de patient) aan voor het consult?

| NUMMERS                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        |
| KLAAGT                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A                        | B                        | C                        | D                        | E                        | F                        | G                        | H                        | I                        | J                        |
| K                        | L                        | M                        | N                        | O                        | P                        | Q                        | R                        | S                        | T                        |
| U                        | V                        | W                        | X                        | Y                        | Z                        |                          |                          |                          |                          |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        |
| DIAGNOSE                 |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A                        | B                        | C                        | D                        | E                        | F                        | G                        | H                        | I                        | J                        |
| K                        | L                        | M                        | N                        | O                        | P                        | Q                        | R                        | S                        | T                        |
| U                        | V                        | W                        | X                        | Y                        | Z                        |                          |                          |                          |                          |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        |
| BEOORDELING              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        |

11. Diagnose: \_\_\_\_\_  
 zeker      onzeker omtrent aandoening

12. Geef aan welke procedures tijdens en na het spreekuur plaats vonden.  
 (er mogen meerdere mogelijkheden aangegeven worden) \_\_\_\_\_

laboratorium  
 röntgen  
 diëtetiek  
 overige, nl. \_\_\_\_\_

13 Opname  ja  nee

14 Is voor het probleem van de patient nog medische begeleiding nodig?  nee  ja

→ U BENT NU KLAAR MET INVULLEN

15a. Hoe zal de verdere follow-up geregeld worden?

de patient kan voor verdere begeleiding terugverwezen worden naar de huisarts → U BENT NU KLAAR MET INVULLEN

beoordeling door een andere specialist is wenselijk → U BENT NU KLAAR MET INVULLEN

kindergeneeskundige follow-up noodzakelijk

15b. Reden voor verdere follow-up (er mogen meerdere mogelijkheden aangegeven worden):

evaluatie nog niet afgerond  regulmatige diagnostiek nodig

beoordeling ingestelde therapie wenselijk  specialistische expertise nodig

beoordeling beloop ziektebeeld wenselijk  de ouders wensen verdere specialistische begeleiding

16. Vermoedelijke duur van de verdere kindergeneeskundige follow-up

minder dan 3 maanden  
 3 tot 6 maanden  
 meer dan 6 maanden  
 vaker dan 1x per maand  
 1 à 3x per kwartaal  
 1 à 3x per jaar

**IN TE VULLEN BIJ HERHALINGSCONSULTEN (3e en volgende)**

18. Diagnose: \_\_\_\_\_  
 zeker      onzeker omtrent de aandoening

| DIAGNOSE                 |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A                        | B                        | C                        | D                        | E                        | F                        | G                        | H                        | I                        | J                        |
| K                        | L                        | M                        | N                        | O                        | P                        | Q                        | R                        | S                        | T                        |
| U                        | V                        | W                        | X                        | Y                        | Z                        |                          |                          |                          |                          |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        |

19. Hoe lang is deze patient bekend op de polikliniek?

korter dan 6 maanden  
 6 maanden tot 1 jaar  
 1 tot 3 jaar  
 meer dan 3 jaar

20. Reden voor follow-up (er mogen meerdere mogelijkheden aangegeven worden):

evaluatie nog niet afgerond  regulmatige diagnostiek nodig

beoordeling ingestelde therapie wenselijk  specialistische expertise nodig

beoordeling beloop ziektebeeld wenselijk  ouders wensen verdere specialistische behandeling

21. Vermoedelijke duur van de verdere follow-up \_\_\_\_\_

dit was het laatste bezoek → U BENT KLAAR MET INVULLEN

minder dan 3 maanden  
 3 tot 6 maanden  
 meer dan 6 maanden

22. Hoe verwacht u dat de frequentie van de verdere follow-up zal zijn?

vaker dan 1x per maand  
 1 à 3x per kwartaal  
 1 à 3x per jaar

23. Hoe is uw oordeel over de taakafbakening tussen huisarts en specialist bij deze patient? \_\_\_\_\_ duidelijk     onduidelijk

24. Hoe is uw oordeel over de informatie, die de huisarts vanuit het S.K.Z. heeft gekregen? \_\_\_\_\_ goed     slecht

25. Hoe is uw oordeel over de informatie, die u van de huisarts kreeg over relevante gebeurtenissen tijdens deze follow-up? \_\_\_\_\_ goed     slecht

**IN TE VULLEN BIJ CONTROLE NA OPNAME**

26. Was deze patient voor de opname bekend op de polikliniek?  ja  nee

→ vragen 19 t/m 25  
 → vragen 14 t/m 18, 23 en 24

**INVULLEN MET HB POTLOOD !**



## Bijlage 4.7. Handleiding voor huisartsen en praktijkassistenten

### Project "Huisarts-Kinderarts"

Deze handleiding hoort bij de registratieformulieren voor het onderzoek "Samenwerking Ziekenhuis - Eerstelijns met betrekking tot kindergeneeskunde", dat door het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut en de afdeling Kindergeneeskunde van de Erasmus Universiteit/Sophia Kinderziekenhuis wordt verricht.

In deze fase van het onderzoek willen wij meer inzicht krijgen in wat er gebeurt rond kinderconsulten, met vragen als: Wie komen waarmee bij de huisarts? Waarom wordt er verwezen en wat gebeurt er na de verwijzing?

Voor deze vragen worden gedurende vier maanden alle contacten geregistreerd van Krimpense kinderen met de huisarts en met de kinderartsen uit het Sophia Kinderziekenhuis.

Het gaat ons om de beschrijving van de normale gang van zaken. Het is niet de bedoeling dat u in verband met dit onderzoek anders gaat werken dan u gewoon bent.

Een uitgebreide projectbeschrijving heeft u ontvangen of zenden wij u graag alsnog.

Samengevat ziet de registratie er als volgt uit:

0 - 14 jarigen:

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| A. gewoon contact of contact tijdens CB, waarbij u uw 'huisartsenpet' opzet | Formulier no. 1                       |
| B. contact tijdens dienst of telefonisch                                    | Formulier no. 5                       |
| C. contact gevolgd door verwijzing naar specialist                          | Formulieren no. 1 en 2                |
| D. verlenging- of achteraf verwijzing                                       | Formulier no. 3                       |
| E. kind gezien door kinderarts S.K.Z.                                       | Formulier no. 4 (wordt u toegezonden) |

De assistente vult na ieder contact, dat zij zelfstandig met een patiënt heeft, een registratieformulier in. Het gaat hierbij om die activiteiten die zij in eerste instantie zonder tussenkomst van de huisarts verricht.

Gebruik een HB-potlood, maak de hokjes zwart. Soms moet u meer invullen; dit wordt later gecodeerd. Hiervoor maken de onderzoekers gebruik van de lila blokken aan de rechterzijde van de formulieren. Hierin hoeft u dus niets in te vullen.

*Vijfpuntsschalen:* de beide uitersten betreffen het volledig of volstrekt niet van toepassing zijn van het gevraagde. Het tweede en vierde hokje, wanneer er sprake is van een nadruk aan één van de zijden. Wanneer het gevraagde zich naar uw mening ongeveer halverwege beide extremen bevindt, maakt u het middelste hokje zwart.

NB: Als u over het gevraagde geen mening heeft, niets invullen.

Hierna volgt een toelichting per registratieformulier:

**Registratieformulier no. 1:** kinderconsulten in de onderzoekspraktijken.

Wij vragen u dit formulier in te vullen na elk contact met een 0-14 jarige. Verdere verwerking geschiedt met inachtneming van de privacy van patiënt en arts/assistente.

### *Naam patiënt:*

Indien u deze duidelijk invult, kan het invullen van de verdere patiëntgegevens eventueel door de assistente gedaan worden.

(Naam, geboortedatum en geslacht zijn van belang voor de door de onderzoekers samen te stellen patiëntcode).

Voor Nederlandse kinderen hoeft de nationaliteit en het geboorteland niet ingevuld te worden.

Achter 'huisarts' c.q. 'assistente' kunt u uw initialen dan wel uw code invullen. (zie lijst)

### *Sociaal-economische status gezin:*

Hierbij kunt u denken aan opleiding, beroep, leidinggeven.

### *Contactgegevens (1 t/m 3):*

Bij contacten op de reguliere spreekuren dient altijd als tijdstip 'dag' genoteerd te worden. Dit geldt ook voor visites, die overdag aangevraagd zijn, maar door drukte of uitlopen van het spreekuur in de vroege avonduren afgelegd worden. Bij twijfel kunt u de volgende indeling aan houden: dag 8-18 uur, avond 18-24 uur, nacht 0-8 uur.

Voor *telefonische contacten en contacten tijdens de dienst* heeft u de beschikking over de vereenvoudigde registratieformulieren (No.5).

NB: Alleen als er sprake is van een verwijzing naar de tweede lijn in aansluiting op een dergelijk contact verzoeken wij u toch gebruik te maken van het uitgebreide formulier (No.1).

De aard van het contact is van belang voor de episode-koppeling door de onderzoekers. Een episode is een periode van ziek-zijn, beginnend met de eerste klacht, die gepresenteerd wordt aan de huisarts, en eindigend met het voor de eerste keer klachtenvrij zijn.

### *Toelichting:*

- eerste consult: De patiënt komt voor het eerst met deze klacht.
- herhalingsconsult: De patiënt is eerder met het zelfde probleem langsgeweest en is in de tussentijdse periode niet klachtenvrij geweest.
- recidief: Na een klachtenvrije periode komt de patiënt met dezelfde klacht, i.e. een nieuwe episode.
- periodieke controle: Vb. controle van bloedsuiker om de zoveel maanden en CB-contacten.

### *Klachten en diagnose/werkhypothese (4 t/m 6):*

- *Reden voor contact*, noteren zoals de patiënt het formuleert.  
Bij een 'boodschappenlijst' aan vragen, alleen die klacht noteren waarop u actie onderneemt (evt. extra formulier). U bepaalt in hoeverre u de klacht somatisch, dan wel psychosociaal vindt.
- *Diagnose/werkhypothese*, dient altijd ingevuld te worden i.v.m. de morbiditeitsregistratie, ook indien u tot een symptoomdiagnose komt.
- *Bijkomend probleem*, heeft rechtstreeks met de klacht of de werkhypothese maken. (vb. astmatische bronchitis bij luchtweginfectie).

### *Diagnostiek (7 en 8):*

In deze rubriek vermeldt u uw diagnostische activiteiten (meerdere antwoorden toegestaan).

Het invullen van de rubriek 'algemeen lichamelijk onderzoek' houdt in, dat u alle vermelde rubrieken (behalve 'psychomotorie ontwikkeling') bij uw onderzoek betrokken hebt.

### *Behandeling (9 en 10):*

De behandeling kan meerdere activiteiten inhouden.

VB 1. Geruststellen van een moeder bij verkoudheid, waarbij u besluit af te wachten = geruststellen + expectatief.

VB 2. Bij het uitschrijven van een herhaalrecept kan de voorlichting meestal achterwege blijven i.t.t. nieuwe medicatie.

De rubriek 'ingreep huisarts' betreft alleen die ingrepen, die u op dat moment zelf verricht. Vervolgafspraken: Alleen dat vermelden, wat u de patiënt/ouders verteld heeft.

*Overleg (11 t/m 13):*

Indien het niet mogelijk was, maar u overleg wel zinvol acht wordt u verzocht de rubriek JA en vraag 12 ook in te vullen. Het uiteindelijk onderzoek richt zich o.a. op mogelijke knelpunten, zoals het niet bereikbaar zijn van degene met wie u zou willen overleggen.

*Verwijzing:*

We zijn geïnteresseerd in de omvang van de verwijzingen binnen de eerste lijn. Alleen bij verwijzing naar de tweede lijn verzoeken we u tevens registratieformulier No.2 in te vullen.

**Registratieformulier no.2:** verwijzing naar de tweede lijn in aansluiting op consult.

Wij vragen u dit formulier in te vullen bij elke nieuwe verwijzing. De meeste vragen spreken voor zich.

Het vermelden van het nummer van het registratieformulier no. 1, waarop u voorafgaande aan de verwijzing de gegevens heeft ingevuld, is noodzakelijk. Het is de enige controlemogelijkheid voor de later door de onderzoekers uit te voeren koppeling van de gegevens.

Een episode is een periode van ziek-zijn, beginnend met de eerste klacht, die gepresenteerd wordt aan de huisarts, en eindigend met het voor de eerste keer klachtenvrij zijn.

**Registratieformulier no.3:** verlenging- en achteraf verwijzing.

Na elk verzoek om verlenging van de verwijzing en indien de patiënt (ouders) vraagt (vragen) om een verwijskaart c.q. een briefje voor de verzekering nadat op eigen initiatief een specialist geconsulteerd is, wordt u gevraagd dit formulier in te vullen.

Aangezien dit formulier geen geheugentest is, kunt u gebruik maken van de op de groene kaart vermelde gegevens.

**Registratieformulier no.4:** voor de huisarts betreffende patiënten die door de kinderarts zijn gezien.

Dit formulier wordt u toegezonden nadat een patiënt van u de polikliniek algemene kindergeneeskunde (of een van de kindergeneeskundige subspecialismen) van het Sophia Kinderziekenhuis heeft bezocht. Het betreft kinderen, die niet recent verwezen zijn en waarbij de vraagstelling van de huisarts zeer waarschijnlijk gericht was op een chronische of levensbedreigende aandoening.

**Registratieformulier no.5:** telefonische consulten en contacten tijdens dienst.

Dit formulier dient gedurende de onderzoeksperiode als vervanging voor het door u gebruikte waarneemformulier, voor zover het de 0-14 jarigen betreft. Nadat deze formulieren op de voor u gebruikelijke manier administratief verwerkt zijn, zullen ze door ons opgehaald worden. Indien u in de dienst een kind naar een specialist verwijst, verzoeken wij u gebruik te maken van de registratieformulieren No.1 en No.2.

De formulieren worden minstens één maal per week opgehaald door Elly Kraaijeveld. Dan kunt u ook problemen bespreken.

Voor vragen, die niet tot dat tijdstip kunnen wachten kunt u contact opnemen met:

Elly Kraaijeveld tel. 010-4087616(EUR)/14181

Lisette W.A. van Suijlekom - Smit tel. 010-4656566 tst 1168(SKZ)

Hans van der Wouden tel. 010-4087611/7622 (EUR)

## Bijlage 4.8.

### TOELICHTING FORMULIER KINDERGENEESKUNDIGE CONSULTEN

Dit is een vragenlijst voor het onderzoek "Samenwerking Ziekenhuis-Eerstelijns met betrekking tot de kindergeneeskunde", dat door het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut en het Sophia Kinderziekenhuis/Afdeling Kindergeneeskunde EUR wordt verricht.

In de eerste fase van dit onderzoek (1988) verzamelen wij gegevens in de huisartspraktijken en op de polikliniek van het Sophia Kinderziekenhuis.

Een uitgebreide projectbeschrijving heeft u ontvangen of zenden wij u graag alsnog.

Wij vragen u dit formulier in te vullen, wanneer een patient van een aan dit onderzoek meewerkende huisarts uw spreekuur bezoekt.

Verdere verwerking geschiedt met inachtneming van de privacy van patient en arts.

Bebruik een HB-potlood, maak de hokjes zwart. Soms moet u meer invullen; dit wordt later gecodeerd.

De meeste vragen spreken voor zich.

**Vijfpuntsschalen:** de beide uitersten betreffen het volledig of volstrekt niet van toepassing zijn van het gevraagde. Het tweede en vierde hokje, wanneer er sprake is van een nadruk aan een van de zijden. Wanneer het gevraagde zich naar uw mening ongeveer halverwege beide extremen bevindt, maakt u het middelste hokje zwart.

*NB: Als u over het gevraagde geen mening heeft, niets invullen.*

Hierna volgt nog een enkele toelichting per vraag.

Vraag 10.

Reden of klacht noteren zoals de ouders het formuleren.

