

University of Groningen

De kwaliteit van verwijzingen

Engelsman, Carla; Geertsema, Albert

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1994

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Engelsman, C., & Geertsema, A. (1994). *De kwaliteit van verwijzingen*. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

LEESWIJZER

De opbouw van het proefschrift geeft de mogelijkheid om het proefschrift op verschillende manieren te lezen.

Een beknopte indruk van de inhoud van dit proefschrift wordt verkregen door het lezen van de samenvatting. De samenvattingen aan het eind van ieder hoofdstuk geven uitgebreider informatie over de verschillende aspecten die zijn onderzocht. Bij de hoofdstukken 4 tot en met 10, waarin de resultaten van het onderzoek worden beschreven, wordt de samenvatting gevolgd door een beschouwing van de resultaten van het hoofdstuk. Meer gedetailleerde informatie is in de hoofdtekst van de hoofdstukken te lezen. Een uitgebreide beschrijving van de meetinstrumenten is in de bijlagen terug te vinden. Voor de lezer die geïnteresseerd is in de gebruikte statistische technieken wordt verwezen naar bijlage VIII.

De opbouw van het proefschrift is als volgt: In hoofdstuk 1 wordt ingegaan op het wetenschappelijke en maatschappelijke belang van het onderzoek; het doel van het onderzoek en de onderzoeksvragen worden geformuleerd. In hoofdstuk 2 wordt de onderzoeksvraag verder uitgewerkt en wordt het onderzoeksmodel voor het verklaren van de kwaliteit van verwijzingen gepresenteerd. Het onderzoeksontwerp en de gebruikte meetinstrumenten worden beschreven in hoofdstuk 3.

Hoofdstuk 4 tot en met hoofdstuk 10 bevatten de resultaten van het onderzoek. In hoofdstuk 4 worden de representativiteit van de steekproef en de verklarende variabelen die niet specifiek zijn voor de verwijzing, zoals leeftijd van de patiënt en omvang van de huisartsenpraktijk, besproken. In de hoofdstukken 5 tot en met 10 staan de beschrijving van de kwaliteit van verwijzingen en de verklaring van de kwaliteit centraal. In deze hoofdstukken wordt de lezer als het ware aan de hand meegenomen door de gang van het verwijsproces. In hoofdstuk 5 staat het handelen van de huisarts en de tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de huisarts centraal. In dit hoofdstuk worden tevens de meeste verklarende variabelen die specifiek zijn voor de verwijzing beschreven. De kwaliteit van de verwijsbrief is onderwerp van hoofdstuk 6. Hoofdstuk 7 beschrijft het handelen van de specialist en in hoofdstuk 8 wordt ingegaan op de kwaliteit van de specialistenbrief. Nadat in hoofdstuk 9 de uitkomst van de verwijzing is beschreven, wordt in hoofdstuk 10 de relatie tussen de verschillende aspecten van de kwaliteit van verwijzingen onderzocht. In hoofdstuk 11 wordt het proefschrift afgesloten met een slotbeschouwing.

1 INLEIDING EN ONDERZOEKSVRAGEN

1.1 Het wetenschappelijke belang van het onderzoek

Uit onderzoek blijkt dat mensen veel lichamelijke klachten hebben, maar dat slechts een klein deel van de mensen (ongeveer 10 %) naar de huisarts gaat.¹ De huisarts ziet dagelijks ruim 1 % van de praktijkpopulatie.² Het bezoek aan de huisarts is, afgezien van noodgevallen, vaak een bewuste keuze van de patiënt. Van de huisarts wordt verwacht dat deze na een gesprek met de patiënt en onderzoek, het probleem, waarvoor de patiënt komt, benoemt c.q. de diagnose stelt en een beleid voorstelt. Tijdens het contact tussen arts en patiënt volgt de arts twee sporen. Aan de ene kant zal de arts met behulp van anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek trachten tot een diagnose/werkhypothese te komen ('de agenda van de arts'). Aan de andere kant heeft de arts te maken met de vraag van de patiënt; wat zijn de ideeën, verwachtingen en gevoelens van de patiënt ('de agenda van de patiënt'). Wat er verder gebeurt zal zowel door de agenda van de arts als door de agenda van de patiënt worden bepaald.³

