

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.

2 DE UITWERKING VAN DE CENTRALE VRAAGSTELLING

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het model, om de kwaliteit van verwijzingen te verklaren, tot stand is gekomen. In 2.2 wordt de centrale vraagstelling nader uitgewerkt: het begrip kwaliteit wordt gedefinieerd, de keuze van het verklaringsmodel wordt verantwoord en het verklaringsmodel wordt ingevuld. In 2.3 en 2.4 wordt de keuze van de kwaliteitsaspecten en de verklarende variabelen nader toegelicht. In 2.5 wordt ingegaan op de samenhang tussen de kwaliteitsaspecten en in 2.6 wordt een samenvatting van dit hoofdstuk gegeven.

Voor de literatuurstudie is gebruik gemaakt van de automatische literatuurontsluiting Medline, jaargangen 1987-1992, de relevante Nederlandse vaktijdschriften en dissertaties. Via de referenties uit de recente literatuur zijn publikaties van minder recente datum opgespoord. Indien mogelijk is gebruik gemaakt van auteurs die een overzicht geven over een bepaald aspect.

2.2 Het model voor de verklaring van de kwaliteit van verwijzingen

Definiëring van kwaliteit

Om tot een model voor de verklaring van de kwaliteit van verwijzingen te komen, dient eerst het begrip 'kwaliteit' nader omschreven te worden.

Door Harteloh en Casparie is een uitgebreid overzicht gegeven van de literatuur op het gebied van de kwaliteit van zorg.¹ Zij geven aan dat kwaliteit een primair begrip is, zoals schoonheid, dat niet expliciet te definiëren is en pas wordt begrepen nadat men een reeks voorbeelden heeft gezien. Toch kan, zoals Donabedian aangeeft, het definiëren de eerste stap zijn op het pad dat leidt naar een zinvol hanteren van het concept kwaliteit van zorg.² Voor de definiëring van de kwaliteit van zorg bestaan verschillende indelingen.³ Een eerste indeling is die tussen een descriptieve en een prescriptieve definitie. In dit proefschrift is gekozen voor een descriptieve definitie van kwaliteit: hoe *is* de kwaliteit van verwijzingen en niet hoe *behoort* de kwaliteit van verwijzingen *te zijn*.

Door Vuori⁴ wordt voor de definiëring de volgende indeling gehanteerd:

1. De conceptuele benadering: tracht een logisch samenhangende omschrijving van het concept kwaliteit van zorg te geven. B.v.: kwaliteit is de mate waarin de gestelde en bereikte doelen met elkaar overeenkomen.
2. De aspectbenadering: is een opsomming van kenmerken van zorg die van invloed zijn op de kwaliteit van zorg.
3. De operationele benadering: legt een direct verband tussen het begrip kwaliteit en geneeskundige vooruitgang. Iedere nieuwe techniek die een verbetering van het geneeskundig handelen oplevert, kan als een toename in kwaliteit van zorg worden opgevat.

Door Steffen⁵ wordt een onderscheid gemaakt tussen:

1. De metafysische definitie: kwaliteit wordt gezien als de eigenschappen van objecten. Uitgegaan wordt van een bestaan van kwaliteit op zich, onafhankelijk van de beschouwer.
2. De subjectgebonden definitie: het oordeel over de kwaliteit hangt af van de doelen/voorkeuren die de beoordelende persoon heeft. Het oordeel zal verschillen afhankelijk van de positie die men in het gezondheidszorgsysteem inneemt, ofwel het perspectief van de betrokkene.

Binnen de subjectgebonden definitie kan men een onderscheid maken tussen de professionele definitie: vanuit de optiek van de beroepsbeoefenaar, de geïndividualiseerde definitie: stelt het standpunt van de patiënt centraal en de sociale definitie: het nut van de populatie wordt in ogenschouw genomen.²

In dit proefschrift is gekozen voor een combinatie van de aspectbenadering en de subjectgebonden definitie. Voor de aspectbenadering is gekozen, omdat deze benadering het mogelijk maakt het abstracte begrip 'kwaliteit' meetbaar te maken en de variatie in kwaliteit te verklaren.¹ Caper stelt: 'It seems useful to me to think of the quality of medical care as being separable into a number of components; some are measurable, and others are not.'⁶

Het oordeel over de kwaliteit van zorg kan alleen worden gegeven door beroepsbeoefenaren (onafhankelijken en de direct betrokkene) en door de direct betrokken patiënt of zijn naasten en daarom is gekozen voor de subjectgebonden definitie. Het hanteren van kwaliteit als subjectgebonden begrip wijst de weg naar vormen van kwaliteitsbewaking en bevordering door middel van beïnvloeding van de verwachtingen (bijvoorbeeld via voorlichting) en de beleving (bijvoorbeeld via expliciete specificaties van de dienst-en zorgverlening).³

Een voorbeeld van de subjectgebonden aspectbenadering is de discussienota 'Begrip-penkader voor de kwaliteit van de beroepsbeoefening' van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, waarbij de kwaliteit van zorg gezien wordt vanuit het perspectief van de beroepsgroep.⁷ De achterliggende gedachte van de discussienota is dat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg primair berust bij de zorgverleners zelf. Van hen is een belangrijke invloed op de kwaliteit van het primair proces te verwachten. De zorgverlening is opgesplitst in een drietal categorieën:

- kwaliteit van het methodisch-technisch handelen (kunde), waaronder onder anderen de aspecten doeltreffendheid en deskundigheid vallen;
- kwaliteit van de attitude van de beroepsbeoefenaar, bijvoorbeeld informatiebereidheid en vertrouwensrelatie;
- kwaliteit van de organisatie van de beroepsuitoefening, bijvoorbeeld continuïteit en doelmatigheid.

Bij een subjectgebonden aspectbenadering vanuit het patiëntenperspectief komen ook andere zaken naar voren. In een onderzoek naar de criteria die patiënten aanleggen voor de kwaliteit van de huisartsenzorg ligt de nadruk vooral op de volgende begrippen: bereikbaarheid (zoals telefonische bereikbaarheid, openbaar vervoer), informatiebereidheid (zoals openheid over diagnose, inzagerecht dossier, begrijpelijke taal),

keuzevrijheid/inspraak van de patiënt (zoals onderzoek en behandeling alleen na toestemming van de patiënt, inbreng eigen ervaringsdeskundigheid van de patiënt), continuïteit van zorg (zoals waarneming, adequate verwijzing) en bejegening van de patiënt (zoals een persoonlijke, vriendelijke benadering, gelijkwaardigheid, vertrouwenspersoon).⁸

Model voor kwaliteit

DE KEUZE VAN HET MODEL

In dit proefschrift is het model van Donabedian als uitgangspunt gekozen voor de verklaring van de uitkomst van de verwijzing. Donabedian gebruikt de volgende indeling om het veelomvattende begrip 'kwaliteit' beter hanteerbaar en meetbaar te maken:

STRUCTUUR --> PROCES --> UITKOMST

De term *structuur* verwijst naar de bronnen en middelen die gebruikt worden bij het leveren van zorg, alsmede de relatief stabiele omstandigheden waaronder zorg wordt geleverd.⁹ De structuur is een voorwaarde scheppende factor voor een goede kwaliteit van zorg.² In de betekenis die Donabedian aan de term *proces* geeft, verwijst dit begrip zowel naar de medische en verpleegkundige zorgverlening, als de activiteiten van ondersteunende diensten. *Uitkomsten* of resultaten zijn de gevolgen voor een patiënt, die toegeschreven kunnen worden aan een handelend ingrijpen van de hulpverlener.²

Het model sluit aan bij het in hoofdstuk 1 gegeven schema van de verwijzing en is goed hanteerbaar om de kwaliteit van de verwijzing te onderzoeken en de variatie in kwaliteit te verklaren. Het model van Donabedian suggereert echter een lineair verband tussen structuur, proces en uitkomst. Ons inziens weerspiegelt een dynamischer model meer de werkelijkheid. De uitkomst van de verwijzing zal niet alleen door de procesvariabelen worden bepaald, maar ook rechtstreeks door structuurvariabelen. Zo zal de verandering van de functionele toestand bij de patiënt (uitkomst) deels door de medische interventie kunnen worden verklaard (proces), en deels ook door patiëntenkenmerken, zoals de aard en de ernst van de klacht en comorbiditeit (structuurvariabelen).

DE INVULLING VAN HET MODEL

Een nadere invulling van het model van Donabedian wordt gegeven door Tarlov et al in de 'Medical Outcome Study'.¹⁰ Zij onderzoeken de relatie tussen de uitkomst van zorg, en proces- en structuurvariabelen. Onder structuur verstaan zij een drietal categorieën: (1) kenmerken van het systeem, zoals: aanwezige specialismen en financiële prikkels; (2) kenmerken van de hulpverlener, zoals: leeftijd, opleiding en houding/meningen; (3) kenmerken van de patiënt, zoals: leeftijd, diagnose, ernst van de aandoening, comorbiditeit en houding/meningen.

De proceskenmerken worden onderverdeeld in twee categorieën: (1) technische werkstijl, zoals: voorschrijfgedrag, verwijzingen, het aanvragen van laboratoriumonderzoek en continuïteit van zorg; (2) interpersoonlijke werkstijl, zoals: opstelling in contact met de patiënt (bijvoorbeeld vriendelijkheid, respect), participatie van patiënt en communicatieniveau.

Bij de uitkomstmaten worden vier categorieën onderscheiden: (1) de waarde van bepaalde parameters (clinical end points), zoals: symptomen en laboratoriumwaarden; (2) functionele toestand: lichamelijk, mentaal en sociaal; (3) algemeen welbevinden, zoals:

beleving van gezondheid en tevredenheid met de kwaliteit van leven; (4) tevredenheid met de zorg, zoals: toegankelijkheid, kwaliteit van zorg volgens de patiënt en ‘algemene’ tevredenheid.

De kwaliteitsaspecten

Bij de keuze van de kwaliteitsaspecten, is het doel van de verwijzing, en hoe de artsen trachten dit doel te bereiken, als uitgangspunt genomen. Hierbij is zowel met het perspectief van de beroepsbeoefenaren als met het perspectief van de patiënt rekening gehouden.

Patiënten worden meestal verwezen ter diagnose, ter behandeling en/of ter geruststelling van de patiënt. De *uitkomst* van de verwijzing wordt daarom beoordeeld op de verandering in de kennis op diagnostisch gebied (ter diagnose), de verandering in de gezondheidstoestand van de patiënt (ter behandeling) en de verandering in de ongerustheid (ter geruststelling). Omdat in dit onderzoek niet is gekozen voor één ziektebeeld, is het niet mogelijk om de uitkomst van de verwijzing te beoordelen aan de hand van clinical end points, één van de door Tarlov et al gehanteerde uitkomstmaten.¹⁰ Er zijn geen symptomen of laboratoriumtests die geschikt zijn om bij een grote variatie aan ziektebeelden de uitkomst te bepalen. Daarom is gekozen voor uitkomstmaten die niet ziektespecifiek zijn, zoals de functionele toestand. Een andere uitkomstmaat die wordt gebruikt om de kwaliteit van zorg te evalueren, en die ook door Tarlov et al wordt onderscheiden, is de tevredenheid van de patiënt over de geleverde zorg.¹⁰ Daarbij is tevens nagegaan of de patiënt verder gaat met het zoeken van hulp tijdens of na afronding van de verwijzing; dit is een indirecte manier om de tevredenheid van de patiënt te bepalen. Ontevreden patiënten zijn meer geneigd tot doctor-shoppen.¹¹⁻¹⁴

Bij de keuze van de te onderzoeken aspecten van het *proces* van de verwijzing zijn de aspecten genomen die van belang zijn voor het realiseren van het doel van de verwijzing, namelijk het handelen van de huisarts en de specialist en de communicatie tussen beiden. Het gaat hierbij om de door Tarlov et al onderscheiden technische werkstijl en niet om de interpersoonlijke werkstijl.¹⁰ Het meten van de interpersoonlijke werkstijl vereist directe observatie van het arts-patiënt contact; omdat dit zeer arbeidsintensief is, is hier niet voor gekozen.

Bij de beoordeling van het handelen van de huisarts en de specialist is het begrip ‘doelmatigheid’ centraal gesteld. Met doelmatigheid wordt in dit proefschrift geen financiële kosten/baten afweging bedoeld, maar een ‘geneeskundige’ afweging tussen de te verwachten baten - een verbetering van de diagnostische kennis, de gezondheidstoestand en de ongerustheid - en de kosten in de zin van de belasting voor de patiënt, de kans op bijwerkingen etc. In de engelstalige literatuur wordt het begrip ‘clinical appropriateness’ gebruikt.

Bij de doelmatigheid van het handelen van de huisarts en de specialist gaat het enerzijds om de diagnostische en therapeutische verrichtingen en anderzijds zijn er meer procedurele handelingen. In deze laatste categorie valt de beslissing van de huisarts om de patiënt te verwijzen. Ook voor de specialist gelden een aantal procedurele beslissingen, namelijk: moet de specialist zich volledig richten op de bedoeling van de verwijzing van de huisarts, of moet hij bij elke patiënt zijn eigen beleid bepalen. En hoe lang dient de patiënt onder specialistische behandeling te blijven.

Bij de communicatie tussen huisarts en specialist ligt de keuze van de beoordeling van de kwaliteit van de verwijs- en specialistenbrief voor de hand, omdat de communicatie tussen beiden voornamelijk schriftelijk geschiedt.^{15 16}

De bovenstaande keuze van de kwaliteitsaspecten leidt tot de volgende uitwerking van de eerste onderzoeksvraag naar de kwaliteit van verwijzingen:

Met betrekking tot het proces van de verwijzing:

de doelmatigheid van het handelen van de huisarts en de specialist

- a. In welke mate is er overeenstemming tussen de bedoeling van de huisarts met de verwijzing en het specialistisch handelen?
- b. Hoe doelmatig is het handelen van de huisarts?
- c. Hoe doelmatig is het handelen van de specialist?

de communicatie tussen de huisarts en de specialist

Hoe is de kwaliteit van de schriftelijke berichtgeving tussen huisarts en specialist?

Met betrekking tot de uitkomst van de verwijzing:

- a. In welke mate treedt er een verandering op in de gezondheidstoestand en de ongerustheid bij de patiënt en de kennis op diagnostisch gebied bij huisarts en patiënt?
- b. Hoe tevreden zijn patiënten over het gedrag van de artsen?
- c. Hoeveel patiënten gaan gedurende of na afronding van de verwijzing op eigen initiatief door met het zoeken van hulp?

