

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.

3 MATERIAAL EN METHODEN

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksopzet (3.2) en de uitvoering van het onderzoek (3.3) beschreven. In 3.4 wordt een globale beschrijving van de meetinstrumenten gegeven. Voor een gedetailleerde beschrijving wordt steeds naar de bijlagen verwezen. Aan de orde komen de kwaliteitsaspecten en de verklarende variabelen die zijn opgenomen in het verklaringsmodel in hoofdstuk 2. Tevens wordt ingegaan op een aantal beschrijvende variabelen; deze variabelen zijn niet opgenomen in het verklaringsmodel en betreffen de oordelen van de betrokken patiënt, huisarts en specialist over de doelmatigheid, communicatie en uitkomst van de verwijzing. In paragraaf 3.5 wordt in het kort aangegeven hoe de gegevens zijn verwerkt. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting.

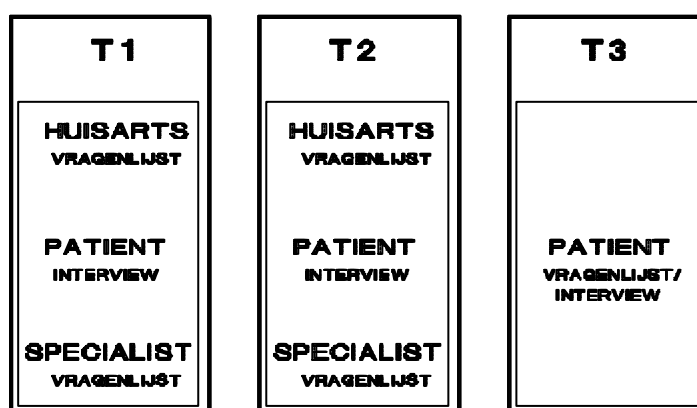
3.2 De onderzoeksopzet

De meetmomenten

Voor het meten van de kwaliteit van de verwijzing is de verwijzing in de tijd gevolgd. Op drie meetmomenten zijn gegevens bij de huisarts, de specialist en de patiënt verzameld. Het eerste meetmoment (T1) is voor de huisarts en de patiënt het moment dat de huisarts de patiënt verwijst en voor de specialist het eerste consult van de patiënt bij de specialist. Het tweede meetmoment (T2) is het laatste consult van de patiënt bij de specialist of drie maanden na het eerste consult bij de specialist. Het derde meetmoment (T3) is drie maanden na het tweede meetmoment; deze is bedoeld om de uitkomst van de verwijzing op langere termijn te meten en daarvoor kan worden volstaan met gegevens van de patiënt. De eerste dataverzamelingsperiode, waarvan de drie meetmomenten deel uitmaken, heeft in de periode van oktober 1989 tot juni 1990 plaatsgevonden.

De methode van dataverzameling

Figuur 3.1



De gegevens zijn verzameld met behulp van vragenlijsten en interviews (zie figuur 3.1). Tevens zijn de verwijs- en specialistenbrieven verzameld.

BIJ DE HUISARTS EN DE SPECIALIST

De kwaliteitsaspecten en de verwijzings specifieke verklarende variabelen: zijn met behulp van vragenlijsten op T1 en T2 verzameld (eerste dataverzamelingsperiode). De vragenlijst bestaat uit vragen met geprecodeerde antwoordcategorieën en enkele open vragen. Daarnaast zijn na afronding van deze dataverzamelingsperiode verwijs- en specialistenbrieven verzameld. Aan de patiënten is op het eerste meetmoment gevraagd of zij er bezwaar tegen hadden dat de onderzoekers inzage in de verwijsbrief en de specialistenbrieven zouden hebben. Voor aanvang van het onderzoek is de huisartsen niet meegedeeld dat de onderzoekers ook over de verwijs- en specialistenbrieven wilden beschikken. Hiervoor is gekozen, omdat op deze wijze het schrijven van de brieven minder beïnvloed zou worden door de deelname aan het onderzoek. Een risico van deze aanpak was, dat, na afronding van de verwijzing, niet alle brieven meer te achterhalen zouden zijn. Dit zou met name gelden voor de verwijsbrieven.

Wanneer de huisartsen niet over een kopie van de verwijs- of specialistenbrieven beschikten, is gevraagd of zij er bezwaar tegen hadden als de onderzoekers de specialisten zouden benaderen om een kopie van de brieven te verkrijgen.