Eén van de mogelijkheden die de huisarts ter beschikking staat, is de patiënt naar een medisch specialist te verwijzen. In Nederland maakt de huisarts hiervan gemiddeld bij 6 % van de contacten met patiënten gebruik. Gemiddeld worden per jaar 278 per 1000 ingeschreven patiënten verwezen, waarbij een grote spreiding tussen de huisartsen bestaat.^{4 5} Het aantal verwijzingskaarten per jaar, exclusief oogheelkundige verwijzingen, is ca 350 per 1000 ziekenfondsverzekerden.²

Het verwijzen van een patiënt door de huisarts naar een specialist, waarover het in dit proefschrift gaat, is een complex gebeuren en het is een handeling die een hele keten van gebeurtenissen in gang kan zetten. Onzekerheden bij de artsen en ongerustheid bij de patiënt spelen een belangrijke rol gedurende het gehele proces.

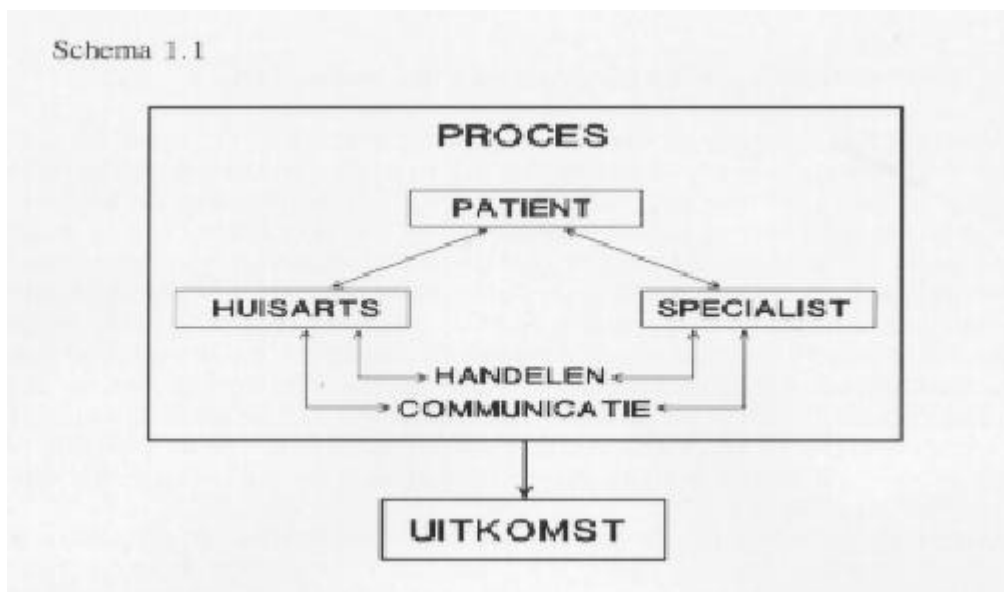
In het verwijzingsproces zijn verschillende beslismomenten te onderscheiden. De beslismomenten zijn deels routinematig, maar deels ook uniek voor de situatie. Een belangrijk beslismoment is uiteraard de keuze om wel of niet te verwijzen. Op dat moment dient deze mogelijkheid te worden afgewogen tegen alternatieven, zoals afwachten, meer diagnostiek verrichten, een therapie instellen of een specialist telefonisch consulteren.

Eenmaal in het ziekenhuis doen zich opnieuw een groot aantal beslismomenten voor, nu in de relatie specialist-patiënt; beslissingen over het diagnostisch en therapeutisch beleid en over de duur van de specialistische zorg.

Bij de beslissingen die de artsen en de patiënten moeten nemen speelt de communicatie een belangrijke rol. Bij de keuzes die moeten worden gemaakt en de informatie die moet worden overgedragen zijn de opvattingen en verwachtingen van de drie actoren van groot belang.

Schematisch gezien kan de verwijzing worden verdeeld in het proces en de uitkomst van de verwijzing (zie schema 1.1). De patiënt is met zijn gezondheidsprobleem de initiator, die het proces tussen huisarts en specialist in gang zet. De uitkomst: verbetering van de klachten, zekerheid over de diagnose of geruststelling van de patiënt, is het doel van de verwijzing. Het proces: het handelen van de huisarts en de specialist en de onderlinge communicatie, dient om dit doel te bereiken.