Vraag 11 en 18.

Om inzicht te krijgen in de morbiditeit bij de huisarts en specialist vragen wij een diagnose en de mate waarin u hierover zeker bent.

Vraag 23.

Wij willen graag weten of bij de behandeling van deze patient aan de betrokkenen duidelijk is welke problemen des huisarts en welke des specialist zijn.

#### Dank voor uw medewerking.

*Dit formulier graag inleveren op het secretariaat polikliniek algemene kindergeneeskunde of via de interne post zenden aan L.W.A. van Suijlekom-Smit.*

Als **tegenprestatie onzerzijds** zult u met elk ingezonden formulier meedingen bij de verloting van een kindergeneeskundig standaardwerk.

|                           |                                |
|---------------------------|--------------------------------|
| L.W.A. van Suijlekom-Smit | tel. 1168/2541 (SKZ)           |
| E. Kraaijeveld            | tel. 4087616 (EUR)/01807-14181 |
| J.C. van der Wouden       | tel. 4087611/7622 (EUR)        |

## **Bijlage 4.9.**

### **REGLEMENT TER BESCHERMING VAN DE PERSOONLIJKE LEVENSSFEER VAN DE BIJ HET ONDERZOEK "SAMENWERKING ZIEKENHUIS - EERSTE LIJN MET BETREKKING TOT KINDERGENEESKUNDE" BETROKKEN PERSONEN.**

Doel: Het scheppen van waarborgen voor het recht op privacy binnen het kader van het verrichten van wetenschappelijk onderzoek. Zodra de gegevens in het verwerkingssysteem worden ingevoerd, bevatten zij geen op individuele personen herleidbare gegevens meer.

#### **I. Algemene bepalingen**

##### *Artikel 1. Definities*

In dit reglement wordt verstaan onder:

de huisartsen: alle aan het onderzoek meewerkende huisartsen

de kinderartsen: alle aan het onderzoek meewerkende kinderartsen

het onderzoek: zie protocol

de onderzoekers: de in het protocol genoemden

de projectleider(s): de hoofden van de vakgroepen Huisartsgeneeskunde en Kindergeneeskunde van de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

de projectgroep: de projectleiders en de onderzoekers.

patiënten: alle 0-14 jarigen, die de gedurende de registratieperiode contact opnemen met een aan het onderzoek meewerkende huisarts en/of kinderarts.

verwerkingssysteem: het geheel van apparatuur en programmatuur dat geschikt is voor de verwerking en analyse van de gegevensverzameling.

##### *Artikel 2*

De projectgroep is verantwoordelijk voor de naleving van dit reglement met het oog op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de bij het onderzoek betrokken personen.

##### *Artikel 3. Gegevensverzameling*

De projectgroep verzamelt ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek gegevens, die worden verstrekt door de bij het onderzoek betrokken huisartsen, kinderartsen en praktijkassistenten van de huisartsen.

#### **II. Beheer**

##### *Artikel 4. De beheerder*

De beheerder van de gegevensverzameling is het hoofd van de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Erasmus Universiteit te Rotterdam, Prof.Dr. H.J. Dokter.

##### *Artikel 5*

De gegevensverzameling is gedurende de periode dat de gegevens worden verzameld en geanonimiseerd in het verwerkingssysteem worden opgeslagen, alleen toegankelijk voor de projectgroep en administratieve medewerkers indien deze door de projectleiders daartoe bevoegd zijn verklaard. Hierbij zijn de regels van het (medisch) beroepsgeheim van toepassing.

### III. Gegevensverzameling

#### *Artikel 6*

Gegevens van patiënten worden op de volgende wijze verkregen:

1. uit de door de huisartsen, praktijkassistenten en eventuele waarnemers ingevulde formulieren betreffende contacten, verwijzingen en polikliniekbezoek;
2. uit de patiëntenbestanden van de huisartsen;
3. uit de door de kinderartsen ingevulde formulieren betreffende polikliniekbezoek en patiëntenstatussen;
4. eventueel uit het bevolkingsregister van de gemeente.
5. uit gegevens van het Regionaal Ziekenfonds Gouda-Woerden en het Landelijk Informatiesysteem der Ziekenfondsen.

#### *Artikel 7*

Bij het verzamelen en verwerken van de gegevens ten behoeve van het onderzoek en bij eventueel vervolgonderzoek wordt de volgende procedure gevolgd ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënten:

- elk registratieformulier heeft een uniek nummer;
- nadat de gegevens gecontroleerd en eventueel aangevuld zijn, worden de patiëntgegevens en de artsgegevens gecodeerd;
- deze anonieme gegevens worden opgeslagen in het verwerkingssysteem;
- alle informatie, die nodig is om de codenummers te reconstrueren, zal gedurende het onderzoek alleen toegankelijk zijn voor de onderzoekers en bij het afsluiten van het onderzoek worden vernietigd.

### IV. De gegevens

#### *Artikel 8*

Publicatie van de tijdens dit onderzoek verkregen gegevens zal steeds zodanig geschieden, dat de in of bij de publicatie vermelde gegevens niet herleidbaar zijn tot individuele personen dan wel tot individuele huisartspraktijken en/of specialistenpraktijken, tenzij hiervoor de toestemming is gevraagd en verkregen van de betrokkenen.

#### *Artikel 9*

Dit reglement is per 1 januari 1988 in werking getreden en blijft van kracht tot de gegevensverzameling wordt vernietigd.

## Bijlage 4.10. ICPC en toevoegingen

### versie gebruikt tijdens Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

#### A Algemeen

A01 Pijn  
A02 Koude (rillingen)  
A03 Koorts/verhoging  
A04 Algemene malaise  
A05 Algemene achteruitgang  
A06 Flauwvallen, bewustzijnsverlies  
A07 Coma  
A08 Zwelling NEC  
A09 Zweeten NEC  
A10 Bloeding, lokalisatie NNO  
A11.1 Kolieken zuigeling  
A11.2 Excessief huilen zuigeling  
A11.9 Algemene symptomen zuigeling  
A12 Allergie/allergische reactie NNO/NEC  
A13 Bezorgd over bijwerking geneesmiddel  
A14 Seniliteit/veroudering  
A15 Verzoek om euthanasie  
A23 Bezorgd over gezondheid kind  
A24 Angst voor medisch handelen/ingreep  
A25 Angst voor de dood  
A26 Angst voor kanker NNO/NEC  
A27 Angst voor andere ziekte(n) NNO/NEC  
A28 Beperking/handicap NNO  
A29 Algemene symptomen/klachten NEC  
A70 Tuberculose  
A71 Mazelen  
A72 Waterpokken  
A73 Malaria  
A74 Rode hond  
A75 Mononucleosis infectiosa  
A76 Virusinfectie met exantheem NEC  
A77 Virusinfecties NNO/NEC  
A78 Infectieziekten NNO/NEC  
A79 Carcinomatosis/Kanker NEC  
A80 Ongeval/trauma NNO  
A81 Multiple traumata/inwendige kneuzingen  
A82 Late gevolgen traumata  
A83 Foutief gebruik geneesmiddelen  
A84.1 Intoxicatie benzodiazepinen  
A84.9 Intoxicatie overige geneesmiddelen  
A85.1 Bijwerking geneesmiddel: allergie  
A85.2 Bijwerking orale anticonceptie  
A85.9 Bijwerking geneesmiddel: overige  
A86 Toxische effecten overige stoffen  
A87.1 Haematoma  
A87.2 Wondinfecties  
A87.9 Overige complicaties medisch handelen

A88.1 Reisziekte  
A88.9 Schadelijke effecten fysische factoren  
A89 Schadelijk effect prothese NEC  
A90 Multiple congenitale afwijkingen  
A91 Afwijkende uitslag onderzoek NEC  
A92 Toxoplasmose  
A93 Pre-/immature levend geboren baby  
A94.1 Icterus neonatorum  
A94.2 Respiratory Distress Syndrome  
A94.3 Dyspepsia/diarrhoea neonatorum  
A94.4 Conjunctivitis neonatorum  
A94.9 Aandoeningen perinatale periode NEC  
A95 Perinatale sterfte  
A96 Sterfte (excl. perinatale A95)  
A97 Geen ziekte  
A98 Sportletsel  
A99 Algemene ziekten NEC

#### B Bloed, bloedvormende organen, lymfestelsel, milt

B02 Vergrote lymfeklier(en)  
B03 Symptomen lymfeklieren NEC  
B04 Symptomen bloed/-vormende organen  
B25 Angst voor AIDS  
B26 Angst voor kanker bloedorganen  
B27 Angst voor overige ziekten bloedorganen  
B28 Beperking bloedorganen  
B29 Klachten bloedorganen NNO/NEC  
B70 Acute lymphadenitis/lymphangitis  
B71 Chronische/aspecifieke lymphadenitis  
B72.1 Ziekte van Hodgkin/overige maligne lymfomen  
B72.2 Leukemie  
B73 Maligne neoplasma bloedorganen  
B74 Benigne neoplasma bloedorganen  
B76 Miltruptuur  
B77 Letsels bloedorganen NEC  
B78 Hereditaire haemolytische anemie  
B79 Congenitale afwijkingen bloedorganen  
B80 IJzergebreksanemie  
B81.1 Pernicieuze anemie  
B81.2 Foliumzuurgebreksanemie  
B81.9 Gebreksanemie NEC  
B82 Anemieën NNO/NEC  
B83.1 Haemofilie  
B83.9 Purpura, abnormale bloedplaatjes NNO  
B84 Abnormale witte bloedlichaampjes  
B85 Afwijkende uitslag hematologisch onderzoek  
B86 Afwijkingen hematologisch onderzoek NEC

B87 Splenomegalie  
B90 HIV-infectie (AIDS en ARC)  
B99 Aandoeningen bloedorganen NNO/NEC

## D Maag-darmkanaal

D01 Buikpijn/buikkrampen, gegeneraliseerd  
D02 Maagpijn/maaglijden  
D03 Zuurbranden/pyrosis:maag/slokdarm  
D04 Anorectale pijn  
D05 Peri-anale jeuk  
D06 Overige gelokaliseerde buikpijn  
D07 Verteringsstoornissen  
D08 Flatulentie, pijn door gasvorming  
D09 Misselijkheid  
D10 Braken  
D11 Diarree  
D12 Obstipatie  
D13 Geelzucht  
D14 Bloedbraken, haematemesis  
D15 Zwarte ontlasting, melana  
D16 Rectaal bloedverlies  
D17 Incontinent voor faeces  
D18 Verandering defaecatiepatroon  
D19 Klachten gebit/tandvlees  
D20 Klachten mond/tong/lippen  
D21 Slikstoornissen  
D24 Gelokaliseerde zwelling buik NNO  
D25.1 Ascites  
D25.9 Verandering in buikomvang NEC  
D26 Angst voor kanker maag-darmkanaal  
D27 Angst overige ziekten maag-darmkanaal  
D28 Beperking/handicap maag-darmkanaal  
D29 Klachten maag-darmkanaal NEC  
D70 Infectieuze diarree/dysenterie  
D71 Bof  
D72.1 Hepatitis A (hepatitis infectiosa)  
D72.2 Hepatitis B (serumhepatitis)  
D72.3 Hepatitis non A non B  
D73 Oxyuren, ascaris, parasieten/wormen  
D74 Overige vermoede infectiesmaag/darmkanaal  
D75.1 Maligne neoplasma maag  
D75.2 Maligne neoplasma colon  
D75.3 Maligne neoplasma rectum/anus  
D75.9 Maligne neoplasma maagdarmkanaal  
D76.1 Maligne neoplasma pancreas  
D76.9 Maligne neoplasma: overige  
D77 Benigne neoplasma maag/darmkanaal  
D78 Niet gespecificeerd neoplasma maag/darm  
D79 Corpus alienum maag/darmkanaal  
D80 Letsels maag/darmkanaal NEC  
D81 Congenitale afwijkingen maag/darmkanaal  
D82 Ziekte van gebit/tandvlees  
D83 Ziekte van mond/tong/lippen  
D84 Ziekte van slokdarm NEC  
D85 Ulcus duodeni  
D86.1 Ulcus ventriculi

D86.9 Peptische ulcera NEC  
D87 Afwijkingen maagfunctie/gastritis  
D88 Appendicitis (+ complicaties)  
D89 Hernia inguinalis  
D90 Hernia hiatus oesophagei  
D91 Hernia abdominales: overige  
D92 Diverticulosis/diverticulitis  
D93 Irritable bowel syndrome  
D94 Chronische enteritis/colitis ulcerosa  
D95.1 Fissura ani  
D95.2 Fistula ani  
D95.3 Perianaal abces  
D96 Hepatomegalie  
D97.1 Levercirrhosis  
D97.9 Overige chr hepatitisen/leverziekten  
D98.1 Cholecystitis  
D98.2 Cholelithiasis  
D98.9 Ziekten galblaas/galwegen NEC  
D99.1 Pancreasaandoeningen NEC  
D99.2 Adhesies  
D99.3 Acute buik NEC/(sub)ileus  
D99.9 Ziekten maag/darmkanaal NEC

## F Oog

F01 Pijn oog  
F02 Roodheid oog  
F03 Afscheiding oog  
F04 Vlekken voor oog  
F05 Klachten visus NEC  
F13 Abnormale sensaties oog  
F14 Abnormale oogbewegingen  
F15 Abnormaal uiterlijk oog  
F16 Verschijnselen oogleden  
F17 Klachten bril  
F18 Klachten contactlenzen  
F27 Angst voor oogziekte/blindheid  
F28 Beperking/handicap oog  
F29 Klachten oog NEC  
F70.1 Infectieuze conjunctivitis: viraal NNO  
F70.2 Infectieuze conjunctivitis: bacterieel  
F70.9 Infectieuze conjunctivitis: overige  
F71 Overige conjunctivitis: allergisch/NEC  
F72 Hordeolum/chalazion/blepharitis  
F73.1 Iridocyclitis  
F73.2 Keratitis herpetica  
F73.3 Ulcus corneae  
F73.9 Ooginfecties NEC  
F74 Neoplasma oog/oogholt  
F75 Contusie/blauw oog/cornea/erosie  
F76 Corpus alienum oog  
F79 Letsel oog NEC  
F80 Dacryo-stenosis congenita  
F81 Congenitale afwijkingen oog NEC  
F91 Refractie afwijkingen  
F92 Cataract  
F93 Glaucoom



F94 Blindheid  
F99.1 Strabismus  
F99.2 Retinopathie  
F99.3 Ectropion/entropion  
F99.9 Ziekten oog NEC

## H Oor

H01 Oorpijn  
H02 Gehoorklachten  
H03 Resoneren/brommen/oorsuizen  
H04 Afscheiding uit oor  
H05 Bloed in/uit oor  
H13 Verstopt gevoel oor  
H15 Bezorgd over uiterlijk oor  
H27 Angst voor oorziekte  
H28 Beperking/handicap oor  
H29 Klachten oor NEC  
H70 Otitis externa  
H71 Otitis media acuta/myringitis  
H72 Niet-etterige otitis media  
H73 Ontsteking tuba eustachii  
H74.1 Cholesteatoma  
H74.2 Chronische etterige otitis media  
H74.3 Mastoiditis  
H74.9 Infecties oor NEC  
H75 Neoplasma oor  
H76 Corpus alienum oor  
H77 Trommelvliesperforatie  
H78 Oppervlakkig letsel oor  
H79 Letsel oor NEC  
H80 Congenitale afwijkingen oor  
H81 Cerumen  
H82.1 Menière, ziekte van  
H82.9 Otogene vertigo syndromen NEC  
H83 Otosclerosis  
H84.1 Presbycusis  
H84.2 Acoustisch trauma/lawaaidoorheid  
H84.9 Doofheid NEC  
H99 Ziekten oor/mastoid NEC