De niet-verwijzings specifieke verklarende variabelen: zijn ook tijdens de eerste dataverzamelingsperiode aan de huisarts en de specialist voorgelegd. Tijdens de tweede dataverzamelingsperiode (2 jaar na de eerste dataverzamelingsperiode) is de huisarts en de specialist nogmaals een vragenlijst toegestuurd met uitspraken over de taakafbakening tussen huisarts en specialist en aan de huisarts tevens een lijst met uitspraken over het gedrag van de huisarts in de arts-patiënt relatie. Naar onze mening is het verantwoord deze gegevens twee jaar later te verzamelen, omdat aangenomen is dat het relatief stabiele kenmerken van de respondenten betreft.

BIJ DE PATIËNT

De kwaliteitsaspecten en de verwijzings specifieke verklarende variabelen: zijn op het eerste, tweede en derde meetmoment via interviews verzameld. Op T3 zijn alleen die patiënten geïnterviewd, waarvan de interviewer het idee had dat ze niet in staat waren de lijst zelfstandig in te vullen. De overige patiënten hebben een lijst toegestuurd gekregen. Voor deze procedure is op T3, in afwijking van T1 en T2, gekozen, omdat de vragen die op T3 zijn gesteld voor een belangrijk deel overeenkomen met de vragen op T1 en T2 en daarom geen toelichting meer behoeften.

De interviews zijn door 16 getrainde interviewers en de onderzoekers uitgevoerd. Wanneer de patiënten aan de onderzoekers hadden aangegeven mee te willen werken aan het onderzoek, is een interviewer ingeschakeld. De interviewer woonde in de buurt van de patiënt, doch niet in dezelfde stad, als het een woonplaats van minder dan 30.000 inwoners betrof, en had niet dezelfde huisarts als de patiënt. Een en ander om de privacy en anonimiteit zoveel mogelijk te waarborgen. De twee (of drie) interviews per verwijzing zijn door dezelfde interviewer afgenomen. De interviews vonden plaats aan de

hand van gestructureerde vragenlijsten met open vragen en vragen met geprecodeerde antwoordcategorieën.

De niet-verwijzings specifieke verklarende variabelen: zijn voor het grootste deel gelijktijdig met de aan de verwijzing gekoppelde variabelen op T1 en T3 verzameld. Tijdens de tweede dataverzamelingsperiode is aan de patiënten die op T3 zijn overgebleven, een lijst met uitspraken over de verwachting over het gedrag van de huisarts in de arts-patiënt relatie gestuurd. Ook hier is, net als bij de huisarts en de specialist, aangenomen dat deze verwachtingen van de patiënt relatief stabiel over de tijd zijn en dat het daarom verantwoord is deze gegevens twee jaar later te verzamelen.

3.3 De uitvoering van het onderzoek

3.3.1 Het vaststellen van de steekproef

Het exploratieve karakter van het onderzoek brengt met zich mee dat een groot aantal gegevens van elke verwijzing is verzameld. Omdat het onderzoek van de verwijzing op arts-patiënt niveau nogal arbeidsintensief is, is besloten het onderzoek te beperken tot 300 verwijzingen. Deze omvang maakt het mogelijk om relevante verschillen tussen groepen te onderkennen. Er is gekozen voor een beperkt aantal verwijzingen (6) per huisarts, omdat hiermee de tijdsbelasting voor de deelnemende huisartsen relatief gering is en het aannemelijk is dat de vereiste verwijzingen ook binnen een redelijke termijn worden aangemeld. Deze keuzes hadden tot gevolg dat 50 huisartsen bereid gevonden dienden te worden mee te werken aan het onderzoek.

3.3.2 De in- en exclusiecriteria voor de selectie

Verwijzingen

De verwijzingen moesten aan de volgende criteria voldoen om in het onderzoek betrokken te worden:

1. Geen acute verwijzingen; de patiënt moest geïnterviewd kunnen worden voordat deze de specialist had geconsulteerd.
2. Geen achteraf- of herhaalverwijzingen; de verwijzing diende plaats te vinden op het spreekuur van de huisarts en de patiënt diende het afgelopen jaar niet eerder voor hetzelfde probleem naar het betreffende specialisme te zijn verwezen, omdat de bedoe-ling van de verwijzing van de huisarts moest worden gemeten.
3. Geen verwijzingen waarbij de specialist de patiënt niet face to face zag; om de vragen uit de vragenlijst te kunnen beantwoorden was rechtstreeks contact tussen specialist en patiënt nodig.