Schema 1.1



Over de aspecten van het proces en de uitkomst van de verwijzing valt in kwalitatieve zin iets te zeggen: hoe doeltreffend is de verwijzing, hoe doelmatig handelen de artsen, hoe is de kwaliteit van de communicatie tussen de artsen en hoe tevreden is de patiënt over de geleverde zorg. Deze aspecten staan centraal in dit proefschrift en zijn ondergebracht in de titel: ‘De kwaliteit van verwijzingen’.

Onderzoek naar het proces en de uitkomst, op het niveau van het patiënt-arts contact, is weinig verricht. De meeste onderzoeken hebben zich tot nu toe gericht op één aspect van het verwijzen. Hierbij heeft onderzoek naar de verklaring van de hoogte van het verwijscijfer, op geaggregeerd niveau, de meeste aandacht gehad.⁶⁻¹³ De onderzoeken naar de hoogte van het verwijscijfer laten echter geen kwalitatief oordeel over het verwijsbeleid toe.¹⁴ Er bestaat nauwelijks inzicht in de vraag of de weinig verwijzende huisarts zijn patiënten tekort doet of dat de veel verwijzende huisarts zijn patiënten onnodig verwijst. Huygen et al. deden onderzoek naar de relatie tussen de werkstijl van huisartsen en de gezondheidstoestand van de patiënten in hun praktijk. Hieruit komt naar voren dat de patiënten van huisartsen met een ‘geïntegreerde

werkstijl' (huisartsen die onder anderen relatief weinig verwijzen) zich gezonder voelen dan patiënten van huisartsen met een 'interventie werkstijl' (huisartsen die relatief frequent verwijzen).¹⁵

Er is evenmin empirisch onderzoek verricht naar de samenhang tussen de verschillende aspecten van de verwijzing, bijvoorbeeld tussen de doelmatigheid van het handelen van de artsen en de doeltreffendheid van de verwijzing.

De bij een verwijzing betrokken actoren - patiënt, huisarts en specialist - zijn zelden alle drie bij het onderzoek betrokken.

Het wetenschappelijke belang van dit proefschrift moet dan ook worden gezocht in het exploreren van de hierboven genoemde lacunes op dit onderzoeksterrein.

1.2 Het maatschappelijke belang van het onderzoek

De groei van de gezondheidszorg

De gezondheidszorg heeft sinds de Tweede Wereldoorlog - in kwantitatieve en in kwalitatieve zin - een sterke ontwikkeling doorgemaakt. Niet alleen het aanbod is toegenomen door nieuwe medisch-technische mogelijkheden, ook de vraag ernaar. De redenen voor de toegenomen vraag zijn de toename van het aantal ouderen, de toename van de technische mogelijkheden en vooral het toegenomen belang dat wordt gehecht aan een goede gezondheid. Krol geeft in zijn inaugurele rede aan dat de patiënt als gezonde topper steeds vaker wil weten dat hij iets niet heeft.¹⁶

Van verschillende kanten worden kritische kanttekeningen geplaatst bij deze ontwikkeling, zowel vanwege het kostenaspect, als vanuit het oogpunt van de medicalisering van de samenleving en de schadelijke effecten die de moderne geneeskunde kan hebben: nutteloze ingrepen, schadelijke bijwerkingen, schade van diagnostisch onderzoek. Overbodige zorg gaat in tegen het belang van de patiënt. Onnodige medische verrichtingen moeten worden vermeden en de zorg moet 'op de juiste plaats' gegeven worden. Het gaat om adequate medische zorg of zoals in het rapport van de commissie Dunning 'Kiezen en delen' wordt gezegd: het gaat om 'gepast' gebruik van medische zorg.¹⁷

Aandacht voor kwaliteit binnen de geneeskundige beroepsgroepen in Nederland

Al vanaf het ontstaan van de geneeskunde heeft men getracht het geneeskundig handelen te verbeteren. Het streven naar verbetering van de zorg heeft pas de laatste jaren het etiket 'kwaliteit' gekregen. Harteloh en Casparie onderscheiden, op basis van een aantal publikaties over het onderwerp, in de laatste decennia een tweetal golven van aandacht.¹⁸

De eerste aandachtsgolf in de jaren zestig kenmerkt zich door een streven naar

beheersing van ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Het gaat niet zozeer om financiële beheersing, maar het accent ligt op een zo effectief mogelijk aanwenden van de geneeskunde en zorgvoorzieningen. Standaardisatie van praktijkbeoefening, bijvoorbeeld door middel van protocollering, ontstaat.