## K Hart-vaatstelsel

K01 Pijn (hart)  
K02 Beklemd en zwaar gevoel (hart)  
K03 Pijn (bloedvaten)  
K04 Hartkloppingen  
K05 Irregulaire hartslag/pols  
K06 Gezwollen aderen  
K07 Oedeem extremiteiten  
K24 Angst voor hartinfarct  
K25 Angst voor hoge bloeddruk  
K27 Angst ziekten hart-vaatstelsel  
K28 Beperking hart-vaatstelsel  
K29 Klachten hart-vaatstelsel NEC  
K70 Infecties hart-vaatstelsel

K71 Neoplasma hart-vaatstelsel  
K72 Letsel hart-vaatstelsel  
K73 Congenitale afwijkingen hart-vaatstelsel  
K74 Acut reuma/reumatische hartziekten  
K75.1 Acut myocardinfarct  
K75.2 Dreigend infarct  
K76.1 Angina pectoris  
K76.2 Oud infarct, doorgemaakt infarct  
K76.3 Coronairsclerosis  
K76.9 Chronisch ischemische hartziekten  
K77 Decompensatio cordis  
K78 Atriumfibrilleren  
K79 Paroxysmale tachycardie  
K80 Extrasystoles en ectopische slagen  
K81 Hartgeruis NNO  
K82 Cor pulmonale  
K83 Klepafwijkingen(niet-reumatische) NNO  
K84.1 Atrio-ventriculair-/bundeltakblock  
K84.2 Cardiomyopathie  
K84.3 Ritmestoornissen NEC  
K84.9 Hartziekten NEC  
K85 Verhoogde bloeddruk  
K86 Ongecompliceerde hypertensie  
K87 Hypertensie met orgaanafwijkingen  
K88 (Houdings-) hypotensie  
K89 Voorbijgaande cerebrale ischemie  
K90.1 Cerebrovasculair accident  
K90.2 Subarachnoidale bloeding  
K90.9 Cerebrovasculaire ziekten NEC  
K91 Atherosclerosis  
K92.1 Claudicatio intermittens  
K92.9 Arteriële obstructies NEC  
K93 Longembolie/longinfarct  
K94.1 Thrombophlebitis  
K94.2 Thrombosis venosum  
K95.1 Varices  
K95.2 Ulcus cruris  
K96 Haemorrhoiden (+ complicaties)  
K99.1 (Postmastectomie) lymfoedeem  
K99.9 Ziekten vaatstelsel NEC

## L Bewegingsapparaat

L01 Klachten nek  
L02 Klachten rug  
L03 Lage rugpijn zonder uitstraling  
L04 Klachten thorax/ribben  
L05 Klachten flanken  
L06 Klachten oksel  
L07 Klachten kaak  
L08 Klachten schouder  
L09 Klachten arm  
L10 Klachten elleboog  
L11 Klachten pols  
L12 Klachten hand en vingers  
L13 Klachten heup  
L14 Klachten been/dijbeen

L15 Klachten knie  
 L16 Klachten enkel  
 L17 Klachten voet en tenen  
 L18 Myalgie/fibrositis/spierkrampen  
 L19 Klachten meerdere spieren NEC  
 L20 Klachten meerdere gewrichten  
 L21 Symptomen/klachten hoofd  
 L22 Symptomen/klachten aangezicht  
 L25 Klachten extremiteiten NNO  
 L26 Angst voor kanker bewegingsapparaat  
 L27 Angst ziekten bewegingsapparaat  
 L28 Beperking bewegingsapparaat  
 L29 Klachten bewegingsapparaat NEC  
 L70.1 Bornholm, ziekte van  
 L70.2 Osteomyelitis/osteïtis pyogenes  
 L70.9 Infecties bewegingsapparaat NEC  
 L71.1 Benigne neoplasma bewegingsapparaat  
 L71.2 Maligne neoplasma bewegingsapparaat  
 L71.9 Niet gespecif. neoplasma bewegingsapparaat  
 L72 Fractuur radius/ulna  
 L73 Fractuur tibia/fibula  
 L74 Fractuur os (meta)carpale/tarsale  
 L75.1 Fractuur collum femoris  
 L75.9 Fractuur overige femur  
 L76.1 Fractuur schedel  
 L76.2 Fractuur aangezichtsbeenderen  
 L76.3 Fractuur wervelkolom  
 L76.4 Fractuur rib  
 L76.5 Fractuur clavicula  
 L76.6 Fractuur humerus  
 L76.7 Fractuur bekken  
 L76.9 Fractuur NEC  
 L77 Distorsie enkel  
 L78 Distorsie knie  
 L79.1 Distorsie schouder, arm, elleboog  
 L79.2 Distorsie pols, hand, vingers  
 L79.3 Distorsie voet, tenen  
 L79.4 Distorsie wervelkolom  
 L79.5 Distorsie cervicale wervelkolom  
 L79.6 Zweepslag kuit  
 L79.9 Distorsie letsel bewegingsapparaat NEC  
 L80.1 (Sub)luxatie/dislocatie schouder  
 L80.2 (Sub)luxatie/dislocatie kaak  
 L80.9 (Sub)luxatie, dislocatie NEC  
 L82.1 Congenitale heupluxatie  
 L82.9 Congenitale afwijkingen bewegingsapparaat  
 L83 Afwijkingen cervicale wervelkolom  
 L84.1 Arthrose cervicale wervelkolom  
 L84.2 Arthrose thoracale/lumbale wervelkolom  
 L85 Verworven misvorming wervelkolom  
 L86.1 Rugpijn met uitstraling  
 L86.2 Lumbago  
 L86.3 Ischialgia  
 L86.4 Hernia Nuclei Pulposi/discus afwijkingen  
 L87 Ganglion  
 L88.1 Reumatoïde artritis  
 L88.2 Spondylitis ankylopoetica  
 L89.1 Coxarthrosis

L89.2 Gonarthrosis  
 L89.9 Arthrosis NEC  
 L91 Aandoeningen gewrichten/weke delen  
 L92 Schouderafwijkingen, inclusief bursitis  
 L93.1 Bursitis/bursa-afwijkingen NEC  
 L93.2 Epicondylitis lateralis  
 L93.9 Tendinitis/synovitis  
 L94 Osteochondrosis  
 L95 Osteoporosis  
 L96 Meniscus/kruisbandenbeschadiging  
 L97.1 Retropatellaire chondropathie  
 L97.9 Chronisch dérangement inwendige knie  
 L98.1 Pedes plani  
 L98.2 Hallux valgus  
 L98.3 Genua valga/vara  
 L98.9 Verworven misvormingen extremiteiten  
 L99 Ziekten bewegingsapparaat NEC

## N Zenuwstelsel

N01 Hoofdpijn  
 N02 Aangezichtspijn  
 N03 Tintelingen vingers/voeten/tenen  
 N04 "Restless legs syndrome"  
 N05 Sensibiliteitsstoornissen NEC  
 N07 Convulsies  
 N16 Klachten tast, reuk, smaak  
 N17 Vertigo  
 N18 Verlamming  
 N19 Klachten spraak  
 N26 Angst voor kanker zenuwstelsel  
 N27 Angst voor overige ziekten zenuwstelsel  
 N28 Beperking/handicap zenuwstelsel  
 N29 Klachten zenuwstelsel NEC  
 N70 Poliomyelitis/enterovirusinfecties NEC  
 N71 Meningitis/encephalitis  
 N72 Tetanus  
 N73 Infectieziekten zenuwstelsel NEC  
 N74.1 Maligne neoplasma hersenen  
 N74.9 Maligne neoplasma zenuwstelsel NEC  
 N75 Benigne neoplasma zenuwstelsel  
 N76 Niet gespecificeerd neoplasma zenuwstelsel  
 N79.1 Commotio cerebri  
 N79.2 Contusio cerebri  
 N80 Hoofdletsels zonder schedelbreuk  
 N81 Letsel zenuwstelsel NEC  
 N85 Congenitale afwijkingen zenuwstelsel  
 N86 Multiple sclerosis  
 N87 Parkinsonisme  
 N88 Epilepsie, alle vormen  
 N89 Migraine  
 N99.1 Facialis parese  
 N99.2 Trigeminus neuralgie  
 N99.3 Carpaal tunnel syndroom  
 N99.4 Cluster headache (Horton neuralgie)  
 N99.5 Preseniele dementie Alzheimer  
 N99.8 Aandoeningen perifere zenuwstelsel NEC  
 N99.9 Aandoeningen centrale zenuwstelsel NEC

## P Psyche

P01 Angstige, nerveuze gevoelens  
P02 Acute stress  
P03 Depressieve gevoelens  
P04 Geïrriteerd, boos gevoel/gedrag  
P05 Gevoel van onrust/geagiteerd zijn  
P06 Suïcide  
P07 Slaapstoornissen  
P08 Seksuele problemen  
P09 Overbezorgd zijn omtrent gezondheid  
P10 Spanningshoofdpijn  
P11 Hyperventilatie syndroom  
P12 Enuresis  
P13.1 Anorexia nervosa/boulimie  
P13.9 Eetproblemen NEC  
P15 Chronisch alcoholmisbruik  
P16 Acuut alcoholmisbruik  
P17 Rookverslaving  
P18.1 Drugsverslaving  
P18.9 Geneesmiddel verslaving NEC  
P19 Misbruik andere stoffen NEC  
P20 Geheugen-/oriëntatiestoornissen  
P22.1 Encopresis  
P22.2 Overactief kind  
P22.3 Minimal Brain Dysfunction  
P22.9 Gedragsstoornissen kind NEC  
P23 Gedragsstoornissen volwassene  
P24 Levensfase problematiek: volwassene  
P25 Achterstand psychomotorische ontwikkeling  
P26 Gedragsstoornissen adolescent  
P27 Angst voor psychische aandoening  
P28 Beperking/handicap psyche  
P29 Psychische problemen/klachten NEC  
P70.1 Dementia senilis  
P70.2 Puerperaal psychose  
P70.9 Organische psychose  
P71 Schizofrenie, alle vormen  
P72.1 Endogene, unipolaire depressie  
P72.2 Manisch depressieve psychose  
P72.9 Affectieve psychosen NEC  
P73 Niet gespecificeerde psychosen NEC  
P74 Angst/angst-toestand  
P75.1 Hysterie  
P75.2 Hypochondrie  
P76 Exogene/neurotische depressie  
P77 Mentale retardatie  
P78 Surmenage/neurasthenie  
P80 Karakterstoornissen  
P99.1 Fobieën  
P99.8 Neurotische aandoening NEC  
P99.9 Psychische problemen NEC

## R Ademhalingsorganen

R01 Pijn bij ademhaling  
R02 Kortademigheid

R03 Piepend ademen  
R04 Ademhalingsproblemen  
R05 Hoesten  
R06 Neusbloeding  
R07 Niezen/verstopte neus/loopneus  
R08 Klachten neus NEC  
R09 Klachten sinus  
R21 Klachten keel  
R22 Klachten tonsillen  
R23 Klachten stem (banden)  
R24 Ophoesten van bloed  
R25 Abnormaal sputum/slijm NEC  
R26 Angst voor kanker ademhalingsorganen  
R27 Angst ziekten ademhalingsorganen  
R28 Beperking/handicap ademhaling  
R29.1 Cyanosis  
R29.2 Hik  
R29.9 Klachten ademhalingsorganen NEC  
R70 Longtuberculose  
R71 Kinkhoest  
R72.1 Scarlatina  
R72.9 Streptococcon infectie keel NEC  
R73 Furunkel/abces neus  
R74 Infectie bovenste luchtwegen  
R75 Sinusitis  
R76 Acute tonsillitis, acute adenoïditis  
R77 Acute laryngitis/tracheïtis/croup  
R78 Acute bronchitis/bronchiolitis  
R80 Influenza  
R81 Pneumonie  
R82 Pleuritis  
R83 Infecties ademhalingsorganen NEC  
R84.1 Maligne neoplasma trachea/bronchus  
R84.9 Maligne neoplasma ademhalingsorganen  
R85 Benigne neoplasma ademhalingsorganen  
R86 Ongespecif. neoplasma ademhalingsorganen  
R87 Corpus alienum neus,larynx,bronchus  
R88 Letsel ademhalingsorganen  
R89 Congenitale afwijkingen ademhalingsorganen  
R90 Hypertrofie/chronische infectie tonsillen  
R91.1 Chronische bronchitis/bronchiëctasieën  
R91.2 CARA NEC  
R93 Pleura-aandoening NEC  
R95 Emfyseem/chronische longaandoening  
R96 Astma/astmatische bronchitis  
R97 Hooikoorts, allergische rhinitis  
R99.1 Neuseptumdeviatie  
R99.2 Neuspoliepen  
R99.3 Stembandknobbels  
R99.9 Aandoeningen ademhalingsorganen NEC

## S Huid/onderhuids weefsel

S01 Pijnlijke, gevoelige huid  
S02 Jeuk, huidirritatie  
S03.1 Wratten  
S03.2 Condyloma acuminatum

S04 Lokale zwelling/papel/knobbel  
 S05 Multiple zwellingen/papels/knobbels  
 S06 Lokale roodheid/erytheem  
 S07 Gegeneraliseerde roodheid/erytheem  
 S08 Veranderingen huidskleur NEC  
 S09 Geïnfecteerde vinger, teen, nagelriem  
 S10 Furunkel/carbunkel/cellulitis  
 S11 Lokale huidinfecties NEC  
 S12 Insektenbeet  
 S13 Dierenbeet, mensenbeet  
 S14 Verbrandingen/brandwonden  
 S15 Corpus alienum in huid  
 S16 Blauwe plekken, kneuzing  
 S17 Schaafwond, schram, blaar  
 S18 Scheurwond, snijwond  
 S19 Letsel huid/onderhuids weefsel NEC  
 S20 Likdoorn/callus  
 S21 Opbouwstoornis structuur huid  
 S22 Klachten nagels  
 S23.1 Haaruitval  
 S23.2 Hirsutisme  
 S23.9 Klachten hoofd/lichaamsbehering  
 S26 Angst voor kanker huid  
 S27 Angst ziekten huid/onderhuids weefsel  
 S28 Beperking huid/onderhuids weefsel  
 S29 Klachten huid/onderhuids weefsel NEC  
 S70 Herpes zoster  
 S71.1 Herpes simplex lip/mond  
 S71.2 Herpes simplex genitalia  
 S71.9 Herpes simplex overige lokalisaties huid  
 S72 Scabies en overige mijten  
 S73 Pediculosis en overige huid-infestaties  
 S74.1 Zwemmerseczeem  
 S74.2 Pityriasis versicolor  
 S74.3 Onychomycosis  
 S74.9 Dermatofytose/- mycose NEC  
 S75 Monoliasis/candidiasis  
 S76.1 Erysipelas  
 S76.2 Molluscum contagiosum  
 S76.9 Infecties huid/onderhuids weefsel NEC  
 S77 Maligne neoplasma huid/weefsel  
 S78 Lipoom  
 S79 Benigne neoplasma huid NEC  
 S80 Niet gespecificeerd neoplasma huid  
 S81 Hemangioma/lymfangioma  
 S82 Naevus  
 S83 Congenitale afwijkingen huid NEC  
 S84 Impetigo  
 S85 Sinus-, fistel-, cyste pilonidalis  
 S86 Seborrhoïsch eczeem  
 S87 Atopisch of constitutioneel eczeem  
 S88.1 Contacteczeem  
 S88.2 Eczeem NEC  
 S89 Luiervuitslag  
 S90 Pityriasis rosea  
 S91 Psoriasis  
 S92 Aandoening zweetklieren  
 S93 Atheroomcyste

S94 Ingegroeide/aandoening nagels  
 S95 Alopecia/folliculitis/aandoening haar  
 S96 Acne vulgaris  
 S97 Chronisch ulcus huid/decubitus  
 S98 Urticaria  
 S99.1 Verruca seborrhoïca/senilis  
 S99.2 Acne rosacea/erytheem aandoeningen NEC  
 S99.9 Aandoeningen huid/onderhuids weefsel NEC