De verklarende variabelen

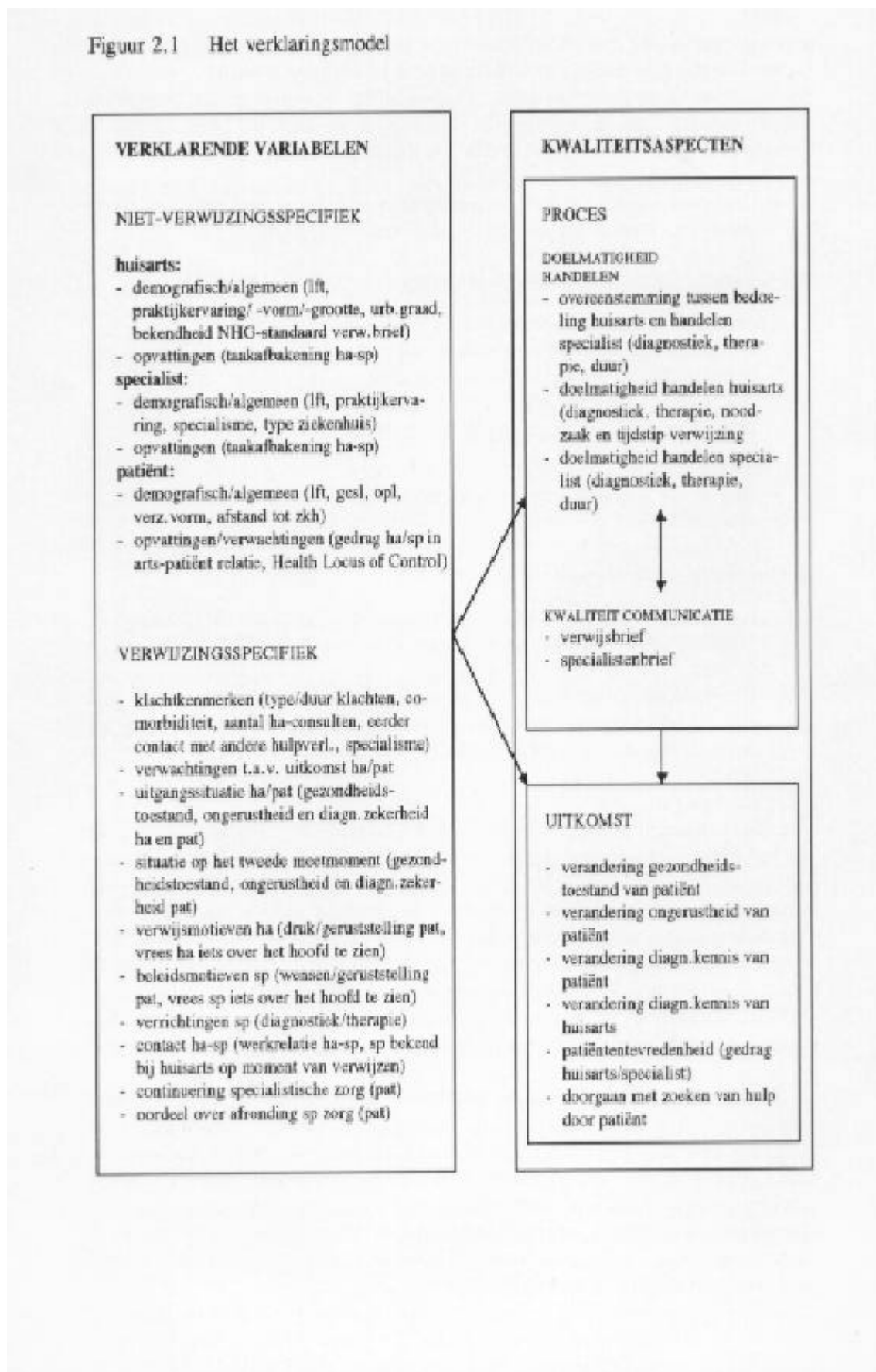
Voor de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag: *Wat verklaart de kwaliteit van verwijzingen?* is een onderscheid gemaakt in twee typen verklarende variabelen. Ten eerste de niet-verwijzingsspecifieke variabelen: structuurvariabelen, zoals de leeftijd van patiënt, huisarts en specialist en de opvatting van huisarts en specialist over de wederzijdse taakafbakening. Ten tweede de verwijzingsspecifieke variabelen, zoals de aard en ernst van de klachten van de patiënt, de functionele toestand van de patiënt op het moment van verwijzen en de verwijzsmotieven van de huisarts.

Dit onderscheid biedt de mogelijkheid de verklaring toe te kunnen schrijven aan kenmerken van de actor (niet-verwijzingsspecifiek) of kenmerken van de verwijzing.

In figuur 2.1 zijn de onderzochte kwaliteitsaspecten en verklarende variabelen weergegeven. Aan de ene kant zijn de kwaliteitsaspecten samen genomen, zowel proces als uitkomst. Hierbij is ervan uitgegaan dat er sprake is van een interactie tussen deze aspecten. Aan de andere kant zijn de verklarende variabelen samen genomen, waarbij opnieuw een onderlinge interactie wordt verondersteld.

Het gehanteerde model is weliswaar gebaseerd op het door anderen genoemde of aange-toonde belang van bepaalde aspecten; de totale keuze van het verklaringsmodel moet echter als exploratief worden beschouwd.

Figuur 2.1 Het verklaringsmodel



2.3 De kwaliteitsaspecten

2.3.1 Het proces: de doelmatigheid van het handelen van de huisarts en de specialist

De overeenstemming tussen de bedoeling van de huisarts en het handelen van de specialist

De overeenstemming tussen de bedoeling van de verwijzing van de huisarts en het handelen van de specialist is als kwaliteitsaspect gekozen, omdat in het basistakenpakket van de Landelijke Huisartsen Vereniging wordt gesteld dat de huisarts een eigen verantwoordelijkheid voor de patiënt behoudt bij het delegeren van taken aan specialisten.¹⁷ Met name dient de huisarts te voorkomen, dat de patiënt onnodig lang onder specialistische zorg blijft. Ook in de standaard 'De verwijfsbrief naar de tweedelij' van het Nederlands Huisartsen Genootschap wordt als één van de doelen van de verwijfsbrief genoemd: de huisarts invloed laten uitoefenen op het verloop, de aard en de omvang van de verdere behandeling in de tweede lijn.¹⁸ Door het ziekenfondsbesluit van 1941, waarbij de huisarts als poortwachter van het gezondheidszorgsysteem is geïnstalleerd, is het de huisarts die in de meeste gevallen bepaalt of en wanneer een patiënt naar de specialist wordt verwezen. Vele particuliere verzekeraars hebben dit principe nadien overgenomen.¹⁹ Dit beeld wordt bevestigd in beschouwende artikelen en opiniërende onderzoeken.²⁰⁻²³ Huisartsen vinden het vaak frustrerend dat specialisten werk doen wat zij tot hun taak rekenen en dat sommige patiënten te lang onder specialistische controle blijven. Verder komt naar voren dat huisartsen van mening zijn dat specialisten nogal eens geen rekening houden met het reeds door de huisarts verrichte onderzoek en zelf weer opnieuw beginnen. Daar staat tegenover dat de specialisten soms vinden dat de huisarts de patiënt nauwelijks onderzoekt, alvorens te verwijzen, of dat de huisarts te weinig kennis bezit om de nacontrole van patiënten op zich te nemen. De huisarts beschouwt zich vaak als 'eigenaar' van de patiënt.²⁴⁻²⁸

Om daadwerkelijk invloed te hebben op wat er in de tweedelij met de patiënt gebeurt, moet de huisarts duidelijk voor ogen hebben wat hij van de specialist wil en moet hij zijn bedoeling duidelijk maken aan de specialist. In een aantal gevallen is de bedoeling van de verwijzing als vanzelfsprekend uit de reden van de verwijzing af te leiden. Als bij een patiënte een sterilisatie-operatie moet worden uitgevoerd, zal de reden om de patiënt te verwijzen zijn dat de huisarts niet over de therapeutische vaardigheden en mogelijkheden beschikt om de patiënt zelf te behandelen. De bedoeling is dan ook dat de specialist de therapie uitvoert. In andere gevallen is de relatie tussen de reden en de bedoeling van de verwijzing minder vanzelfsprekend. Bij een patiënt met een huidafwijking, waarvan de huisarts de diagnose wel heeft gesteld, kan de reden van de verwijzing zijn dat de huisarts onvoldoende therapeutisch resultaat heeft geboekt. De bedoeling van de huisarts kan in dit geval zijn dat de specialist de behandeling overneemt. Het kan echter ook zo zijn dat de huisarts alleen een behandelingsadvies van de specialist wil en dat de huisarts zelf de behandeling van de patiënt wil voortzetten.

Onderzoek naar de werkelijke invloed van de huisarts op het beleid van de specialist is

schaars. Uit het onderzoek van Grundmeijer en van Weert komt naar voren dat de vraag van de huisarts in de verwijsbrief in 10 % van de gevallen niet is beantwoord door de specialist; bij slechts 4 % vindt men dat de specialist ten onrechte niet op de vraag van de huisarts is ingegaan.²⁹ Westerman en Hull concluderen dat de specialist in 55-60 % van de gevallen in de berichtgeving aan de huisarts zeer duidelijk reageert op de reden tot verwijzing.³⁰ Als de huisarts uitdrukkelijk vraagt om terugverwijzing van de patiënt - slechts in 4 % van de gevallen - wordt dit verzoek meestal zonder opgave van redenen niet ingewilligd.

Kersten concludeert in zijn proefschrift 'De invloed van de huisarts in de tweedelijjn' dat huisartsen in de praktijk veel minder invloed uitoefenen op de specialistische behandeling van hun verwezen patiënten dan zij wenselijk achten.³¹ 'Op papier' claimen huisartsen duidelijk een rol als bewakers van de continuïteit van zorg voor verwezen patiënten en het vermijden van overconsumptie in de tweedelijjn. Maar uit een analyse van verwijsbrieven aan internisten blijkt dat huisartsen slechts in 20 % van de gevallen een procedurevoorstel doen. Doen huisartsen een procedurevoorstel dan blijken de internisten in een meerderheid van de gevallen (66 %) wel geneigd dit voorstel op te volgen. Kersten concludeert dat het argument van huisartsen om geen procedurevoorstel in de verwijsbrief op te nemen, 'omdat specialisten toch hun eigen gang gaan en zich niets aan trekken van de verwijsbrief', minder hout snijdt dan huisartsen wel denken. Hij tekent daarbij echter wel aan dat het natuurlijk moeilijk te voorspellen is hoe specialisten zouden reageren als huisartsen in de toekomst vaker dan nu gebruikelijk is een procedurevoorstel zouden doen. Bovendien is het mogelijk dat de huisartsen een duidelijke selectie maken van gevallen waarin zij een procedurevoorstel doen. In andere gevallen zou een procedurevoorstel misschien veel minder effect sorteren.

De doelmatigheid van het handelen van de huisarts en de specialist

HET DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH HANDELEN VAN HUISARTS EN SPECIALIST

Onderzoek naar de kwaliteit/doelmatigheid van het diagnostisch en therapeutisch handelen van huisarts en specialist tijdens het verwijsproces is schaars. Grundmeijer en van Weert hebben het handelen van huisartsen en internisten bij verwezen patiënten door onafhankelijke artsen laten beoordelen.²⁹ De beoordelaars zijn van mening dat de huisarts vaak te weinig diagnostiek heeft verricht (48 % van de beoordelingen) voordat deze de patiënt verwijst. Slechts in een gering aantal gevallen is men van mening dat de huisarts onjuiste diagnostiek heeft gebruikt (8 % van de beoordelingen). Op de therapie van de huisarts is minder kritiek (bij 22 % heeft men een therapie gemist en bij 14 % vindt men dat de huisarts ten onrechte een therapie heeft ingesteld). Ook bij de specialist richt de meeste kritiek zich op de diagnostiek; hier vindt men echter vaker dat de specialist diagnostiek achterwege had kunnen laten, dan dat de specialist meer diagnostiek had moeten doen (respectievelijk bij 21 % en 19 % van de beoordelingen). Op de therapie van de specialist is slechts zelden kritiek. De gegevens van dit onderzoek zijn echter niet zonder meer generaliseerbaar, daar het onderzoek heeft plaatsgevonden in een regio waarvan de bevolking door de onderzoekers niet representatief voor Nederland wordt genoemd. Daarnaast betreft het alleen verwijzingen naar de interne geneeskunde en werken de deelnemende specialisten allen in loondienst in een academisch ziekenhuis. Over de situatie in andere regio's kan, bij gebrek aan vergelijkbaar onderzoek, geen uitspraak worden gedaan.

In Engeland heeft Jenkins de diagnostiek van huisartsen laten beoordelen door de specialisten, waarnaar de patiënten zijn verwezen.³² Ook uit dit onderzoek komt naar voren dat huisartsen in de ogen van de specialisten nogal eens meer kunnen doen voordat zij de patiënt verwijzen. Bij 23 % van de verwijzingen is in de verwijsbrief geen melding gemaakt van onderzoek, waarvan de specialisten wel verwachten dat de huisarts deze zou uitvoeren. Jenkins tekent hier bij aan dat dit niet altijd hoeft te wijzen op een te gering gebruik van de diagnostische mogelijkheden door de huisartsen, maar dat dit ook te wijten kan zijn aan een gebrekkig vermelden van potentieel belangrijke informatie in de verwijsbrief.

In het onderzoek van Grace en Armstrong vinden de verwijzende huisartsen zelf dat zij bij ruim een derde van de verwijzingen (mogelijk) meer hadden kunnen doen, voordat zij de patiënt verwezen.³³ De verwezen patiënten en de specialisten naar wie zij zijn verwezen vinden dit bij bijna de helft van de verwijzingen.

De resultaten van onderzoek uit andere landen, zoals de Verenigde Staten, zijn moeilijk te vergelijken met de Nederlands situatie, omdat de positie van de huisarts en de specialist in de gezondheidszorg van deze landen sterk afwijkt van die in Nederland.

DE NOODZAAK VAN DE VERWIJZING

De huisarts zal bij een verwijzing steeds een afweging moeten maken tussen positieve en negatieve effecten van een verwijzing. Hoe kleiner de medisch-somatische noodzaak om te verwijzen is, des te groter is de beslissingsvrijheid van de huisarts. Bij de onderzoeken naar de noodzaak van de verwijzing varieert het aantal 'onnodige' verwijzingen van 10 % tot ruim 50 %. In het rapport 'bereidheid tot verandering' wordt aangenomen dat thans 30 % onnodige verwijzingen in Nederland plaatsvinden.³⁴ De grote variatie in de uitkomsten kan een gevolg zijn van de verschillende personen die het oordeel over de noodzaak van de verwijzing hebben gegeven: de verwijzende huisarts zelf³⁵, de specialist naar wie de patiënt is verwezen^{32 36}, zowel de huisarts als de specialist^{33 37-39} of onafhankelijke artsen.^{29 40} Een ander verschil tussen de onderzoeken is de wijze waarop de noodzaak is beoordeeld. Bij een deel van deze onderzoeken is rechtstreeks naar de noodzaak van de verwijzingen gevraagd. Bij andere onderzoeken is een meer indirecte benadering gebruikt, door te vragen of het probleem van de patiënt binnen de competentie van de huisarts valt, of dat het door de specialist uitgevoerde onderzoek ook door de huisarts had kunnen worden gedaan.

Deze verschillen plus de verschillen in bijvoorbeeld de in het onderzoek betrokken specialismen, de onderzoeksregio en het aantal onderzochte verwijzingen, maakt vergelijking van de onderzoeksresultaten niet goed mogelijk.

HET TIJDSTIP VAN VERWIJZEN

Het tijdstip van de verwijzing is nauw verbonden met de noodzaak van de verwijzing. De onderzoeken van Jenkins, en Grace en Armstrong geven indirect, via de noodzaak van de verwijzing, een aanwijzing over het tijdstip van verwijzen.^{32 33} Als men van mening is dat de huisarts zelf meer had kunnen doen voordat hij de patiënt verwees, betekent dit waarschijnlijk ook vaak dat men vindt dat de verwijzing te vroeg heeft plaatsgevonden.

Bij een meer directe beoordeling van het tijdstip van verwijzen door onafhankelijke artsen in het onderzoek van Grundmeijer en van Weert, vindt men dat de verwijzing in een

kwart van de gevallen te vroeg heeft plaatsgevonden en bij 6 % dat deze te laat is.²⁹ Als men van mening is dat de huisarts te vroeg heeft verwezen, is de reden hiervoor meestal dat men vindt dat de huisarts meer diagnostiek had moeten doen.

DE DUUR VAN DE SPECIALISTISCHE ZORG

De noodzaak van het continueren van de specialistische zorg is regelmatig onderwerp van kritiek op specialisten in beschouwende artikelen.^{27 41-43} Uit het enige onderzoek dat hiernaar in Nederland is gedaan blijkt dat, als de specialist de patiënt gedurende langere tijd onder controle heeft gehouden, onafhankelijke artsen in een kwart van de gevallen hier kritiek op hebben.²⁹ Meestal gaat het om ‘chronische’ patiënten, waarvan de onafhankelijke artsen van mening zijn dat de huisarts net zo veel deskundigheid bezit om de patiënt verder te behandelen als de specialist en dat de huisarts beter voor de continuïteit kan zorgen. Als de patiënt is terugverwezen naar de huisarts is men het hier maar in 6 % van de gevallen niet mee eens.