Specialismen

In het onderzoeksmodel is het specialisme als één van de verklarende variabelen om de kwaliteit van verwijzingen opgenomen (zie hoofdstuk 2). Dit heeft ertoe geleid dat

meerdere specialismen in het onderzoek zijn opgenomen. Om een te grote variatie in het specialisme te voorkomen, is het aantal specialismen beperkt aan de hand van de volgende criteria:

1. Het dienden somatische specialismen te zijn, omdat de gekozen onderzoeksopzet en meetinstrumenten daarop zijn afgestemd.
2. De grens tussen het domein van het specialisme en de huisartsgeneeskunde diende 'omstreden' te zijn (domeinoverlapping).
3. Er dienden niet overwegend kinderen naar het specialisme verwezen te worden, omdat zij minder goed in staat zijn de vragen te beantwoorden. De minimum leeftijd van de deelnemende patiënten is gesteld op 16 jaar.
4. Er diende weinig acute pathologie voor te komen.
5. Bij het specialisme dienden zowel mannen als vrouwen behandeld te worden, om een sterke oververtegenwoordiging van één van beide groepen te voorkomen.
6. Er diende een voldoende aantal verwijzingen in beperkte tijd gerealiseerd te kunnen worden (specialismen met lange wachttijden vallen af).

Op grond van deze criteria zijn geselecteerd: interne geneeskunde, cardiologie, longziekten, gastro-enterologie, neurologie en dermatologie. Deze specialismen ontvangen tezamen een kwart van de uitgeschreven verwijskaarten. Met behulp van LISZ¹ gegevens is berekend dat de huisartsen gemiddeld 3 weken nodig zouden hebben om de 6 verwijzingen aan te melden. Hierbij is uitgegaan van de veronderstelling dat ongeveer een derde van de verwijskaarten betrekking heeft op actieve verwijzingen door de huisarts.² Geen rekening is gehouden met het feit dat particulier verzekerde patiënten minder worden verwezen dan ziekenfondspatiënten en dat acute verwijzingen niet in het onderzoek zijn opgenomen. Hierdoor zou de periode die de huisarts nodig heeft om tot het aantal van 6 verwijzingen te komen wat langer kunnen zijn.

Ziekenhuizen

Naast de specialismen is ook het type ziekenhuis onderwerp van keuze bij de selectie van de verwijzingen geweest. Gekozen is voor een academisch ziekenhuis, vier centrumziekenhuizen (>250 bedden) en drie basisziekenhuizen (<250 bedden), allen in het noorden van het land. De keuze van het type en de omvang van de ziekenhuizen is gebaseerd op twee overwegingen:

1. Uit het onderzoek van Cummins et al³ is gebleken dat de communicatie tussen huisartsen en academische ziekenhuizen slechter is dan tussen huisartsen en specialisten die werkzaam zijn in niet academische ziekenhuizen. In het onderzoek van Kolkman en van der Voort⁴ wordt geconcludeerd dat ook de werkrelatie huisarts-specialist verschilt tussen een specialist die werkzaam is in een basisziekenhuis en een specialist die werkzaam is in een centrumziekenhuis.
2. De specialisten moesten niet te veel belast worden. Hoe meer ziekenhuizen in het onderzoek zouden worden betrokken hoe groter de kans op spreiding van de verwijzingen over de specialisten.

Huisartsen

De huisartsen zijn gestratificeerd naar de verzorgingsgebieden van de acht betrokken

ziekenhuizen. De trekking van de steekproef heeft proportioneel plaatsgevonden. Vooraf is een aantal huisartsen om de volgende redenen uit de populatie verwijderd:

- betrokkenheid bij het onderzoek;
- deelname aan de pilot die aan het onderzoek is voorafgegaan;
- afwijkende praktijksamenstelling (gericht op alternatieve geneeswijzen, of minder dan 750 patiënten).

Om 50 huisartsen te selecteren is uit elk verzorgingsgebied 14 % van het aantal gevestigde huisartsen getrokken. Vervolgens is op dezelfde wijze een reservegroep van 50 huisartsen getrokken. Wanneer een huisarts weigerde, kon onmiddellijk een huisarts uit de reservegroep uit hetzelfde verzorgingsgebied worden aangeschreven.

Specialisten

In de deelnemende ziekenhuizen zijn in totaal ca. 150 specialisten werkzaam in de geselecteerde specialismen. Welke van deze 150 specialisten daadwerkelijk gevraagd zouden worden deel te nemen aan het onderzoek zou afhangen van naar welke specialist de patiënten zouden worden verwezen.

Patiënten

De huisarts heeft iedere patiënt, die aan de onderzoekscriteria voldeed, vanaf een door ons vastgestelde datum (variërend van oktober 1989 tot januari 1990) gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Aan de huisarts is uitdrukkelijk gevraagd selectie van patiënten te vermijden. Een uitzondering hierop vormden de patiënten die te verward waren of zich niet in het Nederlands verstaanbaar konden maken. Patiënten die problemen hadden met spreken, maar de antwoorden wel konden opschrijven, zijn wel in aanmerking gekomen. Wanneer de patiënt bij de huisarts aangaf niet deel te willen nemen, is de verwijzing niet in het onderzoek opgenomen.