## T Endocriene klieren, metabolisme en voeding

T01 Overmatige dorst  
 T02 Overmatige eetlust  
 T03 Verminderde eetlust  
 T04 Voedingsprobleem kind  
 T05 Voedingsprobleem volwassene  
 T06 Voedingsprobleem NEC  
 T07 Gewichtstoename  
 T08 Gewichtsverlies  
 T09 Gewichtsprobleem NEC  
 T10 Achterstand fysiologische ontwikkeling  
 T11 Dehydratie  
 T12 Knobbel/zwelling schildklier  
 T26 Angst voor kanker endocriene klieren  
 T27 Angst aandoeningen endocriene klieren  
 T28 Beperking endocriene klieren  
 T29 Klachten endocriene klieren/voeding NEC  
 T70 Infectieziekten endocriene klieren  
 T71 Maligne neoplasma schildklier  
 T72 Benigne neoplasma schildklier  
 T73 Niet-gespecifi. neoplasma endocriene klieren  
 T74 Letsel aan schildklier  
 T78 Persistierende ductus  
 T80 Congenitale afwijkingen endocriene klieren NEC  
 T81 Struma, schildkliernodus  
 T82 Obesitas  
 T85 Hyperthyreoidie/thyreotoxicoïsis  
 T86 Hypothyreoidie/myxoedeem  
 T87 Hypoglycaemie  
 T88 Renale glucosurie  
 T90 Diabetes mellitus  
 T91 Vitamine-/voedingsdeficiëntie NEC  
 T92 Jicht  
 T93 Vetverteringstoornis  
 T99.1 Aandoening schildklier NEC  
 T99.2 Aandoening endocriene klieren NEC  
 T99.3 Aandoening metabolisme NEC

## U Urinewegen

U01 Dysurie  
 U02 Frequente/urgente mictie  
 U04 Urine incontinentie  
 U05.1 Urineretentie  
 U05.2 Anuria/oligurie  
 U05.9 Klachten mictie NEC

U06 Haematurie  
 U07 Klachten urine NEC  
 U13 Klachten blaas NEC  
 U14 Klachten nieren  
 U26 Angst voor kanker urinewegen  
 U27 Angst voor overige ziekten urinewegen  
 U28 Beperking/handicap urinewegen  
 U29 Klachten urinewegen NEC  
 U70 Acute pyelonephritis/pyelitis  
 U71 Cystitis/overige urineweginfecties NNO  
 U72 Niet gespecificeerde, venerische, urethritis  
 U75 Maligne neoplasma nier  
 U76 Maligne neoplasma blaas  
 U77 Maligne neoplasma urinewegen NEC  
 U78 Benigne neoplasma urinewegen  
 U79 Niet gespecificeerd neoplasma urinewegen  
 U80 Letsel urinewegen  
 U85 Congenitale afwijkingen urinewegen  
 U88 Glomerulonephritis/nephropathie  
 U90 Orthostatistische albuminurie/proteinurie  
 U95 Nier-, ureter-, blaassteen  
 U98.1 Glucosurie  
 U98.2 Albuminurie  
 U98.9 Afwijkende urinetestuitslag NEC  
 U99.1 Chronische pyelitis/pyelonephritis  
 U99.2 Urethrastricture  
 U99.3 Uraemie  
 U99.9 Aandoeningen urinewegen NEC

## **W Zwangerschap, bevalling, anticonceptie**

W01 Ben ik zwanger?  
 W02 Angst om zwanger te zijn  
 W03.1 Bloeding tijdens zwangerschap < 16 wk  
 W03.2 Bloeding tijdens zwangerschap > 16 wk  
 W04 Vaginale afscheiding tijdens zwangersch. NEC  
 W05 Misselijkheid/braken in zwangerschap  
 W06 Zwangerschapswens  
 W10 Morning after pil/postcoitale anticonceptie  
 W11 Anticonceptie/pil  
 W12 Anticonceptie/IUD  
 W13 Anticonceptie/sterilisatie  
 W14 Anticonceptie/ NEC  
 W15 Sub- of infertiliteit  
 W17 Haemorrhagia post partum  
 W18 Klachten post-partum periode NEC  
 W19 Klachten borstvoeding  
 W20 Klachten mammae  
 W21 Partus in gang  
 W27 Angst complicaties zwangerschap/bevalling  
 W28 Beperking tgv zwangerschap/anticonceptie  
 W29.1 Albuminurie tijdens zwangerschap  
 W29.2 Excessieve gewichtstoename zwangerschap  
 W29.9 Klachten zwangerschap/anticonceptie  
 W70 Urineweginfectie zwangerschap/kraambled  
 W71 Infectieuze aandoeningen (zwangerschap)  
 W72 Maligne neoplasma tgv zwangerschap

W73 Benigne neoplasma tgv zwangerschap  
 W75 Letsel, wat zwangerschap compliceert  
 W76 Congenitale afwijking moeder  
 W77 Niet-obstetrische aandoeningen  
 W78 Zwangerschap: bevestigd  
 W79 Niet-gewenste zwangerschap: bevestigd  
 W80 Buitenbaarmoederlijke zwangerschap  
 W81 Toxicose, (prae) eclampsia  
 W82.1 Abortus imminens  
 W82.2 Spontane abortus NNO  
 W83 Abortus provocatus  
 W84.1 Hyperemesis gravidarum  
 W84.2 Cervix-insufficiëntie  
 W84.3 Meerling-zwangerschap  
 W84.4 Oudere nullipara  
 W84.5 Liggingsafwijking foetus  
 W84.6 Premature weeën  
 W84.7 Serotiniteit  
 W84.8 Belaste obstetrische anamnese  
 W84.9 Verhoogd risico zwangerschap NEC  
 W90 Normale bevalling, levendgeboren kind  
 W91 Normale bevalling, doodgeboren kind  
 W92.1 Bevalling: weeënzwakte  
 W92.2 Bevalling: foeto-maternale disproportie  
 W92.3 Bevalling: navelstreng complicaties  
 W92.4 Kunstverlossing: sectio caesarea  
 W92.5 Kunstverlossing: vacuümextractie  
 W92.6 Perineum ruptuur  
 W92.7 Episiotomie  
 W92.8 Retentio placentae  
 W92.9 Gecomplieerde bevalling (levend kind)  
 W93 Gecomplieerde bevalling (dood kind)  
 W94 Mastitis puerperalis  
 W95 Aandoeningen borst kraambled NEC  
 W96.1 Koorts kraambled  
 W96.2 Trombose kraambled  
 W96.3 Endometritis kraambled  
 W96.8 Infecties kraambled NEC  
 W96.9 Complicaties kraambled NEC  
 W99.1 Placenta-stoornissen  
 W99.2 Dysmaturitas  
 W99.3 Voortijdig gebroken vliezen  
 W99.9 Aandoeningen zwangersch./kraambled NEC

## **X Vrouwelijke geslachtsorganen en mamma**

X01 Pijn aan vrouwelijke geslachtsorganen  
 X02.1 Primaire amenorrhoe  
 X02.9 Secundaire a-/hypomenorrhoe NEC  
 X03.1 Overmatige menstruatie (regulier)  
 X03.2 Overmatige menstruatie (irregulier)  
 X04.1 Dysmenorrhoe  
 X04.2 Ovulatiepijn  
 X05.1 Metrorrhagia  
 X05.9 Klachten menstruele cyclus NEC  
 X06 Premenstruele symptomen  
 X07 Klachten menopauze

X08 Post menopauzaal bloedverlies  
 X09 Pijnlijke, moeilijke coïtus  
 X10 Postcoïtaal bloedverlies  
 X11 Vaginale afscheiding NEC  
 X12 Klachten vagina NEC  
 X13 Klachten vulva  
 X14 Klachten bekken  
 X15 Knobbel/gezwel mamma  
 X16 Pijn mamma  
 X17 Klachten mamma NEC  
 X18 Uitstellen menstruatie (artificieel)  
 X23 Angst geslachtsziekte vrouw  
 X24 Angst seksuele functiestoornis vrouw  
 X25 Angst kanker vrouwelijke geslachtsorganen  
 X26 Angst kanker mamma  
 X27 Angst aand. vr. geslachtsorganen/mamma  
 X28 Beperking vr. geslachtsorganen/mamma  
 X29 Klachten vr. geslachtsorganen/mamma NEC  
 X70 Syphilis vrouwelijke organen  
 X71.1 Gonorrhoe vrouwelijke organen  
 X71.2 Geslachtsziekten vrouwelijke organen NEC  
 X72 Urogenitale candidiasis  
 X73 Urogenitale trichomoniasis  
 X74 Ontstekingen in bekkengebied  
 X75.1 Carcinoma in situ cervix  
 X75.9 Cervix carcinoma NEC  
 X76 Maligne neoplasma mamma  
 X77 Maligne neoplasma vr. geslachtsorganen NEC  
 X78 Myoma, poliepen uterus/cervix  
 X79 Benigne neoplasma mamma  
 X80 Benigne neoplasma vr. geslachtsorganen NEC  
 X81 Niet gespecif. neoplasma vr. geslachtsorganen  
 X82 Letsel vrouwelijke geslachtsorganen/mammae  
 X83 Congenitale afw. vr. geslachtsorganen/mammae  
 X84 Vaginitis NNO/vulvitis (niet-venerisch)  
 X85 Cervicitis/cervicale erosie NEC  
 X86 Afwijkend uitstrijkje  
 X87.1 Prolapsus uteri/vaginae  
 X87.2 Stress/incontinentie  
 X88 Chronische cystevorming mamma  
 X89 "Premenstrual tension syndrome"  
 X90 Gardnerella infectie  
 X99.1 Bartholinitis/abces glandula Bartholini  
 X99.2 Endometriosis  
 X99.3 Atrofia vaginae/vulvae  
 X99.4 Menarche symptomen  
 X99.9 Ziekten vrouwelijke geslachtsorganen NEC

### Y Mannelijke geslachtsorganen en mamma

Y01 Pijn in penis  
 Y02 Pijn in testes/scrotum  
 Y03 Afscheiding uit penis/urethra  
 Y04 Klachten penis NEC  
 Y05 Klachten scrotum/testes  
 Y06 Klachten prostaat  
 Y07 Impotentie

Y08 Sexuele functiestoornis NEC  
 Y10 Infertiliteit/subfertiliteit  
 Y13 Anticonceptie/sterilisatie  
 Y14 Anticonceptie NEC  
 Y16 Klachten mamma  
 Y24 Angst seksuele functiestoornis  
 Y25 Angst geslachtsziekten  
 Y26 Angst kanker mnl. geslachtsorganen/mamma  
 Y27 Angst ziekten mnl. geslachtsorganen/mamma  
 Y28 Beperking mnl. geslachtsorganen/mamma  
 Y29 Klachten mnl. geslachtsorganen/mamma NEC  
 Y70 Syphilis mannelijke organen  
 Y71.1 Gonorrhoe mannelijke organen  
 Y71.2 Geslachtsziekten mannelijke organen NEC  
 Y72 Urogenitale trichomoniasis  
 Y73 Prostatitis/vesiculitis seminalis  
 Y74 Orchitis/epididymitis  
 Y75 Infecties mannelijke geslachtsorganen NEC  
 Y76.1 Maligne neoplasma prostaat  
 Y76.2 Maligne neoplasma testis  
 Y76.9 Maligne neopl. mnl. geslachtsorganen NEC  
 Y77 Benigne neoplasma mnl. geslachtsorganen  
 Y78 Niet-gespecif. neoplasma mnl. gesl.organen  
 Y79 Niet-gespecif. neoplasma mannelijke mamma  
 Y80 Letsel mannelijke geslachtsorganen/mamma  
 Y81 Phimosis/paraphimosis  
 Y82 Hypospadie  
 Y83 Niet-ingedaalde testis/cryptorchisme  
 Y84 Congenitale aand. mnl. gesl.organen/mamma  
 Y85 Benigne prostaathypertrofie  
 Y86 Hydrocèle  
 Y99 Aandoening mnl. geslachtsorganen/mamma

### Z Sociale problemen

Z01 Armoede/financiële problemen  
 Z02 Problemen voedsel/watervoorziening  
 Z03 Problemen behuizing/buurt  
 Z04 Problemen verhuizing/migratie  
 Z05.1 Angst voor verlies baan  
 Z05.2 Problemen werkomstandigheden  
 Z05.9 Problemen werk NEC  
 Z06 Problemen werkloosheid  
 Z07 Problemen opleiding/studie  
 Z08 Problemen sociale verzekering/bijstand  
 Z09 Problemen justitie/politie  
 Z10 Problemen gezondheidszorg/toegang  
 Z11.1 Discriminatie (ras/geslacht/geloof/nec)  
 Z11.2 Buitenechtelijke zwangerschap  
 Z11.3 Illegaal verblijf  
 Z11.4 Problemen met militaire dienst  
 Z11.9 Proble. sociale/culturele/relig. waarden NEC  
 Z12.1 Mishandeling/geweld door ouder  
 Z12.2 Huwelijksproblemen  
 Z12.9 Problemen tussen partners NEC  
 Z13.1 Problemen alcoholverslaving partner  
 Z13.2 Problemen drugsverslaving partner

Z13.9 Gedragsproblemen partner NEC  
Z14 Problemen ernstig zieke/gehandicapte partner  
Z15.1 Problemen scheiding  
Z15.2 Problemen dood partner  
Z15.9 Problemen verlies partner NEC  
Z16.1 Mishandeling/verwaarlozing kind  
Z16.2 Relatieproblemen ouder-kind  
Z16.9 Problemen tussen ouder-kind NEC  
Z17 Gedragsproblemen kind  
Z18 Problemen ernstig ziek/gehandicapt kind  
Z19 Problemen verlies/dood kind  
Z20 Relatieproblemen ouder/overige familie  
Z21 Gedragsproblemen ouder/overige familie

Z22 Problemen zieke ouder/overige familieleden  
Z23.1 Problemen verlies/dood ouders  
Z23.2 Problemen verlies/dood andere familie  
Z24.1 Problemen dood/verlies vriend, kennis  
Z24.9 Relatieproblemen vrienden, kennissen  
Z25 Problemen mishandeling (incl. incest)  
Z26 Problemen met eigen ziek-zijn  
Z27 Angst voor sociale problemen  
Z28 Sociale handicap  
Z29.1 Eenzaamheid  
Z29.2 Problemen gezondheidsbedreigende factoren  
Z29.9 Sociale problemen NEC

### Aanvullingen op de ICPC-codering

Een afwijkende code werd gegeven aan de onderstaande aandoeningen, die binnen de ICPC moeilijk onder te brengen of niet duidelijk te specificeren waren.

In het A-hoofdstuk:

- voedingsallergie
- CHT-screening (afwijkend)
- PKU-screening (afwijkend)
- verminderde weerstand/recidiverende infecties
- niet gevaccineerd

In het T-hoofdstuk:

- (constitutioneel) te klein
- (constitutioneel) te lang
- puberteit te vroeg
- puberteit te laat

## **Bijlage 9.1. Voorstel interventies ter bespreking vergadering Stichting Huisartsen Krimpen aan den IJssel**

### **Definitie en doelstelling**

De door ons gehanteerde definitie van consultatie is het benutten van wederzijdse expertise zonder overdracht van zorg.

De vorm en doelstelling van deze consultaties verschilt voor patiënten die niet onder behandeling van de kinderarts zijn en patiënten die reeds kortere of langere tijd op de polikliniek van het Sophia Kinderziekenhuis onder behandeling staan.

Bij de eerste groep patiënten kan de huisarts de expertise van de kinderarts benutten zonder dat er sprake is van een verwijzing. Dit zou de zorg voor het zieke kind binnen de huisartspraktijk ten goede kunnen komen, bijvoorbeeld door het optimaliseren van laboratoriumdiagnostiek. Overwogen verwijzingen naar de kinderarts kunnen getoetst worden en daardoor doelmatiger zijn. Voor situaties waarin sterke opwaartse druk van de ouders wordt ervaren kan consultatie eveneens zinvol zijn.