De tweede aandachtsgolf in de jaren tachtig is ingegeven door de grenzen die aan de groei van de gezondheidszorg worden gesteld, omdat de (financiële) middelen in het gedrang komen. Vanuit het oogmerk van kostenbeheersing worden de vragen relevant of een restrictie van middelen een bedreiging voor de kwaliteit van de zorg vormt en of de afwezigheid van standaarden voor kwaliteit betekent dat middelen niet adequaat worden gebruikt.

Volgens de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) ligt de primaire verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de medische beroepsuitoefening bij de artsen en hun beroepsgroepen. ‘Er is sprake van kwaliteit, indien de zorgverlening voldoet aan geformuleerde en geaccepteerde normen, zoals die tot stand komen als gevolg van maatschappelijke verhoudingen en daarop ook zijn afgestemd’.¹⁹

Aan de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid binnen de huisartsgeneeskunde, dat in de tachtiger jaren is ontstaan, hebben zowel de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) als het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) bijgedragen.

Onder verantwoordelijkheid van de LHV is in 1983 het Basistakenpakket voor de huisarts tot stand gekomen.²⁰ Het vastleggen hiervan heeft onder anderen ten doel de taken te formuleren waarop de Nederlandse huisarts tenminste aanspreekbaar is. De LHV heeft en neemt de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de deskundigheidsbevordering van de huisartsen in Nederland. Dat ligt in de lijn van het beleid dat in 1987 een aanzet kreeg in de discussienota ‘De positie van de huisarts in de toekomst’.²¹ In deze nota nemen de huisartsen de verantwoordelijkheid op zich voor de continuïteit in de zorgverlening voor de bij hen ingeschreven patiënten. ‘Een grotere nadruk op de thuiszorg kan tevens leiden tot een vermindering van de afhankelijkheid van mensen van gezondheidszorgvoorzieningen en tot terugdringing van medicalisering en iatrogene ziekten’.

Het NHG, opgericht in 1956 en opgericht om het wetenschappelijke karakter van de huisartsgeneeskunde te vergroten, heeft onder anderen ten doel de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde te bevorderen. De NHG hanteert een gestructureerde procedure om landelijke richtlijnen voor goede zorg op te stellen, de zogenaamde standaarden. Deze zijn bedoeld als ondersteuning in de praktijk en bij onderwijs en toetsing. Recent verscheen een bundeling van de eerste dertig medische standaarden van het NHG.²²

Volgens Grol kent een huisartsgeneeskundig kwaliteitssysteem drie kernactiviteiten: 1) de ontwikkeling van richtlijnen voor kwaliteit in de zorg, 2) de systematische toetsing of evaluatie van die kwaliteit, 3) de

kwaliteitsverbetering.²³

Knook stelt dat de deskundigheid van het medisch handelen van de huisarts permanente aandacht heeft.²⁴ De basis daarvoor wordt gelegd in de huisartsenopleiding; daarnaast is er sprake van permanente bij- en nascholing en intercollegiale toetsing.

Binnen de specialistische geneeskunde ontstaat in het begin van de jaren zeventig bij de medische staven van enkele ziekenhuizen in Nederland, in navolging van de ontwikkelingen in de Verenigde Staten, belangstelling voor een meer systematische evaluatie van het medisch handelen. Deze initiatieven resulteren in het rapport 'Intercollegiale Toetsing in Algemene Ziekenhuizen'²⁵ uit 1976 en dit leidt drie jaar later in de oprichting van het Centraal Beleidsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO).²⁶ Ook de wetenschappelijke verenigingen van de verschillende specialismen gaan er steeds meer toe over om in de eigen groep normen voor kwalitatief goed handelen te ontwikkelen.²⁷

Daar continuïteit van zorg een belangrijke voorwaarde is voor goede kwaliteit van zorg krijgt de samenwerking tussen huisarts en specialist in de laatste jaren steeds meer aandacht.