2.3.2 Het proces: de communicatie tussen de huisarts en de specialist

De kwaliteit van de verwijfsbrief

Bremer is in 1964 één van de eersten die in zijn proefschrift ‘Het verwijzen in de huisartspraktijk’ aandacht heeft besteed aan de kwaliteit van de verwijfsbrief.⁴⁴ Naar zijn indruk is het schrijven van een verwijfsbrief niet de sterkste kant van de huisarts. Volgens de auteur bevat nog geen 10 % van de verwijfsbrieven behoorlijke inlichtingen voor de specialist.

Sindsdien zijn de verwijfsbrieven meerdere keren inhoudelijk getoetst.^{15 29 45-49} Als belangrijkste tekortkoming komt het ontbreken van een duidelijke vraagstelling naar voren. Een expliciete vraagstelling, waaruit duidelijk naar voren komt wat de huisarts van de specialist verwacht in de zin van een specifiek onderzoek of behandelingsvoorstel, komt weinig voor. Meestal luidt de vraag ‘gaarne uw onderzoek en overname behandeling’ of ‘graag uw oordeel en advies’. Procedureafspraken omtrent toekomstige samenwerking of verdeling van verantwoordelijkheden komen zelden voor.^{46 48} Huisartsen formuleren de vraagstelling vaak zodanig dat deze op vele manieren te interpreteren is.⁴⁹

Naast de vraagstelling, nemen ook de personalia van de patiënt en de diagnose/werkhypothese een belangrijke plaats in bij de beoordeling van verwijfsbrieven. De personalia van de patiënt worden meestal volledig vermeld. Een diagnose/werkhypothese is, zo komt uit meerdere onderzoeken naar voren, bij ongeveer tweederde van de verwijfsbrieven aanwezig.^{15 45 48}

De overige onderdelen van de verwijfsbrief, zoals klachten van de patiënt, bevindingen van de huisarts, aanvullend onderzoek en reeds ingestelde therapie, worden over het algemeen niet als essentiële onderdelen van de verwijfsbrief gezien. Deze gegevens dienen alleen vermeld te worden als ze relevant voor de betreffende verwijzing zijn. In alle onderzoeken wordt geconstateerd dat het met de leesbaarheid van de brieven matig is gesteld. Slechts weinig brieven worden getypt en door een aantal huisartsen wordt de

informatie aan de specialist op de verwijfskaart of op een receptpapiertje geschreven.

In Engeland, waar de functie van de verwijfsbrief vergelijkbaar is met die in Nederland, krijgen de verwijfsbrieven inhoudelijk minder kritiek dan in Nederland. Ook met de leesbaarheid lijkt het in Engeland beter gesteld.^{32 36}

In een poging de kwaliteit van verwijfsbrieven in Nederland te verhogen heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap, ruim een half jaar voor de start van de dataverzameling voor dit proefschrift, de standaard 'De verwijfsbrief naar de tweede lijn' gepubliceerd.¹⁸ Volgens deze standaard is het doel van de verwijfsbrief:

- bevorderen dat de specialistische hulp goed aansluit op de hulp van de huisarts: voorkómen van overbodige handelingen, dubbele onderzoeken, dubbele medicatie, onverenigbaarheden e.d.;
- de specialist een goed zicht geven op de verschillende elementen van het hulpverlenings- en probleemoplossend proces van de huisarts, opdat goede afstemming mogelijk is;
- de huisarts invloed laten uitoefenen op het verloop, de aard en de omvang van de verdere behandeling in de tweede lijn.

De NHG stelt dat de verwijfsbrief een samenvatting van alle voor de verwijfing belangrijke gegevens bevat en dat de verwijfsbrief daarmee een weerspiegeling is van de kwaliteit van de verwijfing.

Om de doelen die in de NHG-standaard staan geformuleerd te bereiken, is het van belang dat het voor de specialist duidelijk is met welke bedoeling de huisarts de patiënt heeft verwezen. Uit de weinige onderzoeken die op dit gebied zijn gedaan, blijkt dat dit meestal niet zo is.^{37 50} Daarom is in dit proefschrift, naast een beoordeling van de kwaliteit van de verwijfsbrief is z'n geheel, ook apart aandacht aan dit aspect besteed.

De kwaliteit van de specialistenbrief

Meyboom en Casparie geven aan dat specialistenbrieven een driedelige functie hebben: 1. berichtgeving aan medebehandelaars, onder wie huisartsen; 2. archivering voor de specialist zelf; 3. epicrise: het afleggen van verantwoording aan zichzelf en anderen over de behandeling.⁵¹ Zij veronderstellen dat een specialist die het zwaartepunt legt bij archivering en epicrise, minder aandacht zou kunnen besteden aan bijvoorbeeld het geven van een beleidsadvies aan de huisarts. Bovendien staat noch bij archivering noch bij epicrise de snelheid van berichtgeving centraal.

Om de berichtgeving van specialisten aan huisartsen te verbeteren heeft het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale toetsing (CBO) een commissie ingesteld met als doel maatstaven op te stellen waaraan een goede verslaggeving zou moeten voldoen.⁵² Benadrukt wordt dat de huisarts op tijd bericht krijgt, omdat de huisarts de patiënt vaak na een poliklinisch bezoek terugziet en deze behoefte kan hebben aan meer informatie. Zij geven aan dat de situatie van ziekenhuis tot ziekenhuis zoveel verschilt, dat ieder ziekenhuis zelf criteria op dient te stellen waaraan de specialistenbrieven dienen te voldoen. Pop en Keijsers doen verslag van een bijeenkomst van huisartsen en specialisten die discussiëren rondom het thema communicatie tussen huisarts en specialist.⁵³ Zij sommen

dezelfde criteria voor de specialistenbrief op als door het CBO zijn opgesteld. Zij voegen daaraan toe dat de specialist met redenen omkleedt waarom de patiënt door de specialist moet worden blijven gezien. Tussentijdse berichtgeving wordt door hen wenselijk geacht. In 1988 publiceren van Beusekom en Geerling een artikel waarin opnieuw aandacht voor de inhoud van de specialistenbrief wordt gevraagd.⁵⁴ In dit geval gaat het om de ontslagbrief; het bericht na overlijden of poliklinisch onderzoek blijft buiten beschouwing. Het belangrijkste verschil met de criteria die het CBO heeft opgesteld is, dat deze auteurs een onderscheid maken in wat altijd in de brief moet staan en wat wenselijk wordt geacht. Als wenselijk wordt geacht: welke voorlichting aan patiënt en familie is gegeven, adviezen paramedische hulp en adviezen ten aanzien van werkhervatting. Zij geven aan dat de optimale ontslagbrief een goed lopend, leesbaar en vooral een kort klinisch stuk moet zijn zonder technisch jargon en ongebruikelijke afkortingen. Alle laboratoriumgegevens en uitslagen van ander onderzoek kunnen apart bijgevoegd worden. Bij het schrijven van de brief, zeggen van Beusekom en Geerling, geve men zich er rekenschap van, dat hetgeen men wil meedelen, door de ontvanger ook begrepen moet kunnen worden.

De onderzoeken op het gebied van de beoordeling van de snelheid (tijdsverloop tussen consult van de patiënt bij de specialist en briefdatering of ontvangst) en de inhoud van de specialistenbrief laten zich als volgt ordenen.

Bij twee onderzoeken zijn huisartsen gevraagd een oordeel te geven over de inhoud van de door hen ontvangen specialistenbrieven (polikliniekbrieven) *in het algemeen* en over de snelheid van de berichtgeving.^{55 56}

In één onderzoek zijn de specialistenbrieven beoordeeld door *de betrokken huisarts* (degene die de brieven ontving) op *aan- of afwezigheid van bepaalde onderdelen*.⁵¹ In twee onderzoeken zijn de specialistenbrieven door *onafhankelijke personen* beoordeeld op hun *aan- of afwezigheid van bepaalde onderdelen* en nagegaan is wat het tijdsverloop is tussen het eerste bezoek van de patiënt aan de specialist (of de datum van ontslag van de patiënt) en het uitschrijven van de specialistenbrief.^{48 57}

In twee onderzoeken zijn de brieven door *onafhankelijke artsen op de kwaliteit van de vermelde onderdelen* (duidelijk of onduidelijk en uitstekend tot slecht) en op de snelheid van de berichtgeving beoordeeld.^{30 58}

De hierboven genoemde onderzoeken verschillen verder in methode van beoordeling, het aantal brieven, het onderzoeksgebied en het aantal onderdelen van de brief dat is beoordeeld. Er worden ontslagbrieven, polikliniekbrieven of beide soorten brieven beoordeeld; het gaat om brieven die afkomstig zijn van de internist, afkomstig zijn van meerdere specialismen of het gaat om de brieven uit een bepaalde periode, onafhankelijk van het specialisme.

Uit de onderzoeken, waar een oordeel is gegeven over de specialistenbrieven in het algemeen, komt naar voren dat de huisartsen over de inhoud van de meeste brieven tevreden zijn, alleen de berichtgeving komt soms te laat en de inhoud is op bepaalde punten voor verbetering vatbaar. Er wordt geconcludeerd dat niet voldoende ingegaan wordt op hetgeen in de verwijfsbrief wordt aangereikt, de informatie is niet ter zake doende of afgestemd op de behoefte van de huisarts (de voor de huisarts belangrijke informatie ontbreekt om de continuïteit in zorg te waarborgen) en de brieven zijn niet

goed gestructureerd. De meeste huisartsen zouden de specialistenbrief graag beperkt zien tot het formaat van één A4-tje. De probleem- en vraagstelling van de huisarts, hoofdklacht, lichamelijk en aanvullend onderzoek, (voorlopige)diagnose en ingestelde therapie worden relevant geacht. Men stelt het op prijs alleen de relevante informatie van lichamelijk en aanvullend onderzoek te ontvangen: men wil de informatie in de brief graag toegespitst zien op het probleem. Psycho-sociale factoren van de patiënt vinden de meeste huisartsen in een specialistenbrief als regel een overbodig element.

Bij de onderzoeken, waarbij de brieven op de aan- of afwezigheid of de kwaliteit van de items zijn beoordeeld, krijgen de brieven ook een redelijk goede beoordeling. Volgens de beoordeling van de aan- of afwezigheid worden de volgende onderdelen relatief het minst vermeld: psycho-sociale factoren van de patiënt, ingestelde therapie/bestaande therapie, aan de patiënt verstrekte mededelingen, voorlichting/leefregels voor de patiënt, bijzonderheden in verband met nazorg door de huisarts en een beleidsadvies aan de huisarts.

Bij de kwalitatieve beoordeling schieten de volgende onderdelen te kort: onduidelijkheid over de medicatie die de huisarts de patiënt moet voorschrijven, onbesproken blijft of van de huisarts verdere actie wordt verwacht, onduidelijkheid over vervolggconsulten bij de specialist en uit de brieven blijkt volgens de auteurs niet veel bewustheid van de specialist over de psycho-sociale factoren. Dit laatste aspect staat in contrast met wat in de vorige alinea is opgemerkt bij de algemene beoordeling over dit punt.

Met betrekking tot de snelheid van de berichtgeving van de polikliniekbrieven lopen de resultaten uiteen. In het onderzoek van Meijer en Hofstra is het tijdsverloop tussen het eerste consult van de patiënt bij de specialist en het uitschrijven van de specialistenbrief: 4,9 dagen (spreiding 0-61 dagen)⁵⁸ en in het onderzoek van Verhage-Spliet: 41 dagen (standaarddeviatie 49 dagen).⁴⁸

In het onderzoek van Meyboom en Casparie is 92 % van de brieven binnen 14 dagen en 85 % binnen een week door de huisarts ontvangen.⁵¹ In het onderzoek van Westerman en Hull varieert de tijd die verstrijkt tussen consultdatum en ontvangst van de specialistenbrief van gemiddeld 11.5 dagen voor de dermatologie tot 46 dagen voor de gastro-enteroloog.³⁰ In het onderzoek van Kersten en Stokx duurt het gemiddeld 13.4 dagen (spreiding van 1 dag tot 91 dagen) voor de brief de huisarts bereikt.⁵⁷

In de vorige paragraaf, waarin de kwaliteit van de verwijsbrief aan de orde is geweest, is opgemerkt dat de verwijsbrieven in Engeland minder kritiek krijgen dan de verwijsbrieven in Nederland. Het is moeilijk om aan te geven, op basis van de geraadpleegde literatuur, of het in Engeland beter of slechter gesteld is met de inhoud en de snelheid van de specialistenbrieven dan in Nederland. Uit onderzoek blijkt dat ook aan de snelheid van de berichtgeving in Engeland het nodige valt te verbeteren en ook dat de informatie meer zou moeten worden toegesneden op het gebruik in de huisartspraktijk.⁵⁷

⁵⁹

Samengevat kan worden gesteld dat de inhoud van de specialistenbrief in het algemeen als redelijk wordt beoordeeld, zowel door de betrokken huisarts als door onafhankelijke beoordelaars. Onderdelen die het minst worden vermeld of een slechtere beoordeling krijgen, zijn: ingestelde therapie/bestaande medicatie, verstrekte mededelingen aan de patiënt, voorlichting/leefregels voor de patiënt, bijzonderheden in verband met nazorg

door de huisarts en een beleidsadvies aan de huisarts. Psycho-sociale factoren van de patiënt in de specialistenbrief worden relatief gezien ook het minst vermeld of het slechtst beoordeeld door onafhankelijke beoordelaars; de betrokken huisarts vindt dit onderdeel als regel een overbodig element.

2.3.4 De uitkomst van de verwijzing

De verandering van de gezondheidstoestand, de ongerustheid en de diagnostische kennis

Empirisch onderzoek naar wat verwijzingen opleveren heeft weinig plaats gevonden. In Nederland onderzocht Bremer in zijn eigen praktijk in hoeverre patiënten baat hebben gehad bij de verwijzing en wat de verwijzing op diagnostisch gebied heeft opgeleverd.⁴⁴ Van de 500 verwezen patiënten zijn na één jaar 234 patiënten definitief genezen, 176 hebben er baat bij gehad, 59 hebben er geen baat bij gehad en 16 patiënten zijn overleden. Het blijkt dat in de gevallen waarbij de huisarts een diagnose gesteld heeft (n=328), de diagnose ongeveer in een tiende van de gevallen gewijzigd wordt. De Jongh onderzocht ook in zijn praktijk in hoeverre 92 verwijzingen uit een bepaalde periode hebben geleid tot een subjectieve afname van de klachten en ongerustheid van de patiënt.⁶⁰ De uitkomsten laten zien dat bij 89 % van de patiënten de klachten zijn verbeterd en bij 88 % van de patiënten de ongerustheid is afgenomen.

Grundmeijer en van Weert onderzochten het nut van 210 verwijzingen naar de internist.²⁹ In hun onderzoek ervaart 22 % van de patiënten de verwijzing niet als nuttig, terwijl 17 % twijfelt over het nut. In bijna de helft van de gevallen zegt de patiënt dat de klachten zijn afgenomen, eveneens in bijna de helft van de gevallen is de ongerustheid afgenomen en in ruim driekwart van de verwijzingen noemt de patiënt een diagnose of zegt geen ziekte te hebben. Daarnaast vinden Grundmeijer en van Weert een stijging van het aantal zekere diagnoses (bij de huisarts) van 39 % op het moment van verwijzen naar 78 % na afronding van de verwijzing. De diagnose verandert bij 53 % van de verwijzingen.

Uit buitenlands onderzoek zijn de volgende resultaten naar voren gekomen. Brown beoordeelde een jaar lang retrospectief zijn eigen verwijzingen en vindt dat iets minder dan de helft van zijn verwijzingen nuttig is geweest, op basis van eigen impliciete criteria.⁶¹

Dowie, die een descriptieve studie deed naar het beslissingsproces van verwijzen, vindt dat de diagnose van de huisarts bij ongeveer een derde van de verwijzingen (N=358) door de internist is bevestigd.⁶²

Britton et al onderzochten de baten van 107 patiënten die naar de polikliniek interne geneeskunde waren verwezen.⁶³ Van hen zijn 31 patiënten niet op de polikliniek behandeld om diverse redenen. Van de overgebleven 76 patiënten voelt tweederde zich na behandeling beter of hun prognose is verbeterd. Bij de resterende patiënten is geen effect gezien: de klachten zijn spontaan verdwenen, zijn onveranderd gebleven of zijn toegenomen.