Bij de patiënten die reeds op de polikliniek kindergeneeskunde van het Sophia Kinderziekenhuis bekend zijn kunnen consultatie besprekingen door benutten van wederzijdse expertise onder andere leiden tot een betere afstemming van de zorgverlening.

### **Organisatie**

De kinderarts is iedere donderdag van 10.00-13.00 uur aanwezig in het gezondheidscentrum voor consultatie. Voor consultatief overleg kunnen patiënten worden aangemeld door alle huisartsen. De praktische planning (agenda) is in handen van één van de praktijkassistenten. Ten behoeve van de aanmelding van de patiënten en de evaluatie van de consultaties worden formulieren ontworpen.

### **A. Consultatie niet bij de kinderarts bekende patiënten.**

De niet op de polikliniek kindergeneeskunde S.K.Z. bekende patiënten kunnen worden besproken (A1) dan wel door de kinderarts worden gezien (A2).

De aanmelding geschiedt in beide gevallen volgens door het projectteam met de kinderarts en huisartsen overeengekomen richtlijnen waarbij de volgende punten worden vastgelegd:

- personalia
- probleemstelling
- motivatie voor aanmelding op het consultspreekuur b.v. steun bij diagnostische procedure, overleg over een therapieplan, geruststelling van de ouders die aandringen op een verwijzing etc.
- de mate waarin de ouders of anderen b.v. C.B.- of schoolarts hebben aangedrongen op een verwijzing naar de kinderarts.
- wat de huisarts met betreffende patiënt gedaan zou hebben in geval geen consultatie mogelijkheid bestond, zoals telefonisch overleg met de kinderarts, al dan niet verwijzen.

#### **A1. Het bespreken van de patiënt**

Het probleem van de patiënt wordt met de aanmeldende huisarts besproken tijdsduur  $\pm$  15 minuten. Inhoud van de bespreking en het advies wordt door de kinderarts vastgelegd. Voor de evaluatie zal ook vastgelegd moeten worden wat de huisarts met het advies doet.

#### **A2. Het laten beoordelen van een patiënt**

De huisarts kan ook direct of b.v. n.a.v. een gesprek als bovenstaand besluiten de patiënt aan de



kinderarts te laten zien. De kinderarts verricht dan een kindergeneeskundige evaluatie (anamnese en onderzoek) dit onderzoek neemt  $\pm$  30 minuten tijd en zal in de regel in afwezigheid van de huisarts worden verricht. Aansluitend formuleert de kinderarts zijn conclusies en een advies voor verdere evaluatie of een behandelplan. Dit advies wordt met de huisarts en de ouders besproken. Indien door de huisarts gewenst, kan een gemeenschappelijk gesprek gepland worden. Ook de inhoud van deze besprekingen en het advies zal worden vastgelegd evenals wat de huisarts vervolgens met dit advies doet.

## **B. Consultatie reeds bij de kinderarts bekende patiënten.**

Problemen betreffende reeds kortere of langere tijd in het Sophia Kinderziekenhuis onder behandeling zijnde patiënten worden een keer in de vier weken per groepspraktijk besproken op donderdagmorgen tussen 12.00 en 13.00 uur. Patiënten kunnen worden aangemeld door de huisartsen, maar ook door de kinderarts.

Aanmelding dient uiterlijk de drie dagen van te voren te geschieden, zodat door de kinderarts in het S.K.Z. de gegevens van de betreffende patiënt opgezocht kunnen worden omdat het veelal patiënten zou betreffen die niet door de vaste consulent kinderarts behandeld worden.

De aanmelding geschiedt weer volgens tevoren door het projectteam met de kinderarts en huisartsen overeengekomen richtlijnen waarbij steeds wordt vastgelegd:

- personalia
- probleemstelling
- vraagstelling
- motivatie van aanmelding voor de consultbespreking zoals nadere verduidelijking van het door de kinderarts geïnitieerde beleid, bespreking hoe te handelen in acute situaties etc.

Verloop van het overleg, conclusies en actiepunten worden vastgelegd. Voor de evaluatie moet worden nagegaan wat vervolgens voor huisarts en specialist het effect van deze bespreking is geweest. Het ligt voor de hand dat een aantal van de aldus ingebrachte problemen niet tijdens dergelijke consultbespreking kunnen worden opgelost met name omdat er anderen (bijvoorbeeld subspecialistische groepen of andere specialismen) bij betrokken zijn.

## **C. Medische teambesprekingen**

De medische teambesprekingen richten zich meer op algemene problemen, bijvoorbeeld het maken van werkafspraken. Deze anderhalf uur durende besprekingen worden in een frequentie van éénmaal per twee maanden gehouden met alle artsen van het gezondheidscentrum. Hierbij kunnen andere kinderartsen of andere specialisten worden uitgenodigd.

Problemen kunnen besproken worden aan de hand van casuïstiek, waarbij goede afspraken moeten worden gemaakt over de presentatie van de patiënten.

Voor het goed laten verlopen van deze bespreking en de evaluatie ervan zal de structuur en vorm nog nader moeten worden uitgewerkt.

Hoewel de huisartsen en de vaste consulent-kinderarts een belangrijke rol spelen bij de organisatie, is voor het slagen van de besprekingen mogelijk een neutrale coördinator/gespreksleider wenselijk.

Het is de bedoeling om met de onderdelen A en B medio augustus te beginnen. Na twee maanden zal er een eerste evaluatie plaatshebben, waarbij tevens het plannen van de teambesprekingen (C) aan de orde zal komen. De consultaties zullen tenminste één jaar worden voortgezet.

De evaluatie ten behoeve van het onderzoek zal na zes maanden plaatsvinden. Na deze evaluatie kan de nameting in de praktijken gedaan worden, die niet zo uitgebreid zal zijn als de registratie van februari-mei 1988.

Gedurende de experimentele fase zullen geen kosten in rekening gebracht worden.

De voorbereidingsgroep, 22 mei 1989.

**AANMELDINGSFORMULIER CONSULTSPREEKUUR**

ten behoeve van *niet* onder behandeling kindergeneeskunde S.K.Z. zijnde patiënten

Betreft:  alleen bespreking  
 patiëntonderzoek

Afspraak d.d.

Naam patiënt:  
Geboortedatum:  
Adres:  
Huisarts:

Probleemstelling:  
Zekerheid omtrent aandoening: zeker      onzeker

Hoelang bestaat het probleem:  <24 uur  
 2-7 dagen  
 1-4 weken  
 >4 weken

Hoe vaak hiervoor reeds gezien:  1x  
 2x  
 >3

Motivatie aanmelding voor consultatiespreekuur:  
 overleg diagnose  
 overleg therapie  
 vnl. geruststelling ouders  
 toetsing eventuele verwijzing  
 andere nl. ....

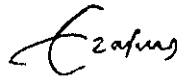
Wat zoudt u gedaan hebben indien geen mogelijkheid tot consultatie bestond:  
 voortzetting eigen beleid  
 overleg collega huisarts  
 telefonisch overleg kinderarts  
 telefonisch overleg specialist voor.....  
 verwijzing naar kinderarts  
 verwijzing naar specialist voor.....  
 iets anders nl. ....

In hoeverre hebben ouders aangedrongen op overleg met c.q. verwijzing naar een kinderarts:  
niet      sterk

In hoeverre hebben anderen aangedrongen op verwijzing naar een kinderarts:  
niet      sterk, nl. door  
 andere specialist  
 CB/schoolarts  
 andere nl. ....

Is patiënt ooit bij kindergeneeskunde S.K.Z. geweest? ja/nee/onbekend

## Bijlage 10.2.



PROJECT "HUISARTS-KINDERARTS"  
Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut  
Sophia Kinderziekenhuis

### Verslag eenmalig kindergeneeskundig consult

naam patiënt \_\_\_\_\_

geboortedatum \_\_\_\_\_

adres \_\_\_\_\_

huisarts \_\_\_\_\_

reden aanmelding \_\_\_\_\_

bevindingen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

conclusie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

advies \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

wat met ouders besproken \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

huisarts aanwezig ja/nee

## Bijlage 10.3.



PROJECT "HUISARTS-KINDERARTS"  
Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut  
Sophia Kinderziekenhuis

### EVALUATIE FORMULIER CONSULTATIES

In te vullen door de huisarts 6 weken na het eenmalig kindergeneeskundig consult

Naam patiënt:

Geboortedatum:

Adres:

Huisarts:

Consultatie bespreking d.d.:

Het advies van de kinderarts betrof:

Wat heeft u na de consultatie gedaan?

- diagnostiek conform advies
- therapie conform advies
- verwezen naar de kinderarts
- verwezen naar specialist voor

Hoe werd de consultatie door U ervaren?

Hoe werd de consultatie door de ouders ervaren?

## Bijlage 10.4.



FACULTEIT DER  
GENEESKUNDE EN  
GEZONDHEIDS-  
WETENSCHAPPEN  
dr. Molewaterplein 50

---

Uw Brief

Ons kenmerk

Datum

Onderwerp

Faxnummer

Doorkiesnummer

Geachte ouders/verzorgers,

In de periode van september 1989 tot september 1990 werd er in het Gezondheidscentrum te Krimpen aan den IJssel een wekelijks spreekuur gehouden door een kinderarts uit het Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam, mevrouw L.W.A. van Suijlekom-Smit.

Uw zoon/dochter heeft dit spreekuur op ... bezocht.

Het spreekuur was een experiment in het kader van een onderzoek van de afdelingen Huisarts-geneeskunde en Kindergeneeskunde van de Erasmus Universiteit en het Sophia Kinderziekenhuis. Het doel van het experiment is, na te gaan of deze mogelijkheid in een behoefte voorzagt.

In de komende weken willen we nagaan, hoe de ouders/verzorgers dit spreekuur achteraf beoordelen. Daarbij zijn we geïnteresseerd in zowel de gang van zaken tijdens dit spreekuur, als wat er sindsdien gebeurd is met de klachten, waarvoor uw kind dit spreekuur bezocht.

Een onderzoeksassistent van de Erasmus Universiteit (Drs. J.H.J.M. Uijen) zal u binnenkort benaderen met de vraag of u aan dit onderzoek wilt medewerken. Is dat het geval, dan zal hij met u een afspraak maken om u te bezoeken en enkele korte vragen te stellen. Dit zal niet meer dan een kwartiertje kosten. De verkregen informatie zal vertrouwelijk worden behandeld.

Alle Krimpense huisartsen zijn op de hoogte van dit onderzoek. Mocht u er vragen over hebben, dan kunt u hiermee bij uw huisarts of ondergetekende terecht.

Hoogachtend,

Mede namens de huisartsen:

L.W.A. van Suijlekom-Smit, kinderarts  
Sophia Kinderziekenhuis

J.H.J.M. Uijen, onderzoeksassistent,  
Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut

## Bijlage 10.5.

### ENQUETE OUDERS:

datum enquête:

In de periode van september 1989 tot september 1990 werd er in het Gezondheidscentrum hier in Krimpen aan den IJssel een wekelijks spreekuur gehouden door een kinderarts uit het Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam. Dit spreekuur was een proef, waarin de huisarts uw kind door de kinderarts kon laten onderzoeken. Wij willen nagaan hoe dit door de patienten en hun ouders is ervaren. Alle ouders worden hiervoor met deze enquête benaderd. Uw zoon/dochter ..... (nr: ) heeft op ..... dit spreekuur ook bezocht. Zijn er nog onduidelijkheden voor ik met de vragen begin?

Wanneer een patient met een probleem bij de huisarts komt, zijn er verschillende mogelijkheden om met dit probleem om te gaan. Soms kan de huisarts het alleen af, soms is verwijzing naar een specialist in het ziekenhuis noodzakelijk. In deze proef is een tussenvorm aangeboden, waarbij de kinderarts een eenmalig onderzoek deed en vervolgens een advies aan de huisarts gaf, waarbij de huisarts de behandelaar bleef. De kinderarts, dokter van Suijlekom, deed haar onderzoek in het Gezondheidscentrum. Daarbij had ze veel minder mogelijkheden voor onderzoek ter beschikking (bijvoorbeeld laboratoriumonderzoek) dan in het ziekenhuis.

Wist u, dat de kinderarts uw kind maar één keer zou zien en vervolgens de huisarts zou adviseren?

- ja
- nee

Hoe heeft u nu terugkijkend ervaren, dat de kinderarts maar éénmaal uw kind onderzocht ?

- had er geen behoefte aan: had bij huisarts kunnen blijven
- tevreden met zo'n éénmalig bezoek aan de kinderarts
- was liever voor uitgebreider onderzoek naar het ziekenhuis verwezen

Wat de plaats van het onderzoek betreft, dit was nu in het gezondheidscentrum. Zou u liever naar het ziekenhuis gegaan zijn?

- ja waarom?
- nee waarom niet?

Heeft u naar aanleiding van het bezoek aan de kinderarts uw huisarts bezocht voor overleg?

- ja
- nee

Zo ja, wat is er toen gebeurd?

- alleen het bezoek aan de kinderarts werd besproken
- de huisarts heeft het probleem behandeld
- de huisarts heeft verder onderzoek gedaan
- de huisarts heeft verwezen naar een kinderarts
- de huisarts heeft verwezen naar een andere specialist
- anders, nl.

Is het probleem waarmee u toen kwam nu over?

- ja
- nee, niet over geweest
- nee, maar is minder geworden
- nee, het heeft de kop weer opgestoken

Als het probleem nog of weer bestaat waar bent u dan onder behandeling?

- huisarts
- kinderarts
- andere specialist
- andere hulpverleners nl.

Tenslotte wil ik u vragen, hoe u de totale gang van zaken ervaren heeft?

Opmerking:

Ik dank u voor uw medewerking.

## Bijlage 10.6.

### ENQUETE HUISARTSEN TER EVALUATIE CONSULTSPREEKUR

De onderstaande vragen gaan over de mogelijkheden consult in te winnen voor een patiënt, zoals deze u het afgelopen jaar elke donderdag ter beschikking stonden.

#### I. Het bespreken van een ('papieren') patiënt

Er is weinig gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. Om welke redenen heeft u er weinig gebruik/geen gebruik van gemaakt? (meer antwoorden mogelijk)

- onbekend met de mogelijkheid
- geen geschikte problemen
- tijdstip ongeschikt
- kost teveel van mijn tijd
- anders, namelijk

Heeft u ten aanzien van deze optie nog suggesties?

#### II. Het eenmalig kindergeneeskundig onderzoek in het centrum (het spreekuur)

1. Hoe was/is uw opinie over dit spreekuur?

- |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| aanvankelijk                      | nu                                |
| <input type="radio"/> positief    | <input type="radio"/> positief    |
| <input type="radio"/> neutraal    | <input type="radio"/> neutraal    |
| <input type="radio"/> negatief    | <input type="radio"/> negatief    |
| <input type="radio"/> geen mening | <input type="radio"/> geen mening |

2. Hoe is uw mening over de organisatie van het spreekuur?

|  | voldeed               | kon beter             | geen mening           |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| frequentie                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| tijdstip   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| wijze van aanmelding (via praktijkassistente HJ) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| aanmeldingsformulier                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| plaats   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| kinderarts                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| rapportage                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

3. Welke suggesties heeft u voor verbetering van een dergelijk spreekuur?

4. Zou u continuering van deze consultmogelijkheid op prijs stellen?

- ja
- nee
- geen mening

Graag zo spoedig mogelijk retourneren i.v.m. de vergadering van 19 september a.s.  
Hartelijk dank voor uw medewerking!