In de nota 'Het medisch beleidsplan' gaat de Landelijke Specialisten Vereniging in op de relatie tussen eerste- en tweedelijns.²⁸ 'Uitgaande van het overheidsbeleid, gericht op de versterking van de eerstelijns, hebben huisartsen en specialisten gezamenlijk de taak te komen tot een optimaal functioneren van de gezondheidszorg als geheel. Dit vereist een goede onderlinge samenwerking'. Structureren van thans reeds veelvuldig voorkomend overleg tussen huisartsen en specialisten lijkt volgens de LSV wenselijk. Ten aanzien van de praktische uitwerking van de samenwerking worden door de LSV de volgende opmerkingen gemaakt:

- Om te voorkomen dat de totale kosten stijgen en de kwaliteit van de zorg daalt, dienen er afspraken te komen alvorens huisartsen toegang krijgen tot diagnostische faciliteiten in het ziekenhuis.
- Specialist dienen zorg te dragen voor de wetenschappelijke en praktische begeleiding van huisartsen door middel van bijscholing en consultatie.
- De huisarts kan intensiever deelnemen aan de uitvoering en later de follow-up van een ingestelde therapie bij poliklinische patiënten.
- De soms gewenste participatie van de huisarts in de klinische behandeling van patiënten zal niet verder kunnen gaan dan een adviserende functie; de specialist blijft primair verantwoordelijk.

In het kader van de ontwikkeling van de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg is het Landelijk Bureau Coördinatie eerste-tweedelijns opgericht.²⁹ Dit bureau richt haar activiteiten op advisering en begeleiding van samenwerkingsinitiatieven, ontwikkeling van zorgprotocollen en methodieken van evaluatief onderzoek.

De Vrije Universiteit van Amsterdam ontwikkelt in het kader van de samenwerking eerste-tweedelijns protocollen/samenwerkingsmodellen, waarbij gestreefd wordt naar een geïntegreerde wijze van zorgverlening van bepaalde patiëntencategorieën (bijvoorbeeld diabetes) en samenwerking na verwijzing.³⁰

Aandacht voor kwaliteit binnen het Nederlandse overheidsbeleid

Niet alleen door de zorgverleners wordt gekeken naar de kwaliteit van de zorg, maar ook de overheid en de financiers van de zorg houden zich bezig met de verbetering van het medisch handelen en met de stimulering van de discussies hierover. Bij de overheid wordt sinds de jaren zeventig, zowel uit economische als zorginhoudelijke motieven, gestreefd naar substitutie van zorg: een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg en een verschuiving van tweede- naar eerstelijnszorg. Tevens staat de bevordering van de zelfstandigheid van de patiënt en van de zelf- en mantelzorg centraal.

Sinds 1987 zijn een aantal adviezen voor de overheid opgesteld over dit onderwerp. In het eerste advies, neergelegd in het rapport van de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (commissie Dekker), wordt het bereiken van doelmatigheid een noodzakelijke voorwaarde geacht om kwaliteit en toegankelijkheid van zorg te waarborgen en zoveel mogelijk rantsoenering en ongewenste inperking te voorkomen.³¹ Kwaliteit van zorg dient volgens de commissie vooral door de aanbieders van zorg te worden bewaakt, via protocollaire geneeskunde, intercollegiale toetsing, consensusontwikkeling bij diagnostiek en therapie van belangrijke aandoeningen. Een wet op de kwaliteit van zorg is noodzakelijk.

De commissie Dunning doet in 'Kiezen en delen' de aanbeveling dat de beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg verantwoording moeten afleggen inzake de kwaliteit van handelen.¹⁷ Zij acht echter onafhankelijk toezicht hierop noodzakelijk. Wetenschappelijke verenigingen, beroepsorganisaties en instellingen moeten zelf het initiatief nemen tot het opstellen van protocollen, richtlijnen en formularia inzake gepast gebruik van zorg, waarbij verzekeraars en patiëntenorganisaties deelnemen aan het overleg. De kwaliteit van zorg door beroepsbeoefenaren moet worden bevorderd door financiële prikkels.