Om te bepalen welke aspecten van belang zijn om de uitkomst van de verwijzing te

meten is in hoofdstuk 1 aangegeven dat hiervoor het doel van de verwijzing als uitgangspunt is genomen. Deze zijn: meer zekerheid bij huisarts en patiënt over de diagnose, verbetering van de klachten of symptomen van de patiënt en/of geruststelling van de patiënt. Dit is in overeenstemming met de standaard 'De verwijfsbrief naar de Tweedelij' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Aangegeven wordt dat de huisarts een patiënt om verschillende redenen kan verwijzen, zoals ter diagnose, ter behandeling en/of ter geruststelling van de patiënt.¹⁸

Voor de patiënt zal de verwijzing in veel gevallen primair bedoeld zijn om een oplossing te krijgen voor de klachten, doch ook ongerustheidsreductie speelt een belangrijke rol voor de patiënt om een arts te raadplegen.⁶⁴⁻⁶⁷ Ben-Sira geeft aan dat, hoewel het manifeste doel van de patiënt is een oplossing te krijgen voor zijn klachten of symptomen, de patiënt vaak het latente doel heeft om ook een oplossing te krijgen voor zijn angsten. Of de aanwezigheid van stress een oorzaak of een gevolg is van zijn ziekte, de patiënt zoekt hulp voor het totale ongemak.⁶⁸

De onderzoeken, die hebben plaats gevonden, verschillen in methode, in omvang en in de aard van het specialisme. Bij de meeste verwijzingen is de situatie achteraf beter dan vooraf. Op basis van deze resultaten wordt verwacht dat ook bij de meeste verwijzingen in het onderhavige onderzoek er een positieve verandering zal optreden.

De tevredenheid over het gedrag van de artsen in de arts-patiënt relatie

Reeds in 1957 schreef Balint dat de dokter zelf beschouwd moet worden als medicijn.⁶⁹ De genezing van patiënten is volgens Balint's opvatting meestal niet alleen aan een technische of medicinale interventie te danken. Hij wees op het grote belang van een vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. Ziekte en naar de dokter gaan zijn vreeswekkende zaken, de patiënt wil gerustgesteld worden door een vertrouwenwekkend figuur. Begrippen als aandacht, empathie en respect voor de patiënt zijn belangrijk. Balint deed vanaf 1950 een systematische poging om de huisartsgeneeskunde tot een werkelijk op de patiënt gerichte hulpverlening te ontwikkelen.

De literatuur over de arts-patiënt relatie richt zich met name op de huisarts-patiënt relatie. De relatie specialist-patiënt is nauwelijks onderwerp van onderzoek geweest. Verhaak geeft aan dat de huisarts een plaats inneemt die meer patiëntgericht is, met meer aandacht voor zowel biomedisch als belevingsaspecten dan de plaats die specialisten innemen.⁷⁰ Dit komt tot uiting in de opleiding en in hun handelen. De huisarts verkeert in een situatie waarin de klacht van de patiënt zoals deze hem presenteert, uitgangspunt van handelen is; de specialist gaat uit van ziektecategorieën. Ook in de opleiding tot huisarts krijgt de arts-patiënt relatie meer aandacht dan in de opleiding tot specialist.

In de literatuur over de arts-patiënt relatie komen onderwerpen aan de orde als: opvattingen over goede consultvoering, factoren die de communicatie slecht en goed beïnvloeden, omgaan met psycho-sociale problematiek, somatische fixatie, tevredenheid en verwachtingen van de patiënt ten aanzien van het optreden van de arts.

Eén van de dimensies in de arts-patiënt relatie, die door ons wordt onderzocht, is de tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de huisarts en de specialist. De tevredenheid wordt enerzijds als een aspect van de uitkomst van de zorg beschouwd: een beoordeling van de patiënt over de kwaliteit van de zorg, anderzijds als een voorspeller voor het doorgaan met het zoeken van hulp na afronding of gedurende de verwijzing.

Patiëntentevredenheid is een belangrijke voorspeller van gezondheid gerelateerd gedrag, zoals therapietrouw en het gebruik van medische zorg; ‘ontevreden patiënten zijn meer geneigd tot doctor-shoppern’.¹¹⁻¹⁴

Bensing, die recentelijk onderzoek heeft gedaan naar de communicatie tussen huisarts en patiënt, geeft een uitgebreid overzicht van de literatuur op dit gebied.⁷¹ Zij geeft aan dat er twee groepen variabelen zijn, twee soorten artsengedrag, die lijken te voorspellen of een patiënt al dan niet tevreden is over het consult. Instrumenteel gedrag (ook wel ‘taakgericht’ gedrag genoemd) staat in het teken van het oplossen van medische problemen en is cognitief en rationeel van aard. Affectief gedrag is gericht op het scheppen van een werkzame arts-patiënt relatie en is emotioneel van aard (de patiënt wil het gevoel hebben dat hij geaccepteerd wordt, dat hij niet simuleert, hij wil affectie en vooral geruststelling). Bij instrumenteel gedrag staat informatie-uitwisseling centraal. In het diagnostisch proces is dat in de eerste plaats een goede vraagtechniek. Daarnaast is het van belang de patiënt op een heldere en begrijpelijke wijze informatie te geven over de klachten en de voorgenoemde behandeling. Naast informatie geven is het ook belangrijk om alles duidelijk uit te leggen, de patiënt te motiveren en te overtuigen van het belang van het opvolgen van de instructies.

Uit Bensing's overzicht komt een tegenstrijdig beeld naar voren.⁷² Sommige onderzoekers stellen dat patiënten geen onderscheid kunnen maken tussen het affectieve en het instrumentele gedrag van de arts en daarom hun beoordeling van het instrumentele gedrag baseren op zijn affectieve gedrag. Anderen beweren dat patiënten wel degelijk onderscheid kunnen maken tussen beide typen gedrag en dat ook doen; patiënten zouden hun tevredenheid vooral laten bepalen door het technische gedrag van de arts. Weer anderen stellen dat affectief en instrumenteel gedrag elkaar sterk beïnvloeden.

Uit zowel buitenlands als Nederlands onderzoek blijkt dat de tevredenheid van patiënten in zijn algemeenheid onveranderlijk groot is of het nu direct of indirect wordt gemeten.³⁵
71 73-82

Locker en Dunt geven twee verklaringen voor de grote mate van tevredenheid van patiënten.⁸³ Ten eerste zou de westerse gezondheidszorg zo optimaal kunnen functioneren dat er geen onvrede bestaat over de zorg. Ten tweede zou de relatie tussen patiënten en de gezondheidszorg zo complex zijn dat geen meetinstrument gevoelig genoeg is om de (on)vrede werkelijk te meten.

Visser is in een drietal onderzoeken onder ziekenhuispatiënten nagegaan wat de invloed is van enkele methodische factoren op de meting van de satisfactie van de patiënten.⁸⁴ Op grond van de onderzoeksresultaten kan vastgesteld worden dat zowel antwoordtendenties, als de wijze en plaats van uitvoeren van onderzoeken amper van invloed zijn op de satisfactie van ziekenhuispatiënten.

Op basis van de resultaten van de hierboven genoemde onderzoeken verwachten we dat de patiënten in ons onderzoek over het algemeen ook tevreden zullen zijn.

Het doorgaan met het zoeken van hulp na of tijdens de verwijzing

Doorgaan met het zoeken van hulp is door ons gedefinieerd als: gedurende of na afronding van de verwijzing verder hulp zoeken voor de klachten, waarvoor men is verwezen.

Op eigen initiatief in het reguliere en/of in het alternatieve medische circuit en *niet* op advies van de huisarts of de behandelend specialist.

Onderzoek naar hoeveel patiënten gedurende of na afronding van de verwijzing doorgaan met het zoeken van hulp is niet bekend.

Uit onderzoek van het CBS blijkt dat de niet-reguliere geneeskunst bij een steeds grotere bevolkingsgroep in de belangstelling komt: het percentage personen dat een alternatieve genezer raadpleegt nam tussen 1981 en 1990 met gemiddeld 0,3 % per jaar toe.⁸⁵

2.4 De verklarende variabelen, gespecificeerd per kwaliteitsaspect

2.4.1 Inleiding

De verklarende variabelen zijn steeds geordend naar: niet-verwijzingsspecifiek en verwijzingsspecifiek, zoals in paragraaf 2.3 in het model is aangegeven. Men dient zich hierbij te bedenken dat bepaalde variabelen, zoals het specialisme of het type ziekenhuis, bij de analyse van de variatie in de doelmatigheid van het specialistisch handelen niet-verwijzingsspecifieke variabelen zijn; deze variabelen zijn immers constant bij de verwijzingen waarbij dezelfde specialist is betrokken. Bij de analyse van de variatie in de doelmatigheid van het huisartsgeneeskundig handelen en de uitkomst van de verwijzing zijn het echter verwijzingsspecifieke variabelen; het specialisme en type ziekenhuis variëren per verwijzing.

Zoals eerder in dit hoofdstuk is aangegeven is het onderzoek exploratief van karakter. De keuze van de verklarende variabelen is deels gebaseerd op resultaten van andere onderzoeken op dit gebied, maar deels ook op ‘common sense’, omdat het empirisch onderzoek naar de verklaring van het proces en de uitkomst van de verwijzing beperkt is. Een drietal verklarende variabelen, te weten ‘de opvatting van de artsen over de wederzijdse taakafbakening’, ‘de verwachting van de patiënt over het gedrag van de artsen in de arts-patiënt relatie’ en ‘de verwijsmotieven van de huisarts’, zijn van toepassing bij de verklaring van meerdere kwaliteitsaspecten. Om deze toelichting niet meerdere malen in deze paragraaf te hoeven vermelden is deze toelichting in bijlage I opgenomen.

2.4.2 De verklaring van de doelmatigheid van het handelen van de huisarts en de specialist

Inleiding

Onderzoek naar een verklaring van het handelen van de huisarts heeft zich voornamelijk gericht op de verklaring van de hoogte van het verwijscijfer. Op basis van de hoogte van het verwijscijfer is echter geen oordeel te geven over de kwaliteit van het verwijfsbeleid.⁸⁶ Beide gaan echter wel over het verwijzen van de huisarts. Van de factoren die samenhangen met de hoogte van het verwijscijfer wordt nagegaan of deze ook relevant zijn voor de doelmatigheid van het handelen van de huisarts.

Het handelen van de specialist is minder vaak onderwerp van onderzoek geweest dan het handelen van de huisarts. Van enkele variabelen die van invloed zijn op het handelen van de huisarts kan verondersteld worden dat deze ook van invloed zullen zijn op het handelen van de specialist.

Niet-verwijzingsspecifieke kenmerken

DEMOGRAFISCHE EN ALGEMENE KENMERKEN

Over de relatie tussen *leeftijd* en het aantal jaren *ervaring* van de arts en het handelen van de arts bestaan geen eensluidende bevindingen.⁸⁷ In het onderzoek van Boots blijkt dat meer ervaring van de huisarts naar verhouding meer tijd voor 'begeleiding' en minder voor 'diagnostiek' en minder verwijzingen betekent.⁸⁸ Dit zou kunnen samenhangen met de constatering van Gerrity et al dat 'jonge' artsen meer stress door onzekerheid ervaren dan 'oudere' artsen.⁸⁹ Veel onderzoek verrichten en veel verwijzen kan een manier zijn om onzekerheid te verminderen. Meer ervaring leidt tot het intuïtief herkennen van het probleem, de zogenaamde 'klinische blik'.⁹⁰ Dit zou mogelijk ook kunnen lijden tot minder aanvullend onderzoek om tot een diagnose te komen. Het lijkt aannemelijk dat de leeftijd en het aantal jaren ervaring indirect, door grotere zekerheid en het sneller herkennen van een probleem, invloed heeft op de doelmatigheid van het handelen. Verondersteld wordt dat onervaren artsen ondoelmatiger handelen dan ervaren artsen.

Het *specialisme* en het *type ziekenhuis* waar de specialist werkzaam is, zijn voor de specialist niet-verwijzingsspecifieke kenmerken.

Het type ziekenhuis is nauw gerelateerd aan de werkrelatie tussen huisarts en specialist, welke bij de verwijzingsspecifieke kenmerken wordt besproken. In een klein ziekenhuis bestaat vaak een intensievere relatie tussen huisartsen en specialisten.⁹¹ Specialisten werkzaam in een klein ziekenhuis zullen hun beleid meer afstemmen op de bedoeling van de huisarts. Welke invloed het werken in een academisch dan wel een niet-academisch ziekenhuis heeft op het handelen van de specialist is niet duidelijk. Enerzijds is het mogelijk dat in academische ziekenhuizen meer verrichtingen door de artsen worden uitgevoerd, omdat een academisch ziekenhuis soms als 'het hoogste adres' of 'de laatste mogelijkheid' wordt gezien. Anderzijds is het ook mogelijk dat de artsen in een academisch ziekenhuis juist minder verrichtingen uitvoeren, omdat zij in loondienst zijn, hetgeen betekent dat zij geen financieel belang hebben bij het uitvoeren van verrichtingen.

De veronderstelling is dat in een klein ziekenhuis doelmatiger wordt gehandeld dan in een groot ziekenhuis. Er wordt geen veronderstelling geformuleerd ten aanzien van de relatie tussen de doelmatigheid van het handelen en het werken in een academisch dan wel niet-academisch ziekenhuis, omdat hier mogelijk sprake is van elkaar tegenwerkende invloeden.

Door de specialismen cardiologie en longziekten worden bijna 4 maal zoveel poliklinische diagnostische en therapeutische verrichtingen gedeclareerd dan door de dermatologie.⁹² De kans op een onnodige verrichting is bij een specialisme waar veel verrichtingen worden uitgevoerd mogelijk groter dan bij een specialisme met weinig verrichtingen. De veronderstelling is daarom dat bij de dermatologie doelmatiger wordt gehandeld dan bij de neurologie of de interne geneeskunde.

Een aantal demografische en algemene kenmerken is specifiek voor de huisarts, namelijk de *urbanisatiegraad* van de vestigingsplaats van de huisartsenpraktijk, de *praktijkvorm* en de *praktijk grootte*. Deze kenmerken hangen met elkaar samen. Zo zijn gezondheidscentra meestal in de steden gevestigd en is de praktijkomvang in de grote steden het geringst.⁹³ Door verschillende onderzoekers is een relatie tussen deze kenmerken en de hoogte van het verwijscijfer aangetoond.^{87 94} De resultaten over de relatie tussen de praktijkgrootte en het aantal verwijzingen zijn echter niet eensluidend.⁸⁷ Tevens zijn relaties aangetoond tussen de urbanisatiegraad en de praktijkvorm van de huisarts en een aantal verrichtingen van de huisarts, zoals röntgenonderzoeken en verwijzingen naar de fysiotherapeut.^{95 94} Huisartsen werkzaam in gezondheidscentra hebben een bredere taakopvatting dan andere huisartsen.⁹⁴ Mogelijk berust de gevonden samenhang tussen de hoogte van het verwijscijfer en de kenmerken van de huisartsen deels op verschillen in taakopvatting van de huisartsen.

De veronderstellingen zijn: hoe lager de urbanisatiegraad en hoe kleiner de praktijkpopulatie, hoe doelmatiger er wordt gewerkt door de huisarts. Huisartsen die niet werkzaam zijn in een solopraktijk werken doelmatiger dan huisartsen werkzaam in solopraktijken.

OPVATTINGEN/VERWACHTINGEN

Met *taakopvatting* wordt bedoeld de attitude ten aanzien van welke taken tot het domein van de huisarts en welke tot het domein van de specialist behoren. Een brede taakopvatting van de huisarts betekent dat de huisarts van mening is dat hij invloed dient te hebben op wat er met verwezen patiënten gebeurt, de specialist is primair consulent van de huisarts. Ook bij specifieke aandoeningen is de huisarts van mening dat de diagnostiek en therapie zo veel mogelijk door de huisarts dienen te worden gedaan. Bij een smalle taakopvatting ziet de huisarts juist een beperkte taak voor de huisarts.