3.3.3 De benadering van de respondenten

Huisartsen

De geselecteerde huisartsen zijn, na een schriftelijke vooraankondiging van het onderzoek, samen met een aanbevelingsbrief van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging en/of de Vereniging Ondersteuning Huisartsen, telefonisch gevraagd aan het onderzoek deel te nemen. De huisartsen zijn twee maal door één van de onderzoekers bezocht. Tijdens het eerste bezoek zijn de vragenlijsten en een brievenstandaard met informatie over het onderzoek (deelnemende specialismen, telefoonnummer onderzoekers) uitgereikt. Tevens zijn de huisartsen geïnstrueerd over hetgeen er van hen werd verwacht. Tijdens het tweede bezoek zijn onduidelijkheden in de antwoorden in de vragenlijsten doorgenomen, is de lijst doorgenomen waarop moest worden aangegeven welke patiënten niet mee wilden doen aan het onderzoek en is een kopie gevraagd van de verwijs- en de specialistenbrieven.

Specialisten

De onderzoekers zijn in overleg getreden met de voorzitters van de medische staven en kliniekhouders, met de vraag of zij hun medewerking wilden verlenen aan het onderzoek. Tevens is aan alle in aanmerking komende specialisten voor aanvang van de gegevensverzameling een brief gestuurd. Hierin werd aangekondigd dat zij in de komende tijd gevraagd zouden kunnen worden mee te werken aan het onderzoek, wanneer een aan het onderzoek deelnemende patiënt naar hen werd verwezen.

Patiënten

Wanneer de patiënt aan de huisarts medewerking had toegezegd, kreeg deze van de huisarts een informatiebrief over het onderzoek mee. Vervolgens is door de onderzoekers contact met de patiënt opgenomen om te verifiëren of deze nog steeds bereid was mee te werken. Tijdens het eerste interview is de patiënt een kaart verstrekt, die moest worden opgestuurd zodra bekend was wanneer het laatste consult bij de specialist zou plaatsvinden of plaatsgevonden had. Daarnaast is met iedere deelnemende patiënt na anderhalve maand contact opgenomen om te verifiëren of de verwijzing al was afgerond.

3.3.4 ‘Bijzondere omstandigheden’ bij de tweede en derde vragenronde

Voor een aantal bijzondere omstandigheden, die zich op het tweede of derde meetmoment konden voordoen, zijn voor aanvang van het onderzoek afspraken gemaakt, te weten:

- Een patiënt is opgenomen: in dit geval is gewacht totdat een vraaggesprek mogelijk was. Bij opname kon de behandeling door een andere specialist zijn overgenomen. De vragenlijst is in dit geval gestuurd naar de specialist die de patiënt in behandeling heeft gehad op de polikliniek.
- De behandeling op de polikliniek is door een andere specialist binnen hetzelfde (deel)specialisme overgenomen: de vragenlijst is gestuurd naar de specialist die de patiënt het laatst onder behandeling heeft gehad.
- Een patiënt is doorverwezen naar een ander specialisme: de vragenlijst is gestuurd naar de specialist, waarnaar de huisarts de patiënt heeft verwezen. De vragen die aan de patiënt op T2 zijn gesteld, hadden betrekking op de specialist waarnaar de patiënt door de huisarts was verwezen.
- Bij overlijden van de patiënt, verhuizing van de patiënt naar het buitenland, afwezigheid van de huisarts of de specialist door ziekte of vestiging elders of weigering verder deel te nemen aan het onderzoek: in deze situaties is de verwijzing in het onderzoek gelaten, ondanks het feit dat een actor, die bij het verwijfsproces was betrokken, is uitgevallen.

3.4 De meetinstrumenten

3.4.1 De doelmatigheid van het handelen van de huisarts en de specialist

Het kwaliteitsaspect doelmatigheid bestaat uit drie onderdelen:

1. De overeenstemming tussen de bedoeling van de huisarts en het handelen van de specialist.
2. De doelmatigheid van het handelen van de huisarts.
3. De doelmatigheid van het handelen van de specialist.

Het eerste onderdeel is objectief (aan de hand van expliciete criteria door de onderzoekers) beoordeeld en het tweede en het derde onderdeel onafhankelijk (aan de hand van impliciete criteria door onafhankelijke artsen).