Het advies van de Gezondheidsraad, neergelegd in de nota 'Medisch handelen op een tweesprong' vertoont duidelijke parallellen met het advies van de commissie Dunning waar het gaat om het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van zorg.³² De belangrijkste conclusie van de Gezondheidsraad is dat het medisch handelen zich op een 'tweesprong' bevindt. De beroepsgroep heeft de keuze: of nu zelf orde op zaken stellen of dulden dat de overheid, de verzekeraars of het ziekenhuis-management het initiatief overnemen. Zij legt de nadruk op een noodzakelijke attitudeverandering van de medische professie. Deze attitudeverandering moet zich onder anderen uiten in het routinematig verantwoording afleggen over het eigen medisch handelen, het

werken op basis van protocollen, meer samenwerking tussen huisarts en specialist en uitsluitend nog non-solistische beroepsuitoefening. Verder adviseert de raad het bevorderen van goed medisch handelen door financiële prikkels en het instellen van verplichte nascholing en herregistratie.

Gebaseerd op deze adviezen biedt Staatssecretaris Simons de Tweede Kamer in 1991 de nota 'Kwaliteit van zorg' aan.³³ In de nota wordt gesteld dat van kwalitatief goede zorgverlening kan worden gesproken indien de door zorgaanbieders geboden zorg:

- beantwoord aan de reële behoeften van de patiënt,
- van inhoudelijk goed niveau is,
- doelmatig wordt verleend en
- patiëntgericht wordt verleend.

In 1989 en 1990 zijn op initiatief van de overheid en de KNMG kwaliteitsconferenties in Leidschendam belegd. Op deze conferenties zijn door alle belanghebbenden in het veld van de gezondheidszorg afspraken gemaakt die in 1995 gerealiseerd dienen te zijn. Hierbij heeft het veld meer verantwoordelijkheid geaccepteerd voor de bewaking van een goede kwaliteit van zorg. De beroepsbeoefenaren tekenden voor de ontwikkeling van standaarden en criteria voor beroepsuitoefening, beroepscodes en beroepsprofielen. De instellingen zullen deze gebruiken voor het tot stand brengen van kwaliteitsborgende maatregelen. De kwaliteitssystemen die zo ontstaan zullen bovendien in eerste instantie door het veld zelf getoetst worden. Op de conferentie is overeengekomen dat het de verantwoordelijkheid van de verzekeraars is om de kwaliteit van de zorg te beoordelen, in het bijzonder wat betreft de aspecten van doelmatigheid en organisatie. Ook aspecten als methodisch-technisch handelen en attitude kunnen onderdeel zijn van de beoordeling door verzekeraars.³⁴

De voorgenomen 'Wet op de kwaliteit van door instellingen verleende zorg' heeft als uitgangspunt dat het in eerste instantie de zorgaanbieders zijn die verantwoordelijkheid dragen voor de kwaliteit van de geleverde zorg. De kwaliteitsbewaking zal dan ook voor een belangrijk deel door het veld zelf vorm moeten worden gegeven.

Aandacht voor kwaliteit binnen de patiëntenorganisaties

Sinds enkele jaren worden patiëntenorganisaties steeds meer gezien als de derde partij in het gezondheidszorgbeleid, naast de ziektekostenverzekeraars en de aanbieders van zorg. Ook in de discussies over de kwaliteit van de zorg worden patiëntenorganisaties verantwoordelijk gemaakt voor het mede beoordelen van de kwaliteit van zorg.

Vanuit het patiëntenperspectief zijn drie aspecten belangrijk:

- zelfbeschikkingsrecht en autonomie,
- individuele diversiteit/menselijke waardigheid,
- de mens als totaliteit.³⁵

Op de door de KNMG georganiseerde conferenties ‘Kwaliteit van zorg’ in 1989 en 1990 is de afspraak gemaakt dat de drie partijen ieder hun eigen kwaliteitscriteria op grond van hun eigen verantwoordelijkheden voor de kwaliteit van zorg zullen formuleren. Eén van de terreinen waar patiëntenorganisaties een kwaliteitsinstrument voor ontwikkeld hebben, is de huisartsenzorg. In de vorm van consensusbijeenkomsten hebben de patiëntenorganisaties criteria ontwikkeld die het profiel van de huisarts betreffen (zoals bejegening en vakbekwaamheid). Naar de mening van de patiëntenorganisaties zijn ook criteria, die het profiel van de huisartsenpraktijk betreffen, van invloed op de arts-patiënt relatie.³⁶

1.3 Het doel en de vraagstelling van het onderzoek

Geconcludeerd kan worden dat de kwaliteit van zorg toenemend in de belangstelling staat; verwijzen vormt hiervan een belangrijk onderdeel.