De huisartsen die volgens de indeling van Mokkink een 'minimum + verwijs' werkstijl hebben, blijken een smallere taakopvatting te hebben dan de huisarts met een andere werkstijl.⁹⁶ Door meer onderzoekers is een relatie tussen taakopvatting van de huisarts en interdoktervariatie in verrichtingen en verwijzen gelegd.⁸⁷ Het is aannemelijk dat een soortgelijke relatie ook bij de specialist bestaat. Als de taakopvatting van de specialist is dat de huisarts invloed dient te hebben op het beleid van de specialist, zal de specialist zich bij het bepalen van zijn beleid meer richten op de bedoeling van de huisarts.

Verondersteld wordt dat huisartsen en specialisten die de huisarts een brede taak toekennen doelmatiger handelen dan huisartsen en specialisten die van mening zijn dat de huisarts een smalle taak heeft.

Verwijzings specifieke kenmerken

KLACHTKENMERKEN

De verwijzings specifieke kenmerken die het handelen van de huisarts en de specialist beïnvloeden zijn allen gekoppeld aan de patiënt. De belangrijkste variabele is de *aard/ernst van de klachten*. Mokkink constateert dat het aantal verwijzingen bij ernstige aandoeningen weinig verschilt tussen huisartsen.⁹⁶ Bij minder of niet ernstige aandoeningen verschilt het aantal verwijzingen tussen huisartsen met de factor 2 tot 3½. Bij minder ernstige aandoeningen is er dus meer variatie in het handelen van de huisarts. In de Nationale Studie zijn duidelijke verschillen in de verrichtingen van huisartsen

geconstateerd, als de klachten van de patiënt worden ingedeeld naar ICPC-hoofdstuk of wanneer zij worden ingedeeld in clusters van klachten (bijvoorbeeld: chronische ziekten, infecties en neoplasma's).⁹⁵ Tielens et al concluderen dat huisartsen bij hun diagnostisch handelen zeer selectief op de aard van de klachten reageren.⁹⁷ Het is aannemelijk dat ook het handelen van de specialisten beïnvloed zal worden door de aard/ernst van de klachten van de patiënt.

De veronderstelling is: hoe ernstiger de klachten, hoe doelmatiger er wordt gehandeld door de artsen.

Het *specialisme* waarnaar de patiënt is verwezen is, bij het verklaren van de doelmatigheid van het handelen van de huisarts, een verwijzings specifiek kenmerk. De morbiditeit bij de interne geneeskunde en de neurologie is over het algemeen ernstiger en soms ook lastiger te diagnostiseren dan bij de dermatologie. Bij klachten op internistisch gebied verricht de huisarts dan ook meer diagnostiek dan bijvoorbeeld bij klachten op dermatologisch gebied.⁹⁵ De veronderstelling is dat de huisarts bij dermatologische problemen doelmatiger handelt dan bij internistische of neurologische problemen.

DEMOGRAFISCHE EN ALGEMENE KENMERKEN

Het enige algemene kenmerk van de patiënt waarvan wordt verwacht dat deze van invloed is op het handelen van de specialist is de *afstand tot het ziekenhuis*. Als de afstand groter is loopt de patiënt een kleinere kans op een herhalingsconsult van de specialist.⁹⁸ De veronderstelling is dat specialisten bij patiënten die dicht bij een ziekenhuis wonen ondoelmatiger handelen, omdat zij de patiënt soms onnodig lang onder specialistische controle houden.

VERWIJSMOTIEVEN HUISARTS/BELEIDSMOTIEVEN SPECIALIST

Zoals eerder in deze paragraaf is aangegeven kan onzekerheid bij de huisarts ('vrees iets over het hoofd te zien') aanleiding zijn tot meer diagnostische verrichtingen en meer verwijzen.⁸⁹ Daar artsen die zich minder onzeker voelen deze diagnostische verrichtingen en verwijzingen niet zouden hebben uitgevoerd, is aannemelijk dat deze door onzekerheid ingegeven handelingen niet altijd doelmatig zijn.

Als een huisarts onder *druk van de patiënt* verwijst, acht hij deze verwijzing vaak minder noodzakelijk dan wanneer hijzelf het initiatief voor de verwijzing neemt. Dit wordt geïllustreerd met het onderzoek van Dopheide, waaruit blijkt dat huisartsen, wanneer zij zelf het initiatief tot de verwijzing nemen, 98 % van de verwijzingen noodzakelijk vinden (N=985).³⁵ Wanneer het initiatief van de verwijzing uitsluitend bij de patiënt ligt menen de huisartsen dat slechts 15 % van de verwijzingen medisch gezien noodzakelijk zijn.

Ook als *geruststelling van de patiënt* een rol speelt bij de beslissing te verwijzen is dit van invloed op het oordeel over de doelmatigheid van het handelen. In het onderzoek van Grundmeijer en van Weert worden verwijzingen in de categorie 'bezorgde patiënt' (bijvoorbeeld spastisch colon/functionele buikklachten) in bijna de helft van de gevallen als niet noodzakelijk beoordeeld.²⁹

Het is aannemelijk dat de variabelen die van invloed zijn op de verwijsbeslissing van de huisarts ook het handelen van de specialist zullen beïnvloeden. De patiënten zullen ook bij de specialist wensen uiten of druk uitoefenen om de specialist tot bepaalde handelingen te bewegen. De specialist zal, evenals de huisarts, onzekerheid ervaren over het te volgen beleid. Van de specialist wordt over het algemeen echter verwacht dat hij

onzekerheden uitsluit. Daarom is de patiënt naar hem verwezen.⁹⁹

Verondersteld wordt dat, als deze motieven een rol spelen bij het verwijzen van de huisarts of het bepalen van het beleid door de specialist, het handelen minder doelmatig zal zijn.

CONTACT HUISARTS-SPECIALIST

Als het gaat om de overeenstemming tussen de bedoeling van de huisarts en het specialistisch handelen is het aannemelijk dat de intensiteit van de *werkrelatie* tussen huisarts en specialist een belangrijke rol speelt. Als de huisarts en de specialist een intensieve werkrelatie hebben, zal de specialist zijn beleid meer afstemmen op de huisarts. Oosterhuis constateert dat de specialist de vraag van de huisarts in de verwijsbrief vaker beantwoordt als een ik-jij relatie tussen de huisarts en de specialist bestaat, dan wanneer zij elkaar nauwelijks kennen.¹⁰⁰ De veronderstelling is: hoe intensiever de werkrelatie, hoe doelmatiger er wordt gehandeld.

2.4.3 De verklaring van de kwaliteit van de communicatie tussen de huisarts en de specialist

Niet-verwijzings specifieke kenmerken

DEMOGRAFISCHE EN ALGEMENE KENMERKEN

In de loop der jaren zijn er binnen de huisartsgeneeskunde verschillende ontwikkelingen geweest gericht op verhoging van de kwaliteit van zorg. Eén van deze ontwikkelingen is het formuleren van standaarden, waaronder een standaard voor de verwijsbrief naar de tweedelijns. Voor de specialistenbrief bestaat geen standaard, maar aan de inhoud van de specialistenbrief is de laatste jaren wel meer aandacht besteed (zie paragraaf 2.3.3). Het is aannemelijk dat artsen die nog maar kort in de praktijk werken meer beïnvloed zijn door deze ontwikkelingen dan hun collega's die al veel langer werkzaam zijn.

De veronderstelling is: hoe langer de *praktijkervaring* van een arts, hoe minder de verwijs- of specialistenbrieven voldoen aan de huidige richtlijnen.

Specifiek voor de huisartsen is de variabele *praktijkvorm*. Zoals eerder is aangegeven heeft samenwerken met andere huisartsen, met name in gezondheidscentra, effect op de werkwijze van huisartsen⁹⁴ en ook op het schrijven van verwijsbrieven. Daarnaast ontberen huisartsen in solopraktijken vaak administratieve hulp en schrijven daarom snel iets op een briefje³⁰. De veronderstelling is daarom dat huisartsen in samenwerkingsverbanden betere verwijsbrieven schrijven dan huisartsen in solopraktijken.

Voor de specialist is, analoog aan de praktijkvorm van de huisarts, het *type ziekenhuis* een verklarende variabele. Hoewel in het onderzoek van Kersten et al geen verschillen in de kwaliteit en de snelheid van de specialistenbrieven zijn gevonden tussen de typen ziekenhuizen (algemeen versus academisch ziekenhuis),⁵⁷ zijn er wel redenen om aan te nemen dat het type ziekenhuis van belang is. De brieven uit een academisch ziekenhuis worden meestal door de assistenten geschreven en worden eerst nog door de supervisor gelezen, alvorens ze verstuurd worden. Deze procedure zal meer tijd in beslag nemen,

maar verhoogd de kwaliteit van de berichtgeving. Cummins et al zeggen hierover dat er geen financiële prikkel voor de artsen is, die in een universiteitsziekenhuis werken, om contact met de ‘physician’ te onderhouden.¹⁰¹ Het gaat hier om een in de Verenigde Staten uitgevoerd onderzoek. Zij bedoelen ons inziens dat artsen in een academisch ziekenhuis er geen ‘belang’ bij hebben om huisartsen op tijd van informatie te verstrekken. Verondersteld wordt dat de kwaliteit van de specialistenbrieven afkomstig uit een academisch ziekenhuis beter is dan die van brieven afkomstig uit niet-academische ziekenhuizen; de snelheid van de berichtgeving uit een academisch ziekenhuis zal echter lager zijn.

In de onderzoeken van Kersten et al⁵⁷ en van Westerman et al¹⁰² is een verschil in de kwaliteit van de inhoud van specialistenbrieven tussen de *specialismen* gevonden. Zij geven hiervoor geen verklaring en deze ligt ook niet direct voor de hand. Omdat er door de genoemde auteurs verschillen zijn gevonden, wordt deze variabele in de analyse meegenomen. Over de samenhang tussen het specialisme en de snelheid van berichtgeving zijn geen eensluidende bevindingen.^{57 102} De veronderstelling is dat de berichtgeving van de dermatologen sneller is dan van de overige specialismen in ons onderzoek, omdat de brieven van de dermatoloog doorgaans korter zijn en omdat dermatologen over het algemeen minder gebruik maken van (soms tijdrovend) aanvullend onderzoek.

OPVATTINGEN/VERWACHTINGEN

Evenals bij de verklaring van de doelmatigheid van het handelen van de huisarts en de specialist, zal de *taakopvatting* ook een rol spelen bij het verklaren van de kwaliteit van de communicatie. De taakopvatting van de huisarts is van invloed op de werkwijze van de huisarts, met name ook wat betreft zijn relatie met de tweedelij, tot uiting komend in aard en aantal van zijn verwijzingen^{35 87}. Huisartsen die zichzelf een brede taak toekennen, willen meer invloed op wat in de tweedelij gebeurt. Verondersteld wordt dat dit ook in de verwijsbrief tot uiting komt en leidt tot een kwalitatief betere verwijsbrief.

Wat betreft de specialistenbrief is het eveneens aannemelijk dat specialisten die de huisarts een brede taak toebedelen meer aandacht zullen besteden aan de snelheid en de inhoud van de berichtgeving; een en ander met het oog op het waarborgen van de continuïteit van de zorg. Over de relatie tussen de taakopvatting van de specialist en de snelheid van de berichtgeving zijn geen empirische gegevens beschikbaar. De kwaliteit van de specialistenbrief hangt, zo concluderen Meyboom en Casparie, wel samen met de ‘attitude’ van de specialist.⁵¹ Aan het begrip ‘attitude’ wordt door hen echter geen nadere invulling gegeven. Het is aannemelijk dat hiermee min of meer hetzelfde bedoeld wordt als wat onder het begrip ‘taakopvatting’ wordt verstaan. De veronderstelling is: specialisten die de huisarts een brede taak toekennen, schrijven kwalitatief betere brieven en versturen deze ook sneller dan specialisten die van mening zijn dat de huisarts slechts een smalle taak heeft.

De *NHG-standaard* voor de verwijsbrief naar de tweede lijn is geïntroduceerd om de kwaliteit van verwijsbrieven te vergroten. Als de standaard succesvol is mag worden verondersteld dat huisartsen die op de hoogte zijn van de NHG-standaard voor de verwijsbrief en die deze standaard als richtlijn voor het schrijven van de brief hanteren, kwalitatief betere verwijsbrieven schrijven dan huisartsen die dit niet doen.

Verwijzings specifieke kenmerken

KLACHTKENMERKEN/DEMOGRAFISCHE KENMERKEN VAN DE PATIËNT

Uit het onderzoek van Kersten et al komt naar voren dat de *aard/ernst van de klachten* van invloed is op de kwaliteit van de specialistenbrieven. De brieven zijn vollediger bij ernstiger aandoeningen; de snelheid van de berichtgeving wordt niet beïnvloed door de ernst van de aandoening.⁵⁷ De auteurs geven hiervoor als verklaring dat het bij ernstiger, meer levensbedreigende aandoeningen meer past dat de huisarts volledige berichtgeving ontvangt.

Het is waarschijnlijk dat ook de kwaliteit van de verwijfsbrief samenhangt met de aard/ernst van de klachten.

De veronderstelling is dat bij ernstiger aandoeningen de kwaliteit van de berichtgeving beter is.

Westerman en Hull constateren een samenhang tussen de kwaliteit van de verwijfsbrief en *het specialisme*. Brieven naar de algemeen internist blijken vaker kritiek te krijgen dan brieven naar bijvoorbeeld de neuroloog en dermatoloog³⁰. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat brieven naar de interne specialismen over het algemeen meer informatie moeten bevatten en deze zullen daarom meer kans lopen te kort te schieten dan brieven naar bijvoorbeeld de dermatologie. Verondersteld wordt dat verwijfsbrieven naar een dermatoloog minder kritiek krijgen dan brieven naar een neuroloog of een internist.

CONTACT TUSSEN HUISARTS EN SPECIALIST

Over de relatie tussen de *intensiteit van de werkrelatie* en de kwaliteit van de berichtgeving is weinig bekend. Oosterhuis constateert dat specialisten de uitslagen van onderzoek in de brief uitgebreider toelichten als er sprake is van een 'ik-jij' relatie, dan wanneer de huisarts en de specialist elkaar niet goed kennen.¹⁰⁰ Het is echter ook mogelijk dat, als een intensieve werkrelatie bestaat, de brief juist minder uitgebreid is. Voor de betreffende huisarts of specialist aan wie de brief is gericht, is de brief wel duidelijk - deze heeft aan een 'half woord' genoeg - voor een buitenstaander kan deze echter onvolledig en/of onduidelijk zijn en dientengevolge ook een lagere kwaliteitsbeoordeling krijgen. Op basis hiervan luidt de veronderstelling: een intensieve werkrelatie gaat samen met minder goede verwijfs- en specialistenbrieven.

Bij een deel van de verwijzingen zal de huisarts op het moment dat hij de verwijfsbrief schrijft niet *weten welke specialist de patiënt zal behandelen*. In zo'n geval zal de huisarts de verwijfsbrief zodanig moeten opstellen dat verschillende specialisten er mee kunnen werken. Verondersteld wordt dat deze verwijfsbrieven duidelijker/vollediger zijn dan wanneer de huisarts weet aan welke specialist hij de brief schrijft.

VERWIJSMOTIEVEN HUISARTS

Als bij de verwijfsbeslissing van de huisarts *druk van de patiënt of geruststelling van de patiënt* een rol heeft gespeeld, dan zal de kwaliteit van de verwijfsbrief minder hoog zijn, omdat de verwijzing niet primair berust op een vraag van de huisarts; de huisarts beschouwt deze verwijzingen mogelijk minder als 'eigen' verwijzingen en dit zou tot een lagere kwaliteit van de verwijfsbrief kunnen leiden. Als *vrees van de huisarts iets over het hoofd te zien* een belangrijke rol heeft gespeeld bij de verwijfsbeslissing is eerder het

omgekeerde het geval. Daarom wordt verondersteld dat de huisarts de specialist zo volledig mogelijk zal informeren om te bewerkstelligen dat de specialist de vrees van de huisarts kan wegnemen, hetgeen tot een kwalitatief betere brief leidt.

