

Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen

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

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

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

PRAKTIJKVERKLEINING EN AANDACHT VOOR POSITIEVE GEZONDHEID

In 2015 heeft Huisartsenpraktijk Afferden, een duopraktijk met ongeveer 2750 patiënten op het platteland van Noord-Limburg, in samenwerking met zorgverzekeraar VGZ en zorggroep Syntein een programmavoorstel uitgewerkt in het kader van het Netwerk Positieve Gezondheid Noordelijke Maasvallei.⁷ De huisartsenpraktijken in dit netwerk streven ernaar recht te doen aan de verschillende dimensies van het begrip 'positieve gezondheid': mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen, dagelijks functioneren en lichaamsfuncties.⁸⁻¹⁰ Als deze benadering zinvol lijkt bij een patiënt, moet de huisarts daarvoor extra consulttijd kunnen uittrekken. Daarom werden in de praktijkorganisatie vier veranderingen doorgevoerd.

- Per 1 oktober 2015 werd de praktijkgrootte teruggebracht van 2300 naar 1810 patiënten per fulltime huisarts door

een waarnemer aan te trekken voor twee dagen per week. De feitelijke toename van 1,2 naar 1,6 fte praktijkbezetting werd bekostigd door VGZ.

- De praktijk kreeg toestemming voor een andere vorm van financiering. Vanaf 1 januari 2016 declareerde ze geen verwijzingen meer; voor de jaren 2016 en 2017 werd een vast bedrag per patiënt afgesproken op basis van de omzetcijfers over 2015.
- Vanaf 1 mei 2016 hielden de drie huisartsen wekelijks een onderlinge bespreking waarin ze de verwijzingen van de afgelopen week inhoudelijk beoordeelden.
- Alle praktijkmedewerkers doorliepen tussen januari 2015 en juni 2017 leertrajecten zodat ze in de consulten aandacht konden geven aan de verschillende dimensies van het begrip 'positieve gezondheid'.⁸⁻¹⁰

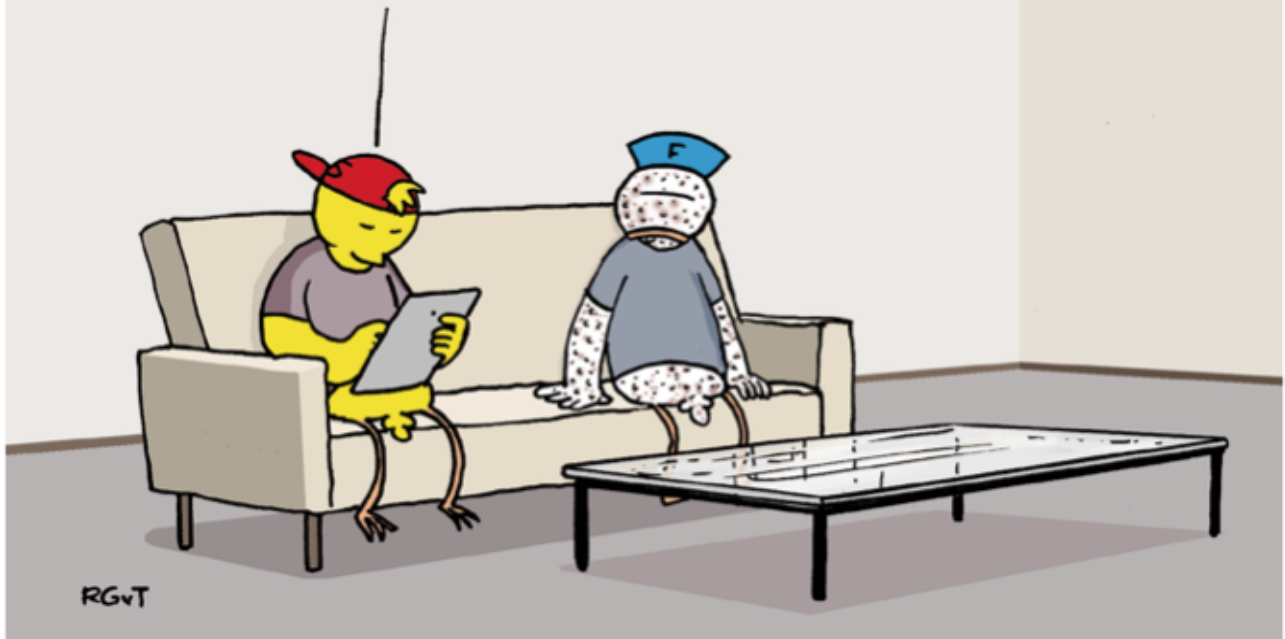
Waar dat passend was, probeerden de huisartsen het medische circuit te vermijden en werkten ze samen met de patiënt aan een oplossing in het sociale domein of anderszins. Dat gebeurde met gesprekstechnieken, folders en bijeenkomsten in samenwerking met het sociale team van de gemeente Bergen, waar Afferden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

DE KERN

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

FOKKE & SUKKE HEBBEN DAAR EEN APP VOOR

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



van mei 2015 tot april 2016 (periode 1) werden vergeleken met die uit de periode van mei 2016 tot april 2017 (periode 2). Verwijzingen door de dokterspost in avond-, nacht- en weekenddiensten werden niet meegenomen in de analyses.