### Bijlage 11.1.-3. Consultregistratie poliklinieken kindergeneeskunde ten tijde van de interventies

Van september 1989 tot en met 31 augustus 1990 werd op de poliklinieken kindergeneeskunde opnieuw een consultregistratie verricht. De gebruikte methode was identiek aan die van de eerdere registratie in 1988, zoals beschreven in hoofdstuk 4. Het doel was gegevens te verzamelen om het effect van de interventies te kunnen analyseren.

Door deze één jaar durende registratie werd tevens een verder inzicht verkregen in de pediatrische zorg verleend aan de onderzoekpopulatie. In deze bijlage worden de globale resultaten weergegeven conform de rapportage van de eerdere consultregistratie in hoofdstuk 5. De resultaten van beide registratieperioden in 1988 en 1990 worden in hoofdstuk 9 en 10 meer gedetailleerd en in onderlinge samenhang geanalyseerd ter evaluatie van de interventies.

#### B11.1. Respons

In het betreffende jaar werden door 206 kinderen uit de onderzoekpopulatie, waaronder 18 ouder dan 14 jaar, 567 bezoeken aan de polikliniek gebracht. Het betrof 490 spreekuurconsulten, de overige 77 vonden plaats op de acute poli, waarvan 28 tijdens diensturen. De tabellen B11.1.1. tot en met B11.1.3. geven een overzicht van de aard van de geregistreerde consulten, de consultfrequentie en de verdeling van de consulten over de poliklinieken.

**Tabel B11.1.1. Aard van alle geregistreerde kindergeneeskundige consulten en van het eerst geregistreerde consult per patiënt.**

| aard consult                | alle consulten<br>(n=567) | eerst geregistreerde consult per patiënt<br>(n=206) |
|-----------------------------|---------------------------|---|
| nieuw probleem              | 92                        | 87 <sup>1</sup>                                     |
| tweede consult              | 51                        | 14  |
| verdere herhalingsconsulten | 403                       | 98  |
| eerste consult na opname    | 21                        | 7   |

<sup>1</sup>Enkele patiënten kwamen bij herhaling met een nieuw probleem naar de polikliniek.

**Tabel B11.1.2. Consultfrequentie bij de kinderarts gedurende een jaar (n=206).**

| consultfrequentie | aantal kinderen | percentage |
|-------------------|-----------------|------------|
| 1                 | 86              | 42         |
| 2                 | 45              | 22         |
| 3                 | 31              | 15         |
| 4                 | 11              | 5          |
| 5                 | 11              | 5          |
| 6                 | 10              | 5          |
| 7 of meer         | 12              | 6          |



**Tabel B11.1.3. Verdeling van de consulten over de poliklinieken kindergeneeskunde.**

|                               | alle consulten<br>(n=567) | eerste consult per patiënt<br>(n=206) |
|-------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| algemene kindergeneeskunde    | 282                       | 116                                   |
| subspecialismen:              |                           |                                       |
| cardiologie                   | 29                        | 19                                    |
| endocrinologie/diabetes       | 71                        | 24                                    |
| gastroënterologie             | 7                         | 4                                     |
| nefrologie                    | 13                        | -                                     |
| neonatologie                  | 18                        | 7                                     |
| oncologie                     | 8                         | 2                                     |
| pulmonologie                  | 100                       | 26                                    |
| reumatologie en immuunziekten | 15                        | 4                                     |
| stofwisselingsziekten         | 24                        | 4                                     |

## B11.2. Nieuwe patiënten op de poliklinieken kindergeneeskunde

Tijdens deze een jaar durende registratie kwam 92-maal een patiënt uit de onderzoekpopulatie met een nieuw probleem naar de polikliniek. In de tabellen B11.2.1. tot en met B11.2.3. staat van de nieuwe patiënten weergegeven: de leeftijdsverdeling, op welke polikliniek ze werden gezien en hoe de verwijzing tot stand kwam.

Door de huisarts werden 59 patiënten verwezen. Bij 30 verwijzingen werd aangegeven dat een andere zorgverlener dan de huisarts het initiatief hiertoe nam; bij 11 van deze patiënten vond de feitelijke verwijzing wel via de huisarts plaats. Van 14 patiënten was op de formulieren aangegeven dat er geen verwijzer was, zodat aangenomen moet worden dat ze op eigen initiatief van de ouders naar de polikliniek zijn gekomen. Van de 59 door de huisarts verwezen patiënten kwamen er 38 met een verwijfsbrief van hun huisarts en over 26 van hen werd telefonisch overleg gepleegd. Slechts bij vier patiënten ontbraken beide vormen van informatie-overdracht ten tijde van de verwijzing. Bij de 59 door de huisarts verwezen patiënten was naar het oordeel van de kinderarts 51-maal de vraagstelling en 55-maal de motivatie duidelijk.

In de tabellen B11.2.4. en B11.2.5. staan de factoren vermeld, die naar mening van de kinderarts van invloed waren op de verwijzing. Bij de weergave van de antwoorden is de totale groep nieuwe patiënten onderverdeeld in de volgende groepen: door de huisarts verwezen, door andere zorgverleners verwezen, op initiatief van de ouders gekomen.

De mate waarin de komst naar de polikliniek door de kinderarts als zinvol wordt beoordeeld, of de motivatie voor de komst naar de polikliniek aan de kinderarts duidelijk is geworden en de relatie tussen ervaren invloed van de ouders en de zin van de komst naar de polikliniek wordt getoond in de tabellen B11.2.6. tot en met B11.2.8.

De komst naar de polikliniek wordt door de kinderarts bij 74 van de 92 patiënten (80 procent) als zinvol ervaren. Voor de patiënten die uitsluitend op initiatief van hun ouders komen, is dit in veel mindere mate het geval. Bij minder dan de helft van hen wordt polikliniekbezoek zinvol geacht ( $p < 0,01$ ; chikwadraat-toets).

De zinvolheid van de verwijzingen waarbij geen invloed van de ouders werd ervaren, verschilt significant van de verwijzingen waarbij dit wel het geval is ( $p < 0,01$ ; chikwadraat-toets).

**Tabel B11.2.1. Leeftijd nieuwe patiënten (n=92).**

| leeftijd in jaren | aantal | cumulatief percentage |
|-------------------|--------|-----------------------|
| 0                 | 23     | 25                    |
| 1                 | 15     | 41                    |
| 2                 | 8      | 50                    |
| 3                 | 6      | 56                    |
| 4                 | 4      | 61                    |
| 5                 | 5      | 66                    |
| 6                 | 5      | 72                    |
| 7                 | 6      | 78                    |
| 8                 | 3      | 82                    |
| 9                 | 3      | 85                    |
| 10                | 3      | 88                    |
| 11                | 2      | 90                    |
| 12                | 3      | 93                    |
| 13                | 1      | 95                    |
| 14                | 2      | 97                    |
| 15 en ouder       | 3      | 100                   |

**Tabel B11.2.2. Nieuwe patiënten naar subspecialisme (n=92).**

|                            | aantal |
|----------------------------|--------|
| algemene kindergeneeskunde | 69     |
| subspecialismen:           |        |
| cardiologie                | 8      |
| endocrinologie/diabetes    | 4      |
| gastroënterologie          | 1      |
| neonatologie               | 2      |
| pulmonologie               | 6      |
| reumatologie               | 1      |
| stofwisselingsziekten      | 1      |

**Tabel B11.2.3. De verwijzers van de nieuwe patiënten.**

| andere verwijzers  | verwijzing huisarts |           | totaal    |
|--------------------|---------------------|-----------|-----------|
|                    | ja                  | nee       |           |
| —                  | 48                  | -         | 48        |
| specialist SKZ     | -                   | 9         | 9         |
| specialist elders  | 2                   | 4         | 6         |
| CB-arts/schoolarts | 7                   | -         | 7         |
| andere instantie   | 2                   | 6         | 8         |
| —                  | -                   | 14        | 14        |
| <b>totaal</b>      | <b>59</b>           | <b>33</b> | <b>92</b> |

**Tabel B11.2.4. Invloed van de ouders op de komst naar de polikliniek in relatie tot het soort verwijzing.**

| invloed ouders | verwijzing |           |           | totaal    |
|----------------|------------|-----------|-----------|-----------|
|                | huisarts   | anderen   | ouders    |           |
| niet           | 19         | 16        | -         | 35        |
| ◇              | 12         | 2         | -         | 14        |
| sterk          | 20         | 1         | 13        | 34        |
| onbekend       | 8          | -         | 1         | 9         |
| <b>totaal</b>  | <b>59</b>  | <b>19</b> | <b>14</b> | <b>92</b> |

**Tabel B11.2.5. Invloed van andere dan medische factoren op de komst naar de polikliniek in relatie tot het soort verwijzing.**

| andere factoren | verwijzing |           |           | totaal    |
|-----------------|------------|-----------|-----------|-----------|
|                 | huisarts   | anderen   | ouders    |           |
| niet            | 37         | 18        | 3         | 58        |
| ◇               | 4          | 1         | 3         | 8         |
| sterk           | 12         | -         | 5         | 17        |
| onbekend        | 6          | -         | 3         | 9         |
| <b>totaal</b>   | <b>59</b>  | <b>19</b> | <b>14</b> | <b>92</b> |

**Tabel B11.2.6. Ervaren zinvolheid van de komst naar de polikliniek in relatie tot het soort verwijzing.**

| zinvolheid    | verwijzing |           |           | totaal    |
|---------------|------------|-----------|-----------|-----------|
|               | huisarts   | anderen   | ouders    |           |
| zeer          | 50         | 18        | 6         | 74        |
| ◇             | 4          | 1         | 2         | 7         |
| niet          | 5          | -         | 5         | 10        |
| onbekend      | -          | -         | 1         | 1         |
| <b>totaal</b> | <b>59</b>  | <b>19</b> | <b>14</b> | <b>92</b> |

**Tabel B11.2.7. Duidelijkheid van de motivatie in relatie tot het soort verwijzing.**

| motivatie     | verwijzing |           |           | totaal    |
|---------------|------------|-----------|-----------|-----------|
|               | huisarts   | anderen   | ouders    |           |
| duidelijk     | 55         | 18        | 9         | 82        |
| ◇             | 3          | 1         | 1         | 5         |
| onduidelijk   | 1          | -         | 2         | 3         |
| onbekend      | -          | -         | 2         | 2         |
| <b>totaal</b> | <b>59</b>  | <b>19</b> | <b>14</b> | <b>92</b> |

**Tabel B11.2.8. Door de kinderarts ervaren zinvolheid van de komst naar de polikliniek in relatie tot de door kinderarts ervaren invloed van de ouders op de verwijzing.**

| invloed ouders | zinvolheid |          |             |          | totaal    |
|----------------|------------|----------|-------------|----------|-----------|
|                | zinvol     | ↔        | niet zinvol | onbekend |           |
| zeer           | 35         | -        | -           | -        | 34        |
| ◇              | 11         | 3        | -           | -        | 14        |
| niet           | 21         | 3        | 10          | -        | 34        |
| onbekend       | 7          | 1        | -           | 1        | 9         |
| <b>totaal</b>  | <b>74</b>  | <b>7</b> | <b>10</b>   | <b>1</b> | <b>92</b> |

De tabellen B11.2.9. tot en met B11.2.11. geven een overzicht van de klachten en diagnoses c.q. werkhypothesen, verrichte procedures, opnames in aansluiting op het eerste bezoek en verwachte kindergeneeskundige vervolcontroles bij niet opgenomen patiënten.

**Tabel B11.2.9. Morbiditeit nieuwe patiënten (n=92).**

| ICPC-hoofdstuk                    | klacht | diagnose |
|-----------------------------------|--------|----------|
| A algemeen en niet gespecificeerd | 27     | 25       |
| B bloed en bloedvormende organen  | -      | 1        |
| D tractus digestivus              | 20     | 17       |
| F oog                             | -      | -        |
| H oor                             | -      | 1        |
| K tractus circulatorius           | 9      | 8        |
| L bewegingsapparaat               | 4      | 3        |
| N zenuwstelsel                    | 4      | 5        |
| P psychische stoornissen          | 2      | 2        |
| R tractus respiratorius           | 12     | 18       |
| S huid                            | 3      | -        |
| T endocrien, metabool en voeding  | 9      | 8        |
| U urinewegen                      | 1      | 2        |
| X vrouwelijk genitaal             | -      | -        |
| Y mannelijk genitaal              | 1      | 1        |
| Z sociale problemen               | -      | 1        |

**Tabel B11.2.10. Procedures bij het eerste bezoek van 92 nieuwe patiënten.**

| procedure                 | aantal     |
|---------------------------|------------|
| laboratoriumonderzoek     | 66         |
| röntgenonderzoek          | 44         |
| dieetadvies door diëtiste | 2          |
| overige                   | 10         |
| <b>totaal</b>             | <b>122</b> |

Voor de 19 patiënten die geen vervolgspraak op de polikliniek kindergeneeskunde kregen, werd 9-maal ook andere medische begeleiding niet nodig geacht. De overigen werd geadviseerd een afspraak met de huisarts te maken (9) dan wel een andere specialist te consulteren (1). Voor in totaal acht patiënten werden vervolgspraken bij zowel kinderarts als een andere specialist gemaakt. Het grootste deel van de patiënten die uitsluitend op initiatief van hun ouders naar de polikliniek kwamen (9/14), werd niet of slechts korte tijd gevolgd op de polikliniek. Daartegenover bleek voor enkelen van hen een acute opname noodzakelijk.

**Tabel B11.2.11. Aard en verwachte duur van de kindergeneeskundige  
vervolgcontroles in relatie tot het soort verwijzing.**

|                          | verwijzing |         |        | totaal |
|--------------------------|------------|---------|--------|--------|
|                          | huisarts   | anderen | ouders |        |
| opname                   | 12         | 4       | 3      | 19     |
| poliklinische follow-up: |            |         |        |        |
| niet nodig               | 12         | 2       | 5      | 19     |
| <3 maanden               | 18         | 3       | 4      | 25     |
| 3-6 maanden              | 7          | 3       | 1      | 11     |
| >6 maanden               | 10         | 7       | 1      | 18     |
| totaal                   | 59         | 19      | 14     | 92     |

### B11.3. Kinderen langer bekend bij de kinderarts

Evenals tijdens de eerste registratieperiode werden de kinderen bestudeerd die voor hun probleem een vervolgspraak aan de polikliniek aflegden. Er waren 141 patiënten langer bekend op de polikliniek. Geanalyseerd werd het eerste geregistreerde vervolgspraak.

De verdeling over de diverse subspecialismen, de leeftijden en de morbiditeit van deze groep patiënten staan in de tabellen B11.3.1. tot en met B11.3.3.

In de tabellen B11.3.4. en B.11.3.5. is een overzicht gegeven van de motivatie voor en duur van de verdere kindergeneeskundige begeleiding.