Bij het verwijzen speelt niet alleen de kwaliteit van het handelen van individuele zorgverleners een rol, maar ook de continuïteit van zorg: het overdragen van de zorg van de ene hulpverlener naar de andere hulpverlener. Daarnaast is het verwijzen, in het streven naar een verschuiving van de zorg van de tweedenaar naar de eerstelijns, een relevant onderwerp. De vraag die hierbij naar voren komt is of het terugdringen van het aantal verwijzingen niet ten koste zal gaan van de kwaliteit van zorg. Deze vraag is niet te beantwoorden zolang geen inzicht bestaat in de factoren die verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg bij het verwijzen.

Vanuit deze achtergrond is het doel van het onderzoek:

Inzicht krijgen in de factoren die de kwaliteit van verwijzingen verklaren.

Om dit doel te realiseren zijn bij de totstandkoming van het onderzoek de volgende uitgangspunten geformuleerd:

1. Het onderzoek naar de verwijzing dient plaats te vinden op het niveau van het individuele arts-patiënt contact. Onderzoek op het arts-patiënt niveau maakt het mogelijk uitspraken te doen over het proces en de uitkomst van verwijzingen.
2. De kwaliteit van de verwijzing dient vanuit het perspectief van de patiënt, de huisarts en de specialist te worden gezien, opdat discrepanties in verwachtingen en opvattingen zichtbaar worden.
3. Het onderzoek dient zich niet te beperken tot één aspect van de verwijzing,

maar getracht moet worden verschillende aspecten van de kwaliteit tegelijkertijd te meten. Dit biedt de mogelijkheid om relaties tussen de aspecten te onderzoeken; bijvoorbeeld de relatie tussen doelmatigheid en doeltreffendheid.

De vraagstelling valt uiteen in twee delen.

1. Hoe is de kwaliteit van verwijzingen? (beschrijving)
2. Wat verklaart de kwaliteit van verwijzingen? (verklaring)

1.4 Samenvatting

De laatste jaren bestaat er toenemende maatschappelijke belangstelling voor de kwaliteit van de gezondheidszorg, zowel binnen de medische beroepsgroepen, bij de overheid en de financiers van de zorg als bij patiëntenorganisaties. Verwijzen vormt hiervan een belangrijk onderdeel. Ook op wetenschappelijk terrein is er toenemende belangstelling voor de kwaliteit van zorg. Tot op heden is echter nog maar weinig onderzoek gedaan naar de kwaliteit van verwijzingen. Het doel van dit proefschrift is inzicht te krijgen in de factoren die de kwaliteit van het proces en de uitkomst van verwijzingen verklaren. Om dit doel te realiseren is gekozen voor onderzoek op het niveau van het individuele arts-patiënt contact, waarbij de kwaliteit vanuit het perspectief van de huisarts, de specialist en de patiënt wordt gezien, en waarbij meerdere aspecten van het verwijzen tegelijkertijd worden onderzocht.

Literatuur

1. Lisdonk EH van de. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985. Proefschrift.
2. Ree CM van der, Mokkink HGA, Post D, Gubbels JW. Het terugbestelgedrag van de huisarts. *Huisarts Wet* 1992;35(1):9-12.
3. Stewart M. Studies about the patient-centered approach. *Huisarts Wet* 1991;34:301-5.
4. Groenewegen PP, Bakker DH de, Velden J van der. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk; basisrapport: verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1992.
5. Fleming DM. The European study of referrals from primary to secondary care. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1993. Proefschrift.
6. Es JC van, Pijlman HR. Het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122 Nederlandse huisartspraktijken. *Huisarts Wet* 1970;13:433-49.
7. Posthuma BH, Zee J van der. Invloed van leeftijd en geslacht op verwijscijfers naar medische specialismen. Groningen: Instituut voor Sociaal Medisch Onderzoek, 1976.
8. Rutten FFH, Gaag J van der. Referrals and demand for specialist care in the Netherlands: an econometric analysis. Rijksuniversiteit Leiden: Centrum voor onderzoek van de economie van de publieke sector, 1978. Proefschrift.
9. Dopheide JP. Verwijzingen door de huisarts: enkele determinanten van het verwijscijfer van solo-huisartsen op het verstedelijkt platteland en in forensengemeenten. *Gezondh & Samenl*