EFFECT OP HET AANTAL VERWIJZINGEN

De [tabel] laat het verschil zien in het aantal verwijzingen in periode 1 en in periode 2. Voor de analyse gebruikten we de chikwatraattoets en de T-toets in de statistische module van Microsoft Excel 2016. In periode 1 werden 732 patiënten verwezen, in periode 2 waren dat er 549. Het aantal verwijzingen per 1000 patiënten nam af met 25%, van 268,2 naar 202,2. De landelijke trend was juist een toename van 291,1 verwijzingen per 1000 ingeschreven patiënten in 2015 naar 303,6 in 2016, een stijging van 4%.¹⁵

Tabel Aantal verwijzingen voor en na praktijkverkleining

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

* 1 mei 2015 tot en met 30 april 2016,

† 1 mei 2016 tot en met 30 april 2017.

‡ Chikwadraattoets; significante verschillen ($p < 0,05$) zijn vet gedrukt.

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

VERGELIJKING MET ANDER ONDERZOEK

Praktijkverkleining kost geld, maar als huisartsen hierdoor minder gaan verwijzen, doen ze minder vaak een beroep op dure tweedelijns zorg en kan op de kosten daarvan worden bespaard. Maar welk aantal verwijzingen is passend in een huisartsenpraktijk? Huisartsen met een laag verwijsperscentage kunnen een gevaar voor hun patiënten zijn, huisartsen met een hoog verwijsperscentage kunnen onnodige kosten genereren.¹⁶ Alleen een inhoudelijke beoordeling kan uitwijzen of een verwijzing zinvol is.^{17,18} De casuïstiek in de [bijlage] bij dit artikel illustreert dit. In een aantal onderzoeken naar de relatie tussen praktijkgrootte en aantal verwijzingen bleek die relatie juist omgekeerd aan onze bevinding: het aantal verwijzingen nam toe bij uitbreiding van de huisartscapaciteit.^{19,20} De onderzoekers concludeerden dat 'meer van dezelfde huisartsenzorg de druk op de tweede lijn amper zal verlagen' en stelden dat de druk op de tweede lijn alleen verlaagd kan worden als de uitbreiding



Tijd voor patiënten in Huisartsenpraktijk Afferden.

Foto's: Margot Scheerder

van de huisartsencapaciteit gepaard gaat met een reorganisatie en heroriëntatie van de zorg.¹⁹

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

CONCLUSIE

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

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

LITERATUUR

1. Lambregtse C. Meer tijd voor de patient is de echte oplossing. *de Dokter* 2017;8(4):8-11.
2. Flinterman LE, Nielen MMJ, Kroneman M, Verheij RA. NIVEL Zorgregistraties eerste lijn: Contacten met de huisartsenpraktijk [internet]. Utrecht: NIVEL; 2017. <http://www.nivel.nl/node/4350>, geraadpleegd augustus 2017.
3. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ* 2001;323:784-7.
4. Van den Hombergh P, Künzi B, Elwyn G, Akkermans R, Van Doremalen J, Grol R, et al. High workload and job stress are associated with lower practice performance in general practice; an observational study in 239 general practices in the Netherlands. *BMC Health Serv Res* 2009;9:118.
5. Van den Hombergh P, Wensing M. Biedt de huisartspraktijk met meer tijd per patiënt beter zorg? *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;154:A1226.
6. Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *BMJ* 2003;326:22-6.
7. Netwerk positieve gezondheid Noordelijke Maasvallei [internet]. Boxmeer: Syntein; 2015-2017. <http://www.netwerkpositievegezondheid.nl>, geraadpleegd november 2017.
8. Huber M, Jung HP. Persoonsgerichte zorg is gebaat bij kennis van ziekte én van gezondheid. *Bijblijven* 2015;31:589-97.
9. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AJ, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ* 2011;343:d4163.
10. Huber, M, Van Vliet, M, Giezenberg, M, Winkens, B, Heerkens, Y, Dagnelie, PC, et al. Towards a 'patient-centred' operationali-

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

Jung HP, Jung T, Liebrand S, Huber M, Stupar-Rutenfrans S, Wensing M. Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen? *Huisarts Wet* 2018;61(3):39-41. DOI: 10.1007/s12445-018-0062-y.

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

Mogelijke belangenverstrengeling: Dit implementatietraject is uitgevoerd op initiatief van de eerste auteur in overleg met zorggroep Syntein en zorgverzekeraar VGZ. De extra waarneming en het abonnementsysteem werden bekostigd door VGZ. Voortzetting van de financiering en uitbreiding naar andere praktijken zijn mede afhankelijk van de resultaten van dit onderzoek.