2.4.4 De verklaring van de verandering van de gezondheidstoestand, de ongerustheid en de diagnostische kennis

Niet-verwijzings specifieke kenmerken

Er zijn geen onderzoeken waaruit een relatie tussen de uitkomst van de verwijzing en demografische kenmerken van de patiënt, zoals geslacht, leeftijd, verzekeringvorm en opleiding, naar voren komt. Wel blijkt dat de gezondheidstoestand van ziekenfonds-patiënten slechter is dan van particulier verzekerden¹⁰³ en dat een hogere leeftijd samengaat met meer comorbiditeit¹⁰⁴ en ernstiger morbiditeit, bijvoorbeeld ischemische hartziekten en maligniteiten⁷⁷. Alleen wat betreft de leeftijd van de patiënt lijkt het aannemelijk dat deze een additioneel effect, naast de ernst van de aandoening, op de verandering van de gezondheidstoestand heeft. Jongere patiënten herstellen sneller en vaker dan oudere patiënten. De veronderstelling luidt daarom: hoe jonger de patiënt, hoe frequenter de gezondheidstoestand verbetert. De andere demografische kenmerken van de patiënt worden niet gebruikt voor de verklaring van de verandering van de gezondheidstoestand, de ongerustheid en de diagnostische kennis.

Verwijzings specifieke kenmerken

KLACHTKENMERKEN

Grundmeijer en van Weert hebben de verwezen patiënten in 6 verwijzingsgroepen ingedeeld;²⁹ deze indeling zegt iets over de *aard/ernst van de klachten*. In hun onderzoek verschillen de verwijzingsgroepen in de uitkomst van de verwijzing met betrekking tot de klachten-, diagnostische kennis- en ongerustheidsverandering. Bij de groep ‘vage klachten’ en ‘bezorgde patiënt’ heeft de verwijzing vaak minder opgeleverd dan bij de groepen ‘chronische patiënt’, ‘bezorgde dokter’, ‘complexe aandoening’ en ‘afwijkend laboratorium onderzoek’.

Uitgegaan wordt van de veronderstelling dat, hoe beter de klachten te diagnostiseren en te behandelen zijn, hoe meer de gezondheidstoestand en de ongerustheid zal verbeteren en hoe meer de diagnostische kennis zal toenemen.

De hierna genoemde verwijzings specifieke kenmerken zullen samenhangen met de aard/ernst van de klachten.

Verondersteld wordt dat: bij de patiënten die *al eens eerder een hulpverlener hebben geraadpleegd voor dezelfde klachten* de klachten minder behandelbaar en diagnostiseerbaar zijn en dat daarom de gezondheidstoestand en de ongerustheid minder verbetert en de kennis op diagnostisch gebied minder toeneemt dan bij de patiënten die niet eerder bij een andere hulpverlener zijn geweest.

Bij patiënten met *comorbiditeit* kan de uitkomst van de medische interventie ‘ondergesneeuwd’ raken door de invloed van comorbiditeit. Dit leidt tot de veronderstelling dat: de

verbetering van de gezondheidstoestand bij de patiënten met comorbiditeit minder is, dan bij de patiënten zonder comorbiditeit. Zij zullen de beperking die samenhangt met de comorbiditeit houden.

Specialisme: Verondersteld wordt dat bij dermatologische verwijzingen minder functionele toestand- en ongerustheidsverbetering zal optreden dan bij neurologische en internistische verwijzingen. De uitgangssituatie zal als interveniërende variabele hierbij een rol spelen. De functionele toestand op het moment van verwijzen zal bij de patiënten die naar de dermatologie worden verwezen beter zijn dan bij de patiënten die naar de internist of de neuroloog worden verwezen. Dit hangt samen met het feit dat dermatologische aandoeningen over het algemeen minder ernstig zijn dan internistische of neurologische aandoeningen.

UITGANGSSITUATIE

Het is per definitie zo dat hoe slechter de uitgangssituatie is, hoe groter de mogelijkheden zijn om te verbeteren. Daarom wordt verwacht dat hoe groter de beperking in het functioneren, hoe ongeruster en hoe onzekerder over de diagnose op het moment van verwijzen, hoe groter de verbetering op de genoemde gebieden zal zijn.

VERWACHTINGEN

De Jongh concludeert dat de verwachtingen van de patiënt in het algemeen hoog gespannen waren, maar anders uitpakten. De verwachting van de huisarts is volgens hem een betere voorspeller dan de verwachting van de patiënt ten aanzien van de uitkomst van de verwijzing.⁶⁰ Hij heeft de verwachting van de huisarts gerelateerd aan de uitkomst volgens de huisarts en niet aan de uitkomst volgens de patiënt, zoals in het onderhavige onderzoek.

Verondersteld wordt dat een positieve verwachting van de patiënt ten aanzien van de klachten-, ongerustheid- en diagnostische kennisverandering op het moment van verwijzen, samen zal gaan met een positieve verandering op de genoemde gebieden; hierbij kan sprake zijn van een 'zelfvervullende profetie': de verwachting oefent zelf al invloed uit op de verandering, doordat zij erin geloven.

VERWIJSMOTIEVEN HUISARTS

Uit het onderzoek van Armstrong et al komt naar voren dat *geruststelling van de patiënt* samengaat met *druk van de patiënt om verwezen te worden*.¹⁰⁵

Uit het onderzoek van Grundmeijer en van Weert blijkt dat in de verwijsgroepen 'bezorgde patiënt' en 'vage klacht', de patiënt een nadrukkelijke rol speelt bij de totstandkoming van de verwijzing, evenals geruststelling van de patiënt om tot verwijzing over te gaan.²⁹ De groepen 'bezorgde patiënt' en 'vage klacht' zijn na de verwijzing het minst positief over het nut van de verwijzing. De beide groepen ervaren minder ongerustheidsafname en daarvan is de kennis over de diagnose minder dan bij de rest van de patiënten; de groep 'vage klacht' ervaart met name minder klachtenafname, dan de overig patiënten. Op basis van hun uitkomsten wordt verondersteld dat: verwijzingen ter geruststelling of onder druk minder zullen opleveren dan verwijzingen waarbij deze verwijzsmotieven geen rol spelen.

De verwijzingen, waarbij onzekerheid van de huisarts ('vrees iets over het hoofd te zien')

een rol speelt om tot verwijzing over te gaan, zullen frequenter een toename in de diagnostische kennis opleveren dan de verwijzingen waarbij dit geen rol speelt. ‘Vrees van de huisarts’ zal met name voorkomen bij verwijzingen waarbij de huisarts onzeker is over de diagnose op het moment van verwijzen en zullen daardoor meer opleveren.

VERRICHTE DIAGNOSTIEK EN THERAPIE

Verondersteld wordt dat wanneer er geen therapie is verricht door de specialist de verwijzing minder verbetering in de gezondheidstoestand zal opleveren, dan wanneer er wel therapie is verricht.

Zaat toont in zijn onderzoek aan dat, na laboratoriumonderzoek, de werkhypothese van de huisarts aanmerkelijk zekerder is geworden.¹⁰⁶ Verondersteld wordt daarom dat ook de door de specialist verrichte diagnostiek zal leiden tot een grotere zekerheid over de diagnose bij de huisarts en de patiënt.

NOG ONDER CONTROLE OF BEHANDELING VAN DE SPECIALIST

Het ligt voor de hand dat bij de patiënten die nog onder controle of behandeling staan van de specialist de verwijzing minder zal hebben opgeleverd dan bij de patiënten die niet meer onder controle of behandeling staan. Per definitie zal de patiënt die nog onder controle staat nog klachten hebben, ongerust zijn of er zal nog geen zekerheid zijn over de diagnose.

2.4.5 De verklaring van de tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de artsen

Niet-verwijzingsspecifieke kenmerken

DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

Met betrekking tot de *leeftijd, het geslacht, de verzekeringsvorm en de opleiding van de patiënt* in relatie tot de tevredenheid bestaat geen eenduidige mening. Uit een aantal onderzoeken komt naar voren dat ouderen, vrouwen en personen uit de hogere sociale klasse tevredener zijn over het gedrag van artsen, dan jongeren, mannen en personen uit de lagere sociale klasse. Ook worden géén effecten of tegengestelde effecten gerapporteerd.^{11 105 106} Omdat de uitkomsten van de onderzoeken elkaar tegenspreken wordt geen veronderstelling geformuleerd.

VERWACHTINGEN

Verondersteld wordt dat een hoge verwachting van de patiënt ten aanzien van de ‘dienstbaarheid’ van de huisarts zal samengaan met ontevredenheid van de patiënt over het gedrag van de huisarts. Met ‘dienstbaarheid’ wordt bedoeld dat de huisarts tegemoet dient te komen aan de wensen van de patiënt en het zekere voor het onzekere dient te nemen. Met betrekking tot de tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de specialist wordt verondersteld dat de verwachting van de patiënt over het gedrag van de specialist een goede voorspeller is voor de mate van tevredenheid van de patiënt over de specialist. Dat wil zeggen dat een (voor) oordeel, op basis van goede dan wel slechte ervaringen, het oordeel over het gepercipieerde gedrag ‘kleurt’.

Verwijzings specifieke kenmerken

KLACHTKENMERKEN EN VERWIJSMOTIEVEN HUISARTS

Weiss geeft aan dat sommige studies hebben aangetoond dat patiënten met een slechtere *gezondheidstoestand* en met *ernstiger klachten* minder tevreden zijn; in andere studies is geen verband gevonden tussen de gezondheidstoestand of de ernst van de klachten en de tevredenheid.¹¹ Aan de ene kant zegt Weiss, zouden ernstig zieken meer eisend zijn en dus minder tevreden, aan de andere kant zouden ernstig zieken meer ‘waardierend’ zijn en dus meer tevreden. De Swaan geeft aan dat ernstig zieken meer afhankelijk zijn van medici en daardoor wellicht gedwongen om minder kritisch te zijn.¹⁰⁷ Voor beide argumenten valt wel iets te zeggen, daarom wordt geen veronderstelling uitgesproken.

Verondersteld wordt dat hoe langer de *klachten duren* en hoe frequenter de patiënt de huisarts heeft *geconsulteerd voor de klachten*, des te ontevredener de patiënt is over het gedrag van de huisarts. Deze variabelen zullen samenhangen met de verwijsmotieven ‘druk van de patiënt om verwezen te worden’ en ‘geruststelling van de patiënt’. Bij patiënten die druk op de huisarts hebben uitgeoefend om verwezen te worden zullen de klachten langer bestaan en zij zullen de huisarts frequenter hebben geconsulteerd, dan degene die geen druk hebben uitgeoefend. ‘Druk van de patiënt’ hangt samen met ‘geruststelling van de patiënt’.¹⁰⁵ Dat wil zeggen dat de patiënten die druk op de huisarts hebben uitgeoefend om verwezen te worden en/of die ter geruststelling zijn verwezen, ontevredener zullen zijn over het gedrag van de huisarts dan de patiënten waarbij dit niet aan de orde is; zij zullen vinden dat de huisarts onvoldoende aan de klachten heeft gedaan. Er is geen reden om aan te nemen dat de patiënten die onder druk of ter geruststelling zijn verwezen, ontevredener over het gedrag van de specialist zullen zijn, dan degene waarbij deze motieven geen rol spelen.

Ook zullen de patiënten die *al eens eerder een hulpverlener hebben geraadpleegd* voor dezelfde klachten, ontevredener zijn over het gedrag van de huisarts dan de patiënten die nog niet eerder een andere hulpverlener hebben geraadpleegd. Hierbij wordt een samenhang met de beide verwijsmotieven verondersteld.

DE GEZONDHEIDSTOESTAND/DE ONGERUSTHEID/DE DIAGNOSTISCHE ZEKERHEID

Bij de klachtkenmerken is aangegeven dat sommige onderzoeken wel, andere geen samenhang vinden tussen de gezondheidstoestand en de tevredenheid van de patiënt en dat daarom geen veronderstelling wordt uitgesproken. Daar er een positieve relatie tussen de gezondheidstoestand, de ongerustheid en wellicht de zekerheid over de diagnose zal bestaan, wordt ook geen veronderstelling uitgesproken voor deze twee variabelen in relatie tot de tevredenheid.

NOG ONDER CONTROLE OF BEHANDELING VAN DE SPECIALIST

Ook hier wordt geen richting uitgesproken over de relatie tussen deze variabele en de tevredenheid. Enerzijds is het mogelijk dat de patiënten die nog onder controle staan, tevredener zijn dan degene die niet meer onder controle staan, omdat men nog afhankelijk is van de specialist en daardoor wellicht gedwongen om minder kritisch te zijn.¹⁰⁷ Anderzijds zal de gezondheidstoestand van de patiënten die nog onder controle staan van de specialist slechter zijn, of zij zijn ongeruster of onzekerder over de diagnose, dan degene die niet meer onder controle staan: ‘er moet een reden zijn om nog onder controle te staan’. Bij de klachtkenmerken is aangegeven dat de onderzoeken elkaar tegenspreken

als het gaat om de relatie tussen de gezondheidstoestand, de ongerustheid, de diagnostische zekerheid en de tevredenheid.

2.4.6 Het doorgaan met het zoeken van hulp gedurende of na afronding van de verwijzing

Inleiding

Bij het vergelijken van de groep doorzoekers met de groep stoppers is uitgegaan van een aantal vooronderstellingen, die voor een belangrijk deel gebaseerd zijn op gemeenschappelijke bevindingen in de onderzoeken naar het gebruik van de alternatieve geneeskunde. Aangenomen is dat de situatie van de groep doorzoekers (waaronder zowel patiënten vallen die naar reguliere specialisten als de alternatieve genezers gaan) vergelijkbaar is met de groep die gebruik maakt van alternatieve genezers. Immers, bij gebruik van alternatieve geneeskunde is er ook veelal sprake van doorzoeken naar hulp. De hulp die men heeft gehad zal als onvoldoende worden ervaren en men neemt zelf het initiatief om verder hulp te zoeken.

Niet-verwijzingspecifieke kenmerken

DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

Uit het merendeel van de onderzoeken, naar het gebruik van de alternatieve geneeskunde, komt naar voren dat de meeste patiënten vrouw zijn, in de leeftijdscategorie 30-60 jaar vallen en meer dan lagere school als opleiding hebben; er is een tendens naar de hogere opleidings- en beroepsgroepen. Men heeft geen verschil gevonden tussen ziekenfonds- en particulierverzekerden.^{85 108-111} Furnham en Smith vonden geen verschillen in de kenmerken: geslacht, leeftijd, religie en inkomen tussen de patiënten die de traditionele versus de alternatieve geneeskunde kiezen.¹¹² De verklaring kan worden gezocht in het feit dat zij alleen de homeopathie en geen andere alternatieve geneeskunde hebben onderzocht. Verondersteld wordt dat vrouwen frequenter dan mannen doorgaan met het zoeken van hulp, evenals jongeren en hoger opgeleide patiënten.

OPVATTINGEN

Over de relatie tussen opvattingen van de patiënt en het al dan niet doorgaan met het zoeken van hulp is geen onderzoek bekend. Het is aannemelijk dat patiënten die vinden dat hun gezondheid wordt bepaald door artsen, net zo lang artsen blijven bezoeken totdat het gezondheidsprobleem is opgelost. Patiënten die daarentegen van mening zijn dat hun gezondheid vooral van henzelf afhangt, zullen niet steeds artsen inschakelen om een gezondheidsprobleem op te lossen. De veronderstelling is daarom dat doorzoekers in vergelijking met de stoppers zich meer zullen laten leiden door hetgeen artsen van hun ziekte en gezondheid vinden (extern georiënteerd) dan dat zij vinden dat zij zelf invloed kunnen uitoefenen op hun gezondheid en ziekte (intern georiënteerd).

Verwijzingspecifieke kenmerken

KLACHTKENMERKEN

Als gemeenschappelijke kenmerk komt uit de literatuur naar voren dat het met name gaat om: psycho-somatische ziekten, spanningsklachten, ziekten van het bewegingsapparaat of van het zenuwstelsel, atopische klachten en dat het verband tussen de klachten en de aandoening moeilijk aan te tonen is (niet diagnostiseerbaar).^{73 108 110 111} We verwachten dat deze klachten/aandoeningen ook typerend zullen zijn voor de populatie doorzoekers. Verwacht wordt verder dat bij de groep doorzoekers spanningen een belangrijker rol spelen bij de klachten en de klachten moeilijker te behandelen zullen zijn (wat de aard van de klachten met zich meebrengt) dan bij de stoppers.