- 1982;3:141-51.
10. Wijkkel D. Samenwerken en verwijzen. Rijksuniversiteit Groningen, 1986. Proefschrift.
 11. Mokkink HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986. Proefschrift.
 12. Wilkin D, Smith A. Explaining variation in general practitioner referrals to hospital. *Fam Pract* 1987;4:160-9.
 13. Gloerich ABM, Zee J van der. Determinanten van verwijzen door de huisarts naar de tweedelij. Utrecht: NIVEL, 1992.
 14. Grundmeijer H, Weert H van. Patiënt, huisarts en internist. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992. Proefschrift.
 15. Huygen FJA, Mokkink HGA, Smits AJA, Son AJA van, Meyboom WA, Eyk JThJ van. Relationship between the working styles of general practitioners and the health status of their patients. *Brit J Gen Pract* 141;42:141-4.
 16. Krol LJ. De stille revolutie in de geneeskunde. Amsterdam: inaugurele rede, 1989.
 17. Kiezen en delen. Advies in hoofdzaak van de Commissie Keuzen in de Zorg. Den Haag, 1991.
 18. Harteloh PPM, Casparie AF. Kwaliteit van zorg. 's Gravenhage, 1991.
 19. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. De kwaliteit van de medische beroepsbeoefening. *Med Contact* 1980;51/52:1624-36.
 20. Landelijke Huisartsen Vereniging. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht, 1983.
 21. Landelijke Huisartsen Vereniging. De positie van de huisarts in de toekomst. Utrecht, 1987.
 22. Rutten G, Thomas S. (red.) NHG-Standaarden voor de huisarts. Utrecht: Uitgeverij Bunge, 1993.
 23. Grol RPTM. Kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde. *Patient Care* 1993;20:9-19.
 24. Knook H. Kwaliteitsbeleid: de huisarts is op de goede weg. *Patient Care* 1993;20:24-9.
 25. Landelijke Specialisten Vereniging. Intercollegiale Toetsing in Algemene Ziekenhuizen, Rapport van een gemeenschappelijke commissie, ingesteld door de Geneeskundige Vereniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen en de Landelijke Specialisten Vereniging. Utrecht, 1976.
 26. Everdingen JJE van. Consensusontwikkeling in de geneeskunde. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1988.
 27. Klazinga NS, Touw PPJ, Everdingen JJE van. Kwaliteitsbevordering in de specialistische geneeskunde. *Bijblijven* 1988;8:31-45.
 28. Landelijke Specialisten Vereniging. Het medisch beleidsplan. Utrecht, 1985.
 29. Landelijk bureau coördinatie eerste- tweedelij. Jaarverslag 1988. Amersfoort.
 30. Project samenwerking eerste- tweedelij. Jaarverslag 1988. VU-ziekenhuis Amsterdam.
 31. Bereidheid tot verandering. Rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Den Haag, 1987.
 32. Beraadsgroep Geneeskunde van de Gezondheidsraad. Medisch handelen op een tweekoppige. Den Haag, 1991.
 33. Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur. Kwaliteit van zorg. Rijswijk, 1991.
 34. Post D. Verzekerd van goede kwaliteit, contracten tussen zorgverzekeraars en aanbieders van zorg. *Patient Care* 1993;20:53-9.
 35. Willemse N. Patiënt en kwaliteit van zorg. *Med Contact* 1990;45:733-5.
 36. Oudenampsen DG, Venne LHJ van de. Kwaliteit van huisartsenzorg vanuit het patiëntenperspectief. *Patient Care* 1993;20:60-4.