**Tabel B11.3.1. Langerbekende patiënten naar subspecialisme (n=141).**

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| algemene kindergeneeskunde    | 65 |
| subspecialismen:              |    |
| cardiologie                   | 13 |
| endocrinologie/diabetes       | 21 |
| gastroënterologie             | 3  |
| nefrologie                    | 1  |
| neonatalogie                  | 5  |
| oncologie                     | 3  |
| pulmonologie                  | 24 |
| reumatologie en immuunziekten | 3  |
| stofwisselingsziekten         | 3  |

**Tabel B11.3.2. Leeftijd langerbekende patiënten poliklinieken Sophia Kinderziekenhuis september 1989 tot en met augustus 1990 (n=141).**

| leeftijd in jaren | aantal | cumulatief percentage |
|-------------------|--------|-----------------------|
| 0                 | 21     | 15                    |
| 1                 | 10     | 22                    |
| 2                 | 12     | 30                    |
| 3                 | 13     | 40                    |
| 4                 | 5      | 43                    |
| 5                 | 11     | 51                    |
| 6                 | 3      | 53                    |
| 7                 | 6      | 57                    |
| 8                 | 6      | 62                    |
| 9                 | 1      | 62                    |
| 10                | 4      | 65                    |
| 11                | 11     | 73                    |
| 12                | 10     | 80                    |
| 13                | 4      | 83                    |
| 14                | 8      | 89                    |
| 15 en ouder       | 16     | 100                   |

**Tabel B11.3.3. Diagnosen langerbekende patiënten per ICPC-hoofdstuk (n=141).**

| ICPC-hoofdstuk                    | diagnose |              |
|-----------------------------------|----------|--------------|
|                                   | abs.     | % (afgerond) |
| A algemeen en niet gespecificeerd | 23       | 16           |
| B bloed en bloedvormende organen  | 9        | 6            |
| D tractus digestivus              | 10       | 7            |
| K tractus circulatorius           | 13       | 9            |
| L bewegingsapparaat               | 4        | 3            |
| N zenuwstelsel                    | 3        | 2            |
| P psychische stoornissen          | 6        | 4            |
| R tractus respiratorius           | 34       | 24           |
| T endocrien, metabool en voeding  | 35       | 25           |
| U urinewegen                      | 2        | 1            |
| Z sociale problemen               | 1        | 1            |
| onbekend                          | 1        | 1            |

**Tabel B11.3.4. Motivatie voor verdere kindergeneeskundige begeleiding (n=141).**

| motivatie                       | aantal |
|---------------------------------|--------|
| evaluatie niet afgerond         | 29     |
| specialistische expertise nodig | 51     |
| restgroep                       | 59     |
| uitsluitend ouderwens           | 2      |

**Tabel B11.3.5. Relatie tussen periode bekend op de polikliniek en verwachte duur verdere begeleiding.**

| hoe lang bekend | laatste bezoek | verwachte controleduur |             |            | totaal     |
|-----------------|----------------|------------------------|-------------|------------|------------|
|                 |                | <3 maanden             | 3-6 maanden | >6 maanden |            |
| <6 maanden      | 13             | 4                      | 10          | 18         | 24         |
| 6 mnd.-1 jaar   | 5              | 2                      | 4           | 6          | 11         |
| 1-3 jaar        | 3              | 1                      | 3           | 28         | 25         |
| >3 jaar         | 4              | 1                      | -           | 39         | 30         |
| <b>totaal</b>   | <b>25</b>      | <b>8</b>               | <b>17</b>   | <b>91</b>  | <b>141</b> |

In tabel B11.3.6. wordt de visie van de kinderarts weergegeven ten aanzien van het oordeel over taakafbakening, informatie uit het Sophia Kinderziekenhuis en informatie van de huisarts aan de specialist tijdens de kindergeneeskundige begeleiding.

**Tabel B11.3.6. Oordeel van de kinderarts over taakafbakening, informatie uit het Sophia Kinderziekenhuis en informatie van de huisarts.**

|                    | taakafbakening | info SKZ   | info huisarts |
|--------------------|----------------|------------|---------------|
| duidelijk/goed     | 98             | 83         | 41            |
| ◇                  | 13             | 16         | 37            |
| onduidelijk/slecht | 5              | 14         | 26            |
| onbekend           | 25             | 28         | 37            |
| <b>totaal</b>      | <b>141</b>     | <b>141</b> | <b>141</b>    |

## Bijlage 11.4.

PROJECT "HUISARTS-KINDERARTS"  
Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut  
Sophia Kinderziekenhuis

### AANMELDINGSFORMULIER CONSULTBESPREKING

ten behoeve van in het S.K.Z. onder behandeling zijnde patiënten

Afspraak d.d.

Naam patiënt:

Geboortedatum:

Adres:

Huisarts:

Bij welk subspecialisme kindergeneeskunde onder behandeling:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> algemene kindergeneeskunde | <input type="radio"/> pulmonologie              |
| <input type="radio"/> endocrinologie/diabetes    | <input type="radio"/> cardiologie               |
| <input type="radio"/> gastroënterologie          | <input type="radio"/> nefrologie                |
| <input type="radio"/> stofwisselingsziekte       | <input type="radio"/> infectie-en immuunziekten |
| <input type="radio"/> reumatologie               | <input type="radio"/> neonatologie              |
| <input type="radio"/> oncologie                  |   |

1. Wist u vóór ontvangst van de maandoverzichten dat dit kind nog onder specialistische behandeling was?  ja  nee
2. Is uw initiële vraagstelling beantwoord?  ja  nee
3. Diagnose:
4. In hoeverre ondersteunt u de specialistische follow-up? van harte  volstrekt niet
5. Is er overleg geweest met betrekking tot:
  - de noodzaak van specialistische follow-up?  ja  nee
  - het beleid bij acute situaties?  ja  nee
  - de mogelijkheid van eerstelijns controles?  ja  nee
6. Heeft u het afgelopen jaar nog contact gehad met:
  - het kind?  ja  nee
  - de gezinsleden?  ja  nee
7. Indien u contact heeft gehad met het kind, heeft u de specialist daarvan op de hoogte gebracht?  ja  nee
8. Hoe is uw oordeel over de informatie, die u van de specialist gekregen?  
slecht  goed
9. Wanneer heeft u de laatste brief van de specialist ontvangen? d.d.
10. Komt het beleid van de specialist overeen met uw verwachtingen?  
boven verwachting  beneden verwachting
11. Hoe is uw oordeel over de taakafbakening tussen huisarts en specialist bij deze patiënt?  
duidelijk  onduidelijk
12. Motivatie voor aanmelding consultatief overleg:
  - verduidelijking beleid kinderarts
  - verduidelijking ziektebeeld en prognose
  - veel acute situatie waarbij de huisarts geroepen wordt
  - psycho-sociale probleem
  - niet gecoördineerde zorgverlening
  - ergernis over
  - wens (deel van) de zorg over te nemen
  - andere, namelijk



## **Bijlage 12.1.**

### **REGLEMENT TER BESCHERMING VAN DE PERSOONLIJKE LEVENSSFEER VAN DE BIJ HET ONDERZOEK "SAMENWERKING ZIEKENHUIS - EERSTE LIJN MET BETREKKING TOT KINDERGENEESKUNDE" BETROKKEN PERSONEN.**

Deelonderzoek: het voorschrijven van medicatie bij astma

Doel: Het scheppen van waarborgen voor het recht op privacy binnen het kader van het verrichten van wetenschappelijk onderzoek. Zodra de gegevens in het verwerkingssysteem worden ingevoerd, bevatten zij geen op individuele personen herleidbare gegevens meer.

#### **I. Algemene bepalingen**

##### *Artikel 1. Definities*

In dit reglement wordt verstaan onder:

de apothekers: de aan het onderzoek meewerkende apothekers

het onderzoek: zie protocol

de onderzoekers: de in het protocol genoemden

de projectleider(s): de hoofden van de vakgroepen Huisartsgeneeskunde en Kindergeneeskunde van de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

de projectgroep: de projectleiders en de onderzoekers.

patiënten: alle 0-14 jarigen, voor wie gedurende de onderzoeksperiode bij de apothekers een recept is ingeleverd.

verwerkingssysteem: het geheel van apparatuur en programmatuur dat geschikt is voor de verwerking en analyse van de gegevensverzameling.

##### *Artikel 2*

De projectgroep is verantwoordelijk voor de naleving van dit reglement met het oog op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de bij het onderzoek betrokken personen.

##### *Artikel 3. Gegevensverzameling*

De projectgroep verzamelt ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek gegevens, die worden verstrekt door de bij het onderzoek betrokken apothekers.

#### **II. Beheer**

##### *Artikel 4. De beheerder*

De beheerder van de gegevensverzameling is het hoofd van de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Erasmus Universiteit te Rotterdam, Prof.Dr. H.J. Dokter.

##### *Artikel 5*

De gegevensverzameling is gedurende de periode dat de gegevens worden verzameld en geanonimiseerd in het verwerkingssysteem worden opgeslagen, alleen toegankelijk voor de projectgroep. Hierbij zijn de regels van het (medisch) beroepsgeheim van toepassing.

#### **III. Gegevensverzameling**

##### *Artikel 6*

Gegevens van patiënten worden op de volgende wijze verkregen:

1. uit het patiënten-medicatiebestand van de apothekers;
2. uit het bevolkingsregister van de gemeente.

##### *Artikel 7*

Bij het verzamelen en verwerken van de gegevens ten behoeve van het onderzoek wordt de volgende procedure gevolgd ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënten:

- nadat de gegevens gecontroleerd en eventueel aangevuld zijn, worden de patiëntgegevens gecodeerd;
- deze anonieme gegevens worden opgeslagen in het verwerkingsstelsel;
- alle informatie, die nodig is om de codenummers te reconstrueren, zal gedurende het onderzoek alleen toegankelijk zijn voor de onderzoekers en bij het afsluiten van het onderzoek worden vernietigd.

#### **IV. De gegevens**

##### *Artikel 8*

Publicatie van de tijdens dit onderzoek verkregen gegevens zal steeds zodanig geschieden, dat de in of bij de publicatie vermelde gegevens niet herleidbaar zijn tot individuele personen, tenzij hiervoor de toestemming is gevraagd en verkregen van de betrokkenen.

##### *Artikel 9*

Dit reglement is per 1 januari 1990 in werking getreden en blijft van kracht tot de gegevensverzameling wordt vernietigd, doch uiterlijk tot 1 januari 1992.



2

## Curriculum vitae

Louise Wilhelmina Antoinette van Suijlekom-Smit werd op 2 april 1946 geboren te Amsterdam. In 1964 behaalde zij het eindexamen Gymnasium B aan het Amsterdams Lyceum. In dat zelfde jaar begon zij de studie geneeskunde aan de Rijks Universiteit Leiden, waar in 1970 het doctoraal-examen en in 1972 het artsexamen behaald werd. Tijdens haar studie was zij van 1965 tot 1972 als student-assistent met onderwijs- en onderzoektaken verbonden aan het Laboratorium voor Celbiologie en Histologie (toenmalig hoofd: Prof. Dr. P.J. Gaillardt\*). Van april tot juni 1971 was zij als vakantie-assistent werkzaam op de afdeling kindergeneeskunde van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit te Amsterdam (toenmalig hoofd: Prof. Dr. T.A. Stahlie). Voor haar opleiding tot specialist werkte zij gedurende acht maanden als waarnemend huisarts in verschillende delen van het land.

De opleiding tot kinderarts vond plaats van 1973 tot en met 1976 bij de afdeling kindergeneeskunde van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Sophia Kinderziekenhuis (hoofd: Prof. Dr. H.K.A. Visser). Op 1 januari 1977 werd zij als kinderarts in het specialistenregister ingeschreven. Sindsdien is zij als stafid - en in de periode 1981 tot en met 1986 als hoofd - werkzaam op de polikliniek Algemene Kindergeneeskunde van het Sophia Kinderziekenhuis. Binnen deze functie is zij sinds 1981 tevens verantwoordelijk voor de kinderreumatologie.

In het kader van het in dit proefschrift beschreven onderzoek werden sedert 1987 diverse internationale cursussen epidemiologie gevolgd; in 1993 werd zij ingeschreven in het register van epidemiologen.

Zij is gehuwd met Rob van Suijlekom en moeder van drie kinderen: Dirk Pieter, Louise en Wouter geboren in 1982, 1984 en 1986.



## Curriculum vitae

Elly Crone-Kraaijeveld werd op 20 juni 1957 geboren te Rotterdam.

Na het behalen van het eindexamen Voorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs aan de christelijke scholengemeenschap "Comenius" te Capelle aan den IJssel begon zij in 1976 met de studie geneeskunde aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

Tijdens haar studie was zij van 1978 tot 1982 werkzaam als lid van het medisch studententeam op de afdeling Neurologie van het Dijkzigtziekenhuis te Rotterdam en in het studiejaar 1979/80 als student-assistent op de afdeling Neonatologie van het Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam.

In 1983 werd het artsexamen behaald waarna zij - in afwachting van de opleiding tot huisarts - als docente verbonden was aan de opleiding tot verpleegkundige-A van de Prinses Margriet-school te Rotterdam en als assistent-arts werkzaam was in de oogartspraktijk van K.H. Hagemans te Capelle aan den IJssel. Zij is sinds 1983 betrokken bij het onderwijs in de E.H.B.O. en sedert 1990 rayon-arts E.H.B.O. van de kadergroep regio Zuid-Holland XIII te Gouda.

Na de huisartsopleiding (praktijk H.A. van Dam en D.G. de Jong te Rotterdam-Zuid) en enkele waarnemingen werkt zij vanaf 1986 als huisarts in de praktijk van D.S. Rooker en Dr. F.P.M.J. Groeneveld te Krimpen aan den IJssel.

Sinds 1986 is zij als wetenschappelijk medewerker verbonden aan het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut (Hoofd: Prof. Dr. H.J. Dokter tot 1991; Prof. Dr. E. van der Does 1991-1992; Prof. Dr. A. Prins 1992 tot heden); aanvankelijk als onderzoeker in opleiding en sinds oktober 1992 als coördinator van het basisonderwijs. Sedert 1987 werden diverse internationale cursussen epidemiologie gevolgd; waarna ze in 1993 werd ingeschreven in het register van epidemiologen. In 1994 werd zij door de Faculteitsraad benoemd als docent-lid van de Commissie Kwaliteit Onderwijs.

Ze is gehuwd met Gerard Crone en moeder van Sjoerd (1993).





## Dankwoord

*Gedeelde vreugd is halve smart*

J.W. Mettau, 1984

Onderzoek doe je, gelukkig, niet alleen en ook bij het schrijven van dit proefschrift was er steun en aanmoediging van velen.

Enkelen van hen wil ik in het bijzonder bedanken.

Prof. Dr. H.K.A. Visser, beste Henk, ik heb het altijd als een voorrecht beschouwd dat ik na een Leidse studie in Rotterdam terecht kon voor mijn opleiding tot kinderarts. Het Sophia Kinderziekenhuis is ook door de wijze waarop jij vormgegeven hebt aan de afdeling kindergeneeskunde een stimulerende werkomgeving, waar naast vergaande subspecialisatie een ruime plaats is ingeruimd voor de algemene kindergeneeskunde. Je visie op de kindergeneeskunde als veelomvattend vakgebied bleek ook tijdens de besprekingen die wij hadden over dit onderzoek. Ik dank je voor de mogelijkheden die ik kreeg in alle jaren dat ik nu werkzaam ben in het Sophia Kinderziekenhuis en je begeleiding bij de uitvoering van dit onderzoek.

Prof. Dr. H.J. Dokter, beste Heert, in analogie met jouw visie op het belang van de persoon van de dokter heb ik ervaren dat voor een promovendus de persoon van de promotor minstens zo belangrijk is. Ik dank je voor je betrokkenheid bij ons onderzoek en de steun bij het schrijven van het boekje, vooral ook toen het niet zo goed ging.

Prof. Dr. A.F. Casparie dank ik voor de snelle en nauwgezette wijze waarop hij als lid van de promotiecommissie het manuscript doornam en de waardevolle adviezen.

Prof. Dr. J. van der Zee dank ik voor de kritische wijze waarop hij het manuscript beoordeelde; het heeft bijgedragen aan de uiteindelijke kwaliteit van dit proefschrift.

Elly Crone-Kraaijeveld, lieve Elly, jij hebt gelukkig een aantal vaardigheden die ik niet bezit. Het was voor mij een zorg minder dat jij een groot deel van de administratieve ellende bij de vele versies van ons manuscript op je hebt genomen. Wij hebben al die jaren in goede harmonie kunnen werken, waarschijnlijk vooral doordat onze eigenschappen deels complementair zijn. Hoewel het in zekere zin van ieder een dubbele inzet vraagt om samen een proefschrift te schrijven, ben ik blij dat het voor ons een gezamenlijke onderneming was. We hebben er een proeve van samenwerking van gemaakt. Het citaat bij dit dankwoord is vooral voor jou!