Naar voren komt dat de raadplegers van alternatieve genezers gemiddeld iets meer huisartscontacten hebben; het vooral personen zijn met meerdere aandoeningen; waarnaar door vaak vele artsen al gekeken is.^{108 120} Dit leidt tot de veronderstelling dat doorzoekers de huisarts frequenter hebben geconsulteerd, al vaker andere hulpverleners hebben bezocht voor de klachten en comorbiditeit hebben, dan de niet-doorzoekers.

SITUATIE OP HET TWEDE MEETMOMENT

Verwacht wordt dat de doorzoekers beperkter in hun functioneren, ongeruster en onzekerder zullen zijn over de diagnose dan de niet-doorzoekers. Er zal een reden moeten zijn dat zij doorgaan met het zoeken van hulp.

EENS MET AFRONDING SPECIALISTISCHE ZORG

Verondersteld wordt dat patiënten die het niet eens zijn met de afronding van de specialistische zorg frequenter doorgaan met het zoeken van hulp dan degene die het wel eens zijn. Men zal vinden dat er meer aan de klachten had moeten worden gedaan.

2.5 De samenhang tussen de kwaliteitsaspecten

In paragraaf 2.2 is aangegeven dat het onderzoeksmodel is gebaseerd op het model van Donabedian, die veronderstelt dat er een verband bestaat tussen het proces en de uitkomst van de verwijzing. Met andere woorden: doelmatiger handelen van de artsen en een betere communicatie tussen de artsen leidt tot een effectievere uitkomst. Over de samenhang tussen deze kwaliteitsaspecten zijn nauwelijks empirische gegevens bekend. De analyse van de samenhang tussen de kwaliteitsaspecten moet dan ook als exploratief worden beschouwd.

Naar de relatie tussen tevredenheid van de patiënt over de huisarts (uitkomst) en het gedrag van de huisarts (proces) is wel enig onderzoek verricht. Uit het onderzoek van Bensing blijkt dat de tevredenheid van de patiënt samenhangt met de interpersoonlijke werkstijl van de huisarts.⁷¹ Patiënten zijn tevredener als de huisarts meer affectief en patiëntgericht gedrag vertoont. Dit aspect van het handelen van de artsen wordt in dit proefschrift echter niet onderzocht. De medisch technische kwaliteiten van de huisarts, die in dit proefschrift wel worden beoordeeld, blijken in het onderzoek van Bensing niet samen te hangen met de tevredenheid van de patiënt.⁷¹ Uit het onderzoek van Hofmans blijkt dat patiënten vaker tevreden zijn als de huisarts alle contactredenen juist en volledig heeft achterhaald.⁸² Ook dit aspect van het gedrag van de huisarts wordt in dit proefschrift niet onderzocht.

Over de samenhang tussen de verandering van de gezondheidstoestand, de ongerustheid, de diagnostische kennis en de tevredenheid van de patiënt is geen onderzoek bekend. Verondersteld wordt dat er een positieve samenhang zal zijn tussen de verandering van de gezondheidstoestand, de verandering van de ongerustheid en de kennis op diagnostisch gebied. Wanneer een patiënt meer zekerheid heeft gekregen over wat er aan de hand is (ervan uitgaande dat het bij de meeste patiënten niet om ernstige klachten gaat), zal de ongerustheid afnemen en waarschijnlijk een positief effect hebben op de klachtenverandering. Ook zal, wanneer de klachten bij de patiënt afnemen, de ongerustheid over de klachten afnemen en zal de patiënt zich zekerder gaan voelen over de diagnose. Verder wordt uitgegaan van de veronderstelling dat er een positieve samenhang zal zijn tussen de tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de artsen en de verandering van de gezondheidstoestand, de ongerustheid en de diagnostische kennis van de patiënt.

Over de samenhang tussen enerzijds de verandering van de gezondheidstoestand, ongerustheid, diagnostische kennis en de tevredenheid en anderzijds het doorgaan met zoeken van hulp zijn de volgende onderzoeken bekend.

Door Weiss en andere auteurs wordt patiëntentevredenheid als een belangrijke voorspeller gezien van gezondheid gerelateerd gedrag, zoals therapietrouw en het gebruik van medische zorg. 'Ontevreden patiënten zijn meer geneigd tot doctor-shopper'.¹¹⁻¹⁴

Verondersteld wordt daarom dat de doorzoekers ontevredener zijn over het gedrag van de artsen dan de stoppers. Bij de doorzoekers zal de gezondheidstoestand ook minder zijn verbeterd, de ongerustheid over de klachten minder zijn afgenomen, de diagnostische kennis minder zijn toegenomen dan bij de stoppers. Volgens het oordeel van de patiënt (een steekproef van 54 patiënten die bij een alternatieve genezer liepen) heeft de behandeling door de officiële geneeskunst bij 59 % geen of zelfs een negatief resultaat gehad. Ook problemen in de arts-patiëntrelatie - te weinig tijd, te onpersoonlijke benadering - lijken van belang voor de keus voor het raadplegen van alternatieve genezers.¹⁰⁸

40 % Van de mensen die een alternatieve arts bezochten zijn ontevreden over de huisarts/de specialist (tekortschieten diagnose/therapie en medicijnen als schadelijk ervaren).¹⁰⁹ Een belangrijk deel van het bezoek aan alternatieve genezers/artsen vindt plaats na, en vaak ook tijdens bezoeken aan huisarts en/of specialist. Als belangrijkste motieven voor het raadplegen van alternatieve genezers worden genoemd: 'niet verder komen' met de (reguliere) huisarts of specialist, onvrede met diagnosestelling of benadering van de klachten, weinig vertrouwen in (voortgezette) medisch-technische behandeling, terwijl ook opvallend frequent een afkeer van (allopathische) medicijnen wordt uitgesproken.¹¹³

Uit de continue gezondheidsenquête van het centraal Bureau voor de Statistiek komt naar voren dat er geen aanwijzingen zijn dat raadplegers van alternatieve genezers zich onttrekken aan de reguliere behandeling of controle. Het raadplegen kan gezien worden als aanvullend, eerder dan als substituut voor de reguliere geneeskunst.¹¹⁰

Uit het onderzoek van Furnham en Smith komt naar voren dat het belangrijkste verschil tussen de groep die de homeopathische geneeskunde kiezen en de groep die de reguliere geneeskunde kiezen is, dat de homeopathiegroep meer kritisch en sceptisch staat ten opzichte van de effectiviteit van de reguliere geneeskunst en dat zij van mening zijn dat hun gezondheid kan worden verbeterd.¹¹² De resultaten laten zien dat degenen die voor

de homeopathie kiezen, eerder slechte ervaringen met de reguliere medische professies hebben, dan dat ze vinden dat de reguliere geneeskunde überhaupt ineffectief is.

2.6 Samenvatting

Om het begrip 'kwaliteit' beter hanteerbaar en meetbaar te maken is gekozen voor een combinatie van de aspectbenadering - een opsomming van kenmerken van de kwaliteit van zorg - en de subjectgebonden definitie van kwaliteit - het perspectief van de betrokken huisarts, specialist en patiënt en onafhankelijke artsen.

Het model voor de verklaring van de kwaliteit van verwijzingen is gebaseerd op het model van Donabedian en bestaat enerzijds uit kwaliteitsaspecten - het proces en de uitkomst van de verwijzing - en anderzijds uit verklarende variabelen - niet-verwijzings-specifiek (structurele kenmerken van de betrokkenen) en verwijzings-specifiek. Het model veronderstelt een relatie tussen de verklarende variabelen en de kwaliteitsaspecten, tussen het proces en de uitkomst van de verwijzing en tussen de proces- en uitkomstaspecten onderling.

De eerste onderzoeksvraag - hoe is de kwaliteit van verwijzingen? - is als volgt uitgewerkt:

Met betrekking tot het proces van de verwijzing:

de doelmatigheid van het handelen van de huisarts en de specialist

- a. In welke mate is er overeenstemming tussen de bedoeling van de huisarts met de verwijzing en het specialistisch handelen?
- b. Hoe doelmatig is het handelen van de huisarts?
- c. Hoe doelmatig is het handelen van de specialist?

de communicatie tussen de huisarts en de specialist

Hoe is de kwaliteit van de schriftelijke berichtgeving tussen huisarts en specialist?

Met betrekking tot de uitkomst van de verwijzing:

- a. In welke mate treedt er een verandering op in de gezondheidstoestand en de ongerustheid bij de patiënt en de kennis op diagnostisch gebied bij huisarts en patiënt?
- b. Hoe tevreden zijn patiënten over het gedrag van de artsen?
- c. Hoeveel patiënten gaan gedurende of na afronding van de verwijzing op eigen initiatief door met het zoeken van hulp?

Empirisch onderzoek naar de doelmatigheid van het handelen van huisarts en specialist is in opkomst, maar nog schaars. Hoewel de resultaten van de onderzoeken nogal van elkaar verschillen is het algemene beeld dat er uit naar voren komt dat er nogal wat kritiek is op de doelmatigheid van het handelen van huisarts en specialist.

De verwijfsbrief van de huisarts naar de tweedelijfn is meerdere keren onderzocht en de belangrijkste kritiekpunten betreffen de vraagstelling en de leesbaarheid van de brief.

Voor de verwijsbrief is in 1989 een standaard gepubliceerd. Voor de specialistenbrief bestaat geen standaard. De specialistenbrief krijgt over het algemeen minder kritiek dan de verwijsbrief; de belangrijkste tekortkoming is dat de specialistenbrief onvoldoende is afgestemd op de behoefte van de huisarts om de continuïteit in de zorg te kunnen waarborgen. Met betrekking tot de snelheid van de specialistische berichtgeving lopen de resultaten van verschillende onderzoeken uiteen.

Uit onderzoeken naar de uitkomst van de verwijzing komt naar voren dat wat betreft de gezondheidstoestand, de ongerustheid en de diagnostische kennis de situatie bij de meeste verwijzingen achteraf beter is dan vooraf. De tevredenheid van de patiënten over het gedrag van de artsen is over het algemeen groot. Over het doorgaan met het zoeken van hulp na afronding van een verwijzing zijn geen empirische gegevens beschikbaar.

Voor de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag - Wat verklaart de kwaliteit van verwijzingen? - zijn veronderstellingen geformuleerd over de relatie tussen de kwaliteitsaspecten en de verklarende variabelen. Hieronder staat voor elk aspect van de kwaliteit van verwijzingen aangegeven met welke verklarende variabelen een relatie wordt verondersteld. De relatie kan positief (+) of negatief (-) zijn en in enkele gevallen wordt geen uitspraak over de relatie gedaan (\pm).

De veronderstellingen ten aanzien van de samenhang tussen de doelmatigheid van het handelen van de huisarts en de verklarende variabelen:

- + praktijkervaring
- praktijkgrootte
- urbanisatiegraad
- solopraktijk (versus samenwerkingsverband)
- + taakopvatting (brede taak huisarts)
- + ernst klachten
- + verwijzen naar de dermatologie (versus interne geneeskunde en neurologie)
- rol vrees iets over het hoofd te zien bij verwijsbeslissing
- rol druk patiënt bij verwijsbeslissing
- rol geruststelling patiënt bij verwijsbeslissing

De veronderstellingen ten aanzien van de samenhang tussen de doelmatigheid van het handelen van de specialist en de verklarende variabelen:

- + praktijkervaring
- + werkzaam in de dermatologie (versus interne geneeskunde en neurologie)
- grootte ziekenhuis
- \pm academisch ziekenhuis (versus niet-academisch ziekenhuis)
- + taakopvatting (brede taak huisarts)
- + intensiteit (werk)relatie huisarts-specialist
- + ernst klachten
- + afstand tussen ziekenhuis en woonplaats patiënt
- rol vrees iets over het hoofd te zien bij bepalen beleid
- rol druk patiënt bij bepalen beleid
- rol geruststelling patiënt bij bepalen beleid

De veronderstellingen ten aanzien van de samenhang tussen de kwaliteit van de verwijsbrief en de verklarende variabelen:

- praktijkervaring
- solopraktijk (versus samenwerkingsverband)

- + taakopvatting (brede taak huisarts)
- + kennen van en werken volgens de NHG-standaard voor de verwijfsbrief
- intensiteit (werk)relatie huisarts-specialist
- weten welke specialist de patiënt zal behandelen
- + ernst klachten
- + verwijzen naar de dermatologie (versus interne geneeskunde en neurologie)
- rol vrees iets over het hoofd te zien bij verwijfsbeslissing
- rol druk patiënt bij verwijfsbeslissing
- rol geruststelling patiënt bij verwijfsbeslissing

De veronderstellingen ten aanzien van de samenhang tussen de kwaliteit van de specialistenbrief en de verklarende variabelen:

- praktijkervaring
- + taakopvatting (brede taak huisarts)
- + werkzaam in de dermatologie (versus interne geneeskunde en neurologie, alleen ten aanzien van de snelheid van de brief)
- ± werkzaam in de dermatologie (versus interne geneeskunde en neurologie, alleen ten aanzien van de inhoud van de brief)
- + academisch ziekenhuis (versus niet-academisch ziekenhuis, alleen ten aanzien van de inhoud van de specialistenbrief)
- academisch ziekenhuis (versus niet-academisch ziekenhuis, alleen ten aanzien van de snelheid van de specialistenbrief)
- intensiteit (werk)relatie huisarts-specialist
- + ernst klachten (alleen voor de inhoud van de specialistenbrief)
- ± ernst klachten (alleen voor de snelheid van de specialistenbrief)

De veronderstellingen ten aanzien van de samenhang tussen de uitkomst van de verwijzing (verandering gezondheidstoestand en/of ongerustheid en/of diagnostische kennis) en de verklarende variabelen:

- leeftijd patiënten (alleen voor de gezondheidstoestand)
- + diagnostiseerbaarheid en behandelbaarheid van de klachten
- rol psychosociale factoren
- eerdere contacten met andere hulpverleners voor dezelfde klachten
- comorbiditeit
- + verwijzingen naar de internist of de neuroloog (versus verwijzingen naar de dermatoloog)
- gezondheidstoestand, ongerustheid en diagnostische zekerheid bij aanvang van de verwijzing
- + verwachtingen ten aanzien van de uitkomst
- + rol vrees iets over het hoofd te zien bij verwijfsbeslissing (alleen voor de diagnostische kennis van de huisarts)
- rol druk patiënt bij verwijfsbeslissing
- rol geruststelling patiënt bij verwijfsbeslissing
- + verrichte diagnostiek en/of therapie
- nog onder controle of behandeling staan van de specialist

De veronderstellingen ten aanzien van de samenhang tussen de tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de artsen en de verklarende variabelen:

- ± leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, opleiding patiënt
- verwachting over de 'dienstbaarheid' van de huisarts
- + verwachting over het gedrag van de specialist
- + diagnostiseerbaarheid en behandelbaarheid van de klachten
- rol psychosociale factoren

- eerdere contacten met andere hulpverleners voor dezelfde klachten
- duur klachten
- frequentie huisarts-consulten voor de klachten
- rol druk patiënt bij verwijfsbeslissing (tevredenheid huisarts)
- rol geruststelling patiënt bij verwijfsbeslissing (tevredenheid huisarts)
- ± gezondheidstoestand, ongerustheid en diagnostische zekerheid patiënt
- ± rol druk patiënt bij verwijfsbeslissing (tevredenheid specialist)
- ± rol geruststelling patiënt bij verwijfsbeslissing (tevredenheid specialist)
- ± nog onder controle of behandeling staan van de specialist (alleen tevredenheid specialist)

De veronderstellingen ten aanzien van de samenhang tussen het doorgaan met het zoeken van hulp en de verklarende variabelen:

- + vrouwen (versus mannen)
- + opleiding
- leeftijd
- ± verzekeringsvorm
- + extern georiënteerden (versus intern georiënteerden)
- diagnoseerbaarheid en behandelbaarheid van de klachten
- + rol psychosociale factoren
- eerdere contacten met andere hulpverleners voor dezelfde klachten
- + duur van de klachten
- + frequentie huisarts-consulten voor de klachten
- + comorbiditeit
- gezondheidstoestand, ongerustheid, diagnostische zekerheid van patiënt
- oordeel afronding over de specialistische zorg

Tussen de procesaspecten worden geen veronderstellingen geformuleerd, tussen de uitkomstaspecten wel:

- Er wordt een positieve samenhang verondersteld tussen de verandering van de gezondheidstoestand, de ongerustheid en de kennis op diagnostisch gebied
- Er wordt een positieve samenhang verondersteld tussen de tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de artsen en de verandering van de gezondheidstoestand, de ongerustheid en de kennis op diagnostisch gebied
- De onderzoekers zullen ontevredener zijn over het gedrag van de artsen en bij hen zal de gezondheidstoestand, de ongerustheid en de kennis op diagnostisch gebied minder zijn verbeterd, dan bij de stoppers.