Dr. J.C. van der Wouden, beste Hans, jou komt de eer toe een sluimerend idee op het juiste moment omgezet te hebben in een projectaanvraag die gehonoreerd werd. Dit heeft niet alleen dit proefschrift opgeleverd, maar het betekende ook de start van een nieuwe onderzoeklijn binnen het huisartseninstituut. Aan de vele uren die we samen achter jouw computer doorbrachten met de analyses van een soms weerbarstig data-bestand bewaar ik goede herinneringen. Bij de vele andere deelprojecten, uitgevoerd met studenten en arts-assistenten, heb ik ervaren hoe stimulerend het is samen aan onderzoek te werken. Ik hoop dat wij onze samenwerking nog geruime tijd kunnen continueren.

Drs. M.A. Bruijnzeels, beste Marc, in de eerste plaats dank ik je voor je steun bij de statistische bewerking van de gegevens van ons onderzoek; streng maar rechtvaardig! Daarnaast heeft de enthousiaste inzet waarmee je steeds weer vragen met behulp van het NIVEL-bestand weet te beantwoorden, bijgedragen aan de bloei van de "kinderlijn" van het RUHI.

Het was een gelukkige omstandigheid dat door het NIVEL in de zelfde periode als dit onderzoek de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk werd uitgevoerd. In het bijzonder bedank ik de projectleiders Drs. J. van der Velden en Dr. M. Foets. Beste Koos en Marleen, door afstemming op de methode en toetsing aan jullie gegevens werd een extra dimensie aan ons onderzoek toegevoegd.

Jan Spaan, nu huisarts, verzette als arts-onderzoeker veel werk bij de analyse van de huisartsen- en kinderartsenbrieven. Beste Jan, vele uren bracht je door achter mijn pc met stapels statussen om je heen. Dit "monnikenwerk" resulteerde in een hoofdstuk in dit boekje, een beter inzicht in de communicatie tussen huisarts en kinderarts en de conclusie dat de parallelregistratie het handelen van de betrokkenen niet te zeer beïnvloed had.

Hans Uijen, was tijdens zijn keuzeonderzoek de "niet bij de behandeling en begeleiding van patiënten betrokken" onderzoeker die de ouders thuis opzocht om hen te enquêteren over het consultspreekuur. Beste Hans, door de wijze waarop je dit deed hebben wij veel informatie verkregen. Ook door je verdere inspanningen bij de evaluatie van deze interventie heb je mij zeer geholpen.

De huisartsen in Krimpen aan den IJssel dank ik voor de bereidheid mee te werken aan het onderzoek en de gastvrijheid in het gezondheidscentrum. Ik heb tijdens de duur van het onderzoek veranderingen in onze samenwerking en een groeiend vertrouwen ervaren. Dat dit zich maar ten dele liet vertalen in maat en getal doet niets af aan het feit dat het een bijzondere ervaring was mijn eigen vak in jullie setting uit te oefenen.

Helene Brondijk en Julia van Dam dank ik voor de coördinatie van zowel de consultspreekuren als de besprekingen in de praktijken.

De collegae met wie ik de laatste jaren op de polikliniek algemene kindergeneeskunde samen-gewerkt heb: Roland Aarsen, Arda Derksen-Lubsen, Arja de Goede-Bolder, Henriëtte van Steensel-Moll, Margo Smit, Marijke Servat en Pieter Zwart dank ik voor de ruimte die zij mij gaven om aan dit onderzoek te werken en de steun in de laatste fase. Het is goed dat de laatste jaren - door verschillende projecten - steeds duidelijker is geworden dat er ook in het SKZ een plaats is voor algemeen kindergeneeskundig onderzoek.

Annelies Kloos, dank ik speciaal voor haar oog voor en bijdrage aan de sfeer op de poli.

Alle medewerkers van het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut dank ik voor wijze waarop zij mij opnamen in hun midden. Ik voel mij altijd welkom in het pand aan de Mathenesserlaan. Na jullie verhuizing naar Hoboken zijn wij alleen nog maar een wandeling door de luchtbrug van elkaar verwijderd. De samenwerking tussen onze afdelingen kan alleen maar groeien!

De medewerkers van de Centrale Dienst Automatisering en Informatieverwerking maakten het signaleringsprogramma voor bezoeken van kinderen uit Krimpen aan den IJssel aan onze poliklinieken. Ook de overzichten van polikliniekbezoek en alle opnamen kwamen als "supervragen" van deze afdeling.

Gedurende de registratieperioden traceerden de medewerkers van de afsprakenbalie dagelijks de polikliniekbezoeken.

Alle kinderartsen en arts-assistenten die spreekuur deden waren gelukkig bereid anderhalf jaar lang de registratie-formulieren in te vullen.

De doktersassistenten en verpleegkundigen van de poliklinieken zorgden ervoor dat de ingevulde formulieren weer bij mij terecht kwamen.

Ik dank eenieder voor hun bijdrage aan het goede verloop van de registraties.

Joop van Dijk, graficus, is in het SKZ een goede buurman bij wie ik altijd terecht kan voor hulp bij figuren, tabellen en zo meer. Dankzij zijn vakmanschap heeft dit boekje de definitieve vorm gekregen, waar wij heel tevreden over zijn.

Hélène P. de Jong-Landa was verrast toen ik haar vroeg mijn paranimf te worden. Wij hebben al jaren prima contacten binnen de ziekenhuisorganisatie en daar buiten als werkende moeders met herkenbare problemen, buurtgenoten en vriendinnen. Lieve Hélène, ik dank je voor de jouw zo eigen voortvarendheid waarmee jij je taken hebt opgepakt.

Zonder Mevrouw C. Baas-de Leeuw kan ik mij ons huishouden eigenlijk niet goed voorstellen. Lieve mevrouw Baas, U heeft het talent veel te regelen en mij toch het gevoel te geven dat het gaat zoals ik het graag wil. Voor onze kinderen en vaak ook hun vriendjes en vriendinnetjes weet U het altijd gezellig te maken. De manier waarop U het team - Mevrouw de Vries en Mevrouw van der Pluym, die wij evenmin kunnen missen - organiseert, is onnavolgbaar.

Mijn ouders ben ik dankbaar dat zij mij stimuleerden te worden wat ik als kleuter al wilde: dokter. Zij gaven mij door de opvoeding die ik kreeg veel levenswijsheid mee. Ik prijs mij gelukkig dat mijn moeder ook deze fase in mijn leven heeft kunnen meemaken. Lieve mama, het is goed te zien dat je zo trots op me bent.

Niet het uitvoeren van het onderzoek maar wel het schrijfwerk heeft een stempel gedrukt op ons gezinsleven. Lieve Rob, je keuze voor een vrouw met een vak en carrière was, zeg je, een zeer bewuste. De wijze waarop wij thuis de taken verdelen benadert het ideaal van veel werkende vrouwen. Ik dank je voor ons leven samen, dit intermezzo is voorbij.

Lieve Dirk Pieter, Lous en Wouter het is maar goed dat jullie steeds voor relativerende momenten zorgden. Het boekje is nu klaar!

Alle vrienden voor wie te weinig tijd was hebben wel een feestje verdiend.

Risette



## Dankwoord

De eindstreep van dit onderzoek zou ik niet hebben gehaald zonder de steun en medewerking van velen. Ik bedank iedereen die een bijdrage heeft geleverd, met speciale waardering voor de volgende mensen:

Prof. Dr. H.J. Dokter, mijn eerste promotor. Beste Heert, hierbij wil ik mijn waardering uitspreken voor je visie met betrekking tot de professionalisering van de huisartsgeneeskunde op basis van medisch- en attitudegericht onderzoek en de wijze waarop je deze visie voor het RUHI hebt gerealiseerd.

Ten aanzien van dit proefschrift wil ik je bedanken voor de kans die je me hebt gegeven zo kort na het afronden van de huisartsopleiding. Ik heb veel geleerd van je benadering van problemen en je wijze om mensen te stimuleren. De buitengewone betrokkenheid tijdens alle fasen van het onderzoek was inspirerend. Je hebt me de weg gewezen in het doen van onderzoek. Onder jouw wakend oog was het veilig vallen en opstaan.

Prof. Dr. H.K.A. Visser, mijn tweede promotor. Beste Henk, ik ben je zeer erkentelijk voor je inzet en deskundigheid. Ik heb de samenwerking in de afgelopen jaren als zeer prettig, stimulerend en leerzaam ervaren; jouw inbreng onderstreept voor mij dat behalve de expertise van, ook de sfeer tussen kinderarts en huisarts bepalend is voor het resultaat.

Prof. Dr. A.F. Casparie wil ik bedanken voor de bereidheid zitting te nemen in de promotiecommissie, zijn behulpzaamheid en de fundamentele bijdrage die hij leverde.

Prof. Dr. J. van der Zee, dank ik voor zijn bereidheid het manuscript als lid van de promotiecommissie kritisch te lezen, hetgeen het proefschrift ten goede is gekomen.

Lisette van Suijlekom-Smit, kinderarts en co-auteur van dit proefschrift. Jouw deskundigheid, liefde en feeling voor het vak inspireerden mij bij dit onderzoek. Je vaardigheid in het vlot formuleren en structureren van gedachten heeft menig gedachtenkronkel van mij verder richting gegeven. Het samen met hetzelfde bezig zijn, waaronder hard werken gevolgd door uitgebreid tafelen in Amerika, het afstemmen van ideeën en vooral het vele uren ploeteren achter de pc heeft een speciale band gesmeed. Je hartelijkheid, zorgzaamheid en de soms zo noodzakelijke opbeurende woorden gaven mij de energie om door te gaan tijdens de vele moeilijke momenten. Voor mij is dit boekje slechts een hoofdstuk in de vriendschap met jou en Rob.

Dr. J.C. van der Wouden, beste Hans, ik dank je voor jouw bijdrage bij het opstarten van het onderzoek, de bewerking van diverse bestanden en het kritisch lezen van het manuscript.

Drs. M.A. Bruijnzeels. Beste Marc, dankzij jouw 'ontleding' van het bestand van de 'Nationale Studie' kon deze vergeleken worden met de gegevens van Krimpen aan den IJssel. De nauwgezetheid waarmee je de statistische bewerking van dit proefschrift hebt verricht, alsmede je heldere toelichting heb ik als bijzonder prettig ervaren. De levendige discussies met jou hebben me heel wat bijgebracht en waren een stimulans op momenten dat mijn motivatie beneden het vriespunt was gedaald. Ik heb het zeer gewaardeerd dat ik altijd een beroep op je kon doen.

De huisartsen in Krimpen aan den IJssel dank ik voor de hoeveelheid werk die ze tijdens de registratie hebben verzet. Bovendien was ik altijd welkom in de praktijken voor het verkrijgen van aanvullende informatie. De commentaren op het onderzoek en de resultaten waren waardevol.

Dik Rooker en Frans Groeneveld, jullie toonden belangstelling voor het onderzoek, ieder op de jullie zo eigen wijze. Het werken in jullie praktijk bracht het onmisbare evenwicht in mijn bezigheden als huisarts en onderzoeker.

De praktijkassistenten ben ik dankbaar voor hun hulp en koffie bij de controles en de aanvulling van de gegevens. Helene Brondijk verdient speciale vermelding vanwege haar hulp bij het coderen van de registratieformulieren.

Ben Geurts en Peter Schot, apothekers, wil ik bedanken voor hun inbreng tijdens de nascholingsbijeenkomsten. Het feit dat jullie de prescriptiegegevens voor mij bruikbaar hebben gemaakt voor analyse was essentieel voor een deel van het onderzoek.

Hans Koning, de literatuurstudie en de bewerking van de gastroënteritisepisoden, die je tijdens je keuze-onderzoek verricht hebt, zijn van wezenlijk belang geweest voor een nascholingsbijeenkomst.

Drs. J.M. Hollander, huisarts en eindredacteur van het "Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde". Beste Joop, ik wil je hierbij bedanken voor de consciëntieuze wijze waarop je het manuscript qua spelling en stijl becommentarieerde en corrigeerde.

Mrs. Dora Toft dank ik voor haar waardevolle suggesties ter verbetering en correctie van de summary. Haar waardering voor een correct gebruik van het Engels, betrokkenheid met de engelse gezondheidszorg, interesse in het onderwerp en haar vriendschap hebben de summary een extra dimensie gegeven.

Joop van Dijk, jouw deskundige advisering en de nauwgezetheid waarmee je de figuren en tabellen bewerkte, hebben het boekje qua vormgeving de kwaliteit gegeven, die zelfs voldoet aan onze eisen.

De heren H. Bijdevier en S. de Haij van de afdeling Burgerzaken van de gemeente Krimpen aan den IJssel ben ik erkentelijk voor het ter beschikking stellen van de gegevens betreffende de opbouw van de bevolking.

Drs. J. van der Velden en Dr. M. Foets, beste Koos en Marleen, door het ter beschikking stellen van de gegevens van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk heeft het proefschrift aan waarde gewonnen.

De medewerkers van het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut dank ik voor hun steun en belangstelling tijdens het hele onderzoektraject. Zonder de anderen daarin tekort te willen doen wil ik Els van Soest bedanken. Je hebt me de laatste maanden veel praktisch werk ten behoeve van de basisopleiding uit handen genomen, waardoor de aandacht op het proefschrift gericht kon blijven.

Prof. Dr. A. Prins, beste Ad, de interessante discussie tijdens een E.H.B.O.-avond wekte mijn belangstelling in de wetenschap en voor dit onderzoek in het bijzonder. Terugdenkend zijn discussies met jou in grote mate bepalend geweest voor de invulling die ik aan het dokter-zijn geef. Ik dank je voor je 'vak-vaderschap'.

Prof. Dr. E. van der Does, beste Emiel, het afronden van een universitaire opleiding betekent nog niet dat iemand in staat is wetenschappelijk onderzoek te verrichten, evenmin is het een garantie voor het kunnen geven van goed onderwijs. Hoewel jouw begeleiding zich wat mij betreft meer richtte op het tweede aspect, ben ik je dankbaar voor de leerzame en inspirerende discussies op beide gebieden.

Satys Sriram wil ik danken voor de wijze waarop zij een deel van mijn taken thuis overnam en rust creëerde, zodat ik zonder zorgen aan dit boekje kon werken.

Het groepje "ex-Comeniusgangers" wil ik danken voor de vriendschap die bewaard bleef, terwijl ik er zelf zo weinig tijd voor nam.

Ten slotte dank ik allen die mij dierbaar zijn voor de wijze waarop zij mij de afgelopen jaren geholpen hebben en mijn afwezigheid fysiek en/of mentaal voor lief hebben genomen. Een aantal mensen namen hierbij een hele speciale plaats in.

Met liefde dank ik mijn ouders, die het met hun niet aflatende steun en bemoediging mogelijk hebben gemaakt dat ik ben geworden, wat ik altijd heb gewild. Zo kunnen terugvallen is een zeldzaam goed.

Het samen opgroeien met Dineke en Bert heeft me leren relativeren en ruimte geven. Het gaf me ook die veerkracht, die noodzakelijk bleek om dit proefschrift af te ronden.

Gerard, je stapte tijdens het onderzoek gedecideerd mijn leven binnen. "Onafhankelijkheidsdag" werd door de capitulatie de dag van de grootste overwinning. Je zorgde voor de nodige rust en stabiliteit als ik door al het denk- en schrijfwerk weer eens al te onrustig werd. Zonder jou was het niet gelukt!

Sjoerd, ik had gedacht dat het boekje af zou zijn bij jouw komst, maar je hebt nog een aantal maanden de aandacht moeten delen met stapels papier. De enthousiaste wijze waarop je als jonge onderzoeker de wereld ontdekt, heeft me enorm geholpen de moed erin te houden.



*So eine Arbeit wird eigentlich nie fertig, man muß sie für fertig erklären,  
wenn man nach Zeit und Umständen das Möglichste getan hat.*

Goethe 1749-1832