Ten slotte wordt een positieve samenhang verondersteld tussen het proces en de uitkomst.

Literatuur

1. Harteloh PPM, Casparie AF. Kwaliteit van zorg. 's Gravenhage: VUGA, 1991.
2. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring, Vol 1: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration press, 1980.
3. Harteloh PPM, Casparie AF, Touw PPJ. Het begrip 'kwaliteit van zorg'. Med Contact 1991;46:18-20.
4. Vuori H. Optimal and logical quality: two neglected aspects of the quality of health services. Med Care 1980;18:975-85.
5. Steffen GE. Quality medical care. JAMA 1988;260:56-61.
6. Caper Ph. The meaning of quality in medical care. N Engl J Med 1974:1136-7.
7. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Discussienota: Begrippenkader voor de kwaliteit van

- de beroepsbeoefening. Zoetermeer, 1986.
8. Willemse N. Patiënt en kwaliteit van zorg. *Med Contact* 1990;23:733-5.
 9. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring, Vol II: The criteria and standards of quality. Health Ann Arbor: Administration Press, 1982.
 10. Tarlov AR, Ware JE, Greenfield S, Nelson EC, Perrin E, Zubkoff M. The medical outcomes study. An application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA* 1989; 262:925-30.
 11. Weiss GL. Patiënt satisfaction with primary care. *Med Care* 1988;26:383-92.
 12. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients satisfaction with consultations in general practice. *Br J Gen Pract* 1990;40:487-90.
 13. Larsen D, Rootman I. Physician role performance and patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1976;10:29-32.
 14. Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication. *Pediatrics* 1968; 42:855-70.
 15. Bremer GJ. Een onderzoek van verwijfsbrieven. *Huisarts Wet* 1989;32:100-1.
 16. Beugeling A, Wouden JC van der. De verwijfsbrief in zijn context. *Med Contact* 1989;44:873-6.
 17. Het basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1987.
 18. De verwijfsbrief naar de tweede lijn (standaard 001 van het Nederlands Huisartsen Genootschap). *Huisarts Wet* 1989;32:102-5.
 19. Post D. Het nieuwe verwijfskaartensysteem; kommer en kwel of een nieuwe uitdaging? *Med Contact* 1992;47:1059-62.
 20. Es JC van. Patiënt, huisarts en specialist op één lijn. *Med Contact* 1984;39:1357-9.
 21. Beek M, Eijk J van, Rutten G. Verschuiving van eerste naar tweede lijn?; opvattingen van huisartsen en specialisten. *Med Contact* 1985;40:299-302.
 22. De positie van de huisarts in de toekomst; discussienota van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Utrecht, 1987
 23. Huisartsen willen meer inhoud geven aan hun sleutelpositie. *Het Ziekenhuis* 1987:1028-9.
 24. Horikx MJ. Taakverdeling eerste en tweede echelon. *Med Contact* 1979;34:769-72.
 25. Cuisinier MCJ, Dokter HJ, Wouden JC van der. De huisarts-specialist relatie bij kankerpatiënten. *The Practitioner* 1986:609-17.
 26. Grinten van der R. Communicatie huisarts-specialist. *Med Contact* 1981;36:777-81.
 27. Westerman RF. Patiëntenzorg: samen of apart? *Huisarts Wet* 1974;17:447-50.
 28. Kolkman HHE, Voort PCH van der. Samenwerking huisarts-specialist. *Med Contact* 1985;40:1065-7.
 29. Grundmeijer H, Weert H van. Patiënt, huisarts en internist. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992. Proefschrift.
 30. Westerman RF, Hull FM. De briefwisseling tussen huisarts en specialisten. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1991;135:603-5.
 31. Kersten TJMT. De invloed van huisartsen in de tweedelij. Utrecht: Nivel, 1991. Proefschrift.
 32. Jenkins RM. Quality of general practitioner referrals to outpatient departments: assesment by specialists and general practitioner. *Br J Gen Pract* 1993;43:111-3.
 33. Grace JF, Armstrong D. Referral to hospital: perceptions of patients, general practitioners and consultants about necessity and suitability of referral. *Fam Pract* 1987;4:170-5.
 34. Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Bereidheid tot verandering. 's-Gravenhage, 1987.
 35. Dopheide JP, Kersten TJMT, Nijhout FP, Speld GDJ. Een ziekenhuis op nieuw land. Utrecht: Nivel, 1986.
 36. Hull FM, Westerman RF. Referral to medical department at teaching hospitals in Birmingham and Amsterdam. *Br Med J* 1986;293:311-4.
 37. Doeleman F. Improving communication between general practitioners and specialists. *Fam Pract* 1987;4:176-82.
 38. Emmanuel J, Walter N. Referrals from general practice to hospital outpatient departments: a strategy for improvement. *Br Med J* 1989;299:722-4.
 39. Roland MO, Porter RW, Mathews JG, Redden JF, Simons GW, Bewley B. Improving care: a study of orthopedic outpatient referalls. *Br Med J* 1991;302:1124-8.
 40. Knottnerus JA, Joosten J, Daams J. Comparing the quality of referrals of general practitioners with

- high and average referral rates: an independent panel review. *Br J Gen Pract* 1990; 40:178-81.
41. Vissers JMH. Eerste en tweede lijn: samenhang en samenwerking. *Med Contact* 1985;40:92830.
 42. Vries H de. Over de invloed van de huisarts op het verwijzpercentage. *Med Contact* 1975;30:1438-9.
 43. Bakers J, Burg-van Walsum M van der. Medische contactdag Breda. *Med Contact* 1988; 43:372-4.
 44. Bremer GJ. Het verwijzen in de huisartspraktijk. Assen: van Gorcum & comp. N.V., 1964. Proefschrift.
 45. Edens R. Verwijsbrieven getoetst. *Med Contact* 1977;32:311-6.
 46. Kuyvenhoven MM, Melker RA de. Verwijzingen naar interne en chirurgische specialismen. *Huisarts Wet* 1986;29:365-8.
 47. Zock AL, Leeuwenburg J, Pleumeekers H. De verwijsbrief getoetst. *Huisarts Wet* 1989;32:505-8.
 48. Verhage-Spliet CMTh, Kersten TJJMT. De inhoud van verwijsbrieven en specialistenbrieven. *Huisarts Wet* 1990;33:148-51.
 49. Dungen L van, Wijkkel D. Samenwerking na verwijzing. Amsterdam: Onderzoekscentrum 1e-2e lijn, Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, 1993.
 50. Grace JF, Armstrong D. Reasons for referral to hospital: extent of agreement between the perception of patients, general practitioners and consultants. *Fam Pract* 1986;3:143-7.
 51. Meyboom WA, Casparie AF. Samenwerking eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. Berichtgeving aan de huisarts bij ontslag uit het ziekenhuis. Een toetsingsonderzoek. *Med Contact* 1980;33:989-94.
 52. Hageman HJ, Giffen H. van, Meyboom WA. Verslaglegging van specialist aan huisarts. *Med Contact* 1984;16:513-4.
 53. Pop P, Keijsers LLJM. Communicatie tussen huisarts en specialist. *Med Contact* 1985;7:203-6.
 54. Beusekom JAH van, Geerling J. De ontslagbrief. *Ned Tijdschr Geneesk* 1988;132:2315-6.
 55. Engelsman C, Riewald M. Continuïteit in zorg, een continue zorg. Groningen: Het Groene Kruis, 1987.
 56. Verhage-Spliet CMTh, Eggink HD. De polikliniekbrief van de internist. *Med Contact* 1990; 36:-1058-60.
 57. Kersten TJJMT, Stokx LJ, Meyboom WA. Ontslagberichtgeving aan de huisarts. *Med Contact* 1992;42:1229-33.
 58. Meijer F, Hofstra ML. Specialistische berichtgeving na polikliniekbezoek. Een onderzoek naar snelheid en kwaliteit. *Med Contact* 1990;46:1375-6.
 59. Penney TM. Delayed communication between hospitals and general practitioners: where does the problem lie? *BMJ* 1988;297:28-9.
 60. Jongh TOH de. Verwijzing: verwachtingen en effecten. *Med Contact* 1986;41:511-5.
 61. Brown JM. Why not audit hospital referrals? *J Roy Col Gen Pract* 1979;29:743.
 62. Dowie R. General practitioners and consultants: a study of outpatient referrals. King Edwards Hospital Fund for London, 1983.
 63. Britton M, Orth-Gomér K, Rehnqvist N. Patient benefits from medical measures: results in an outpatient clinic for internal medicine. *Soc Sci & Med* 1980;14A:481-4.
 64. Mootz M. De patiënt en zijn naasten. 's Gravenhage: Pasmans, 1981. Proefschrift.
 65. Krol LJ. De consument als leidend voorwerp in de gezondheidszorg. Amsterdam: Rijksuniversiteit Amsterdam, 1985. Proefschrift.
 66. Kar A van de, Knottnerus A, Meertens R, Dubois V, Kok G. Why do patients consult the general practitioner? Determinants of their decision. *Brit J Gen Pract* 1992;42:313-6.
 67. Jongh TOH de. Ongerustheid en het bezoek aan de huisarts. *Med Contact* 1992;27/28:853-6.
 68. Ben-Sira Z. The function of the professional's affective behavior in client satisfaction: A revised approach to social interaction theory. *J Hlth Soc Behav* 1976;17:3-11.
 69. Balint M. De dokter, de patiënt, de ziekte. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum, 1975.
 70. Verhaak PFM. Hoe speciaal is de communicatie van de huisarts? *Huisarts Wet* 1991;34:320-4.
 71. Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. Utrecht: Nivel, 1991. Proefschrift.
 72. Bensing JM. Impliciete theorieën in onderzoek naar de arts-patiënt communicatie. *Huisarts Wet* 1991;34:311-9.
 73. Cassee ETh. Naar de dokter. Meppel: Boom, 1973

74. Lagendijk Opinieonderzoek. Nederlands Publiek en Huisarts, meningen en ervaringen met de beroepsgroep. 1981.
75. Sixma H. Hoe tevreden zijn de mensen in de gezondheidszorg? *Med Contact* 1988;43:475-6.
76. Visser APH. De satisfactie van ziekenhuispatiënten. Ontwikkeling en betekenis van een meetinstrument. *Tijdsch Soc Gezondhz* 1983;61:720-32.
77. Foets M, Sixma H. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
78. Williamson V. Patients satisfaction with general practitioner services: a survey by a community health council. *J Royal Col Gen Pract* 1989;39:452-5.
79. Williams SJ, Calnan M. Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Soc Sci Med* 1991;33:707-16.
80. Linn LS, DiMatteo MR, Chang BL, Cope DW. Consumer values and subsequent satisfaction ratings of physicians behavior. *Med Care* 1984;22:804-12.
81. Roter DL, Hall JA, Katz NR. Relations between physicians behaviors and analogue patients' satisfactions, recall and impressions. *Med Care* 1987;25:437-51.
82. Hofmans-Okkes I. Op het spreekuur. Lelystad: Meditekst, 1991.
83. Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc Sci Med* 1978;12:293-302.
84. Visser APH. Methodische dilemma's in gezondheidszorgonderzoek. *Gezond & Samenl* 1982; 3:232-43.
85. Swinkels H. Gezondheidsenquêtes: Trendcijfers gezondheidsenquête, 1981-1990. Maandbericht gezondheid CBS 1991;16:10-7.
86. Joosten JA, Daams J, Knottnerus JA. Verwijzingen naar de internist: een vergelijkend retrospectief panelonderzoek naar de kwaliteit van verwijzingen van huisartsen die veel en huisartsen die gemiddeld naar de internist verwijzen. *Med Contact* 1990;45:83-5.
87. Gloerich ABM, Zee van der J. Determinanten van verwijzen door de huisarts naar de tweedelijns; deelproject van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1992.
88. Boots JMJ. Het werk van de huisarts. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1983. Proefschrift.
89. Gerrity MS, DeVellis RF, Earp JA. Physicians' reactions to uncertainty in patient care. *Med Care* 1990;28:724-36.
90. Snoek JW. Het denken van de neuroloog. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1989. Proefschrift.
91. Kolkman H, Voort C van der. Samenwerking huisarts-specialist; onderzoek in een proefregio. Utrecht: NZI, 1983.
92. Jaarboek LISZ/IBIS 1986. Zeist: Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, 1988.
93. Dam F van, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: Nivel, 1988.
94. Wijkkel D. Samenwerken en verwijzen. Utrecht: Nivel, 1986. Proefschrift.
95. 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.
96. Mookink HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986. Proefschrift.
97. Tielens VCL, Mookink H, Mesker P. Het medisch-diagnostisch handelen van de huisarts. *Huisarts Wet* 1985;28:44-8.
98. Janssen R. Effecten van tijdsprijzen op medische consumptie en gezondheid. Delft: Uitgeverij Eburon, 1989. Proefschrift
99. Everwijn SEM, Melker RA de. De werkwijze van huisarts en specialist. *Huisarts Wet* 1985; 28:302-6.
100. Oosterhuis WW. De communicatieve waarde van correspondentie tussen de huisarts en de specialist. *Med Contact* 1974;29:963-4.
101. Cummins RO, Smith RW, Inui TS. Communication failure in primary care. *JAMA*;243:1650-2.
102. Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br J Gen Pract* 1990;40:445-9.
103. Ven WPMM van der, Nauta FA, Vliet RCJA van, Rutten FFH. Inventarisatie en achtergronden van

- de consumptieverschillen tussen ziekenfonds en particulier verzekerden. *Gezond & Samen* 1980;1:224-54.
104. Centraal Bureau voor de Statistiek, *Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 1989*. SDU-uitgeverij/CBS-publikaties, 's Gravenhage, 1989.
 105. Armstrong D, Fry J, Armstrong P. Doctors' perceptions of pressure from patients for referral. *Br Med J* 1991;302:1186-8.
 106. Zaat J. *De macht der gewoonte. Over de huisarts en zijn laboratoriumonderzoek*. Amsterdam: Thesis Publishers Amsterdam, 1991. Proefschrift.
 107. Swaan A de. *De mens is de mens een zorg*. Amsterdam: Meulenhoff, 1982.
 108. Aakster CW. Patiënten-motieven en niet officiële genezers. *Ned Tijdschr Geneesk* 1975;119:1611-6.
 109. Ooijendijk WTM, Mackenbach JP, Limberger HHB. *Wat heet beter: eerste verslag van een onderzoek naar gebruik van en tevredenheid met alternatieve en officiële geneeskunde*. Leiden: NIPG, 1980.
 110. Sonsbeek JLA van. *Gezondheidsenquêtes: Het raadplegen van alternatieve genezers en huisartsen in 1985-1987*. Maandbericht gezondheid CBS 1988;8-9:4-12.
 111. Thomas KJ, Carr J, Westlake L, Williams BT. Use of non-orthodox and conventional health care in Great Britain. *Br Med J* 1991; 302:207-10.
 112. Furnham A, Smith C. Choosing alternative medicine: a comparison of the beliefs of patients visiting a general practitioner and a homeopath. *Soc Sci Med* 1988;26:686-9.
 113. *Lagendijk Opinieonderzoek. Meningen over en ervaringen met de natuurgeneeskundige*. Apeldoorn, 1980.