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

Om objectief de overeenstemming te kunnen bepalen is de huisarts op T1 gevraagd wat zijn bedoeling is op diagnostisch gebied (4 antwoordcategorieën), op therapeutisch gebied (4 antwoordcategorieën) en wat betreft de duur van de specialistische zorg (2 antwoordcategorieën). Na afronding van de verwijzing is door de onderzoekers het handelen van de specialist geïnventariseerd op basis van de vragenlijst van de specialist op T2 en de specialistenbrieven. Tevens is het aantal bezoeken van de patiënt aan de specialist geïnventariseerd. Het specialistisch handelen is vergeleken met de bedoeling van de huisarts, hetgeen heeft geresulteerd in drie dichotome variabelen ‘overeenstemming diagnostiek’, ‘overeenstemming therapie’ en ‘overeenstemming duur’ met als mogelijke waarden: wel/geen overeenstemming. Voor een uitgebreide toelichting wordt verwezen naar bijlage II.

De doelmatigheid van het handelen van de huisarts en de specialist

Het handelen van de huisarts en de specialist is door onafhankelijke artsen beoordeeld. In bijlage III wordt de onafhankelijke beoordeling uitgebreid toegelicht.

Voor de onafhankelijke beoordeling zijn de verwijzingen beschreven in de vorm van ziektegeschiedenissen, bestaande uit twee delen. Het eerste deel bevat de huisartsen-informatie (informatie over de patiënt en over het huisartsgeneeskundig handelen, voordat de patiënt werd verwezen, aangevuld met de verwijsbrief) en het tweede deel de specialisten-informatie (informatie over het handelen van de specialist, inclusief de specialistenbrieven). Elke verwijzing is beoordeeld door twee huisartsen en twee specialisten. De beoordeling van het handelen van de huisarts bestaat uit: de diagnostiek, de diagnostische conclusies, de therapie, de noodzaak van de verwijzing, het tijdstip van de verwijzing en het nut van de verwijzing. Het specialistisch handelen is beoordeeld op: de diagnostiek, de diagnostische conclusies, de therapie, de duur van de specialistische zorg en het beantwoorden van de vraagstelling van de huisarts door de specialist. De gebruikte beoordelingslijsten zijn gebaseerd op het onderzoek van Grundmeijer en van Weert.⁵

De beoordelingen op de 6 items over het handelen van de huisarts zijn gesommeerd tot een doelmatigheidsscore voor de huisarts en de 5 items voor het handelen van de specialist tot een doelmatigheidsscore voor de specialist. Hierbij is gebruik gemaakt van het meerderheidsstandpunt. Als 3 of 4 van de 4 beoordelaars bij een item van mening zijn dat de handelwijze van de huisarts of de specialist juist is, heeft dat item de score ‘1’ gekregen. Als 3 of 4 van de 4 beoordelaars negatief oordelen over een item heeft dat item de score ‘0’ gekregen. Als bij een item geen meerderheid is die de handelwijze ‘juist’ dan wel ‘onjuist’ vindt is aan dat item een score van ‘0.5’ toegekend. De betrouwbaarheid

van de schaal voor het handelen van de huisarts en de specialist is matig tot redelijk te noemen (Cronbach's alpha respectievelijk .67 en .49). De doelmatigheidsscores voor het handelen van de huisarts en de specialist zijn getransformeerd naar een score lopend van 0 (ondoelmatig) tot 10 (doelmatig).

3.4.2 De kwaliteit van de communicatie tussen de huisarts en de specialist

Daar de communicatie tussen huisarts en specialist overwegend schriftelijk geschiedt (zie hoofdstuk 2), is de beoordeling van de kwaliteit van de communicatie beperkt tot de verwijsbrief en de specialistenbrief. Bij de beoordeling van de verwijs- en specialistenbrieven is nagegaan in hoeverre de brieven aan een standaard voldoen. Een uitgebreide bespreking is te lezen in bijlage IV.

De beoordeling van de verwijsbrief

De beoordeling is uitgevoerd aan de hand van de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).⁶ De beoordeling bestaat uit drie onderdelen, namelijk: de minimumbrief (deze items dienen in elke verwijsbrief aanwezig te zijn), de 'overige' items (deze dienen alleen in de verwijsbrief te worden opgenomen als ze in de gegeven situatie relevant zijn) en de verzorging van de brief.

Bij de beoordeling van de verwijsbrief nemen de vraagstelling en de leesbaarheid een aparte plaats in. Deze items zijn, los van de beoordeling van de rest van de verwijsbrief, door 8 personen beoordeeld (3 huisartsen, 3 specialisten en de 2 onderzoekers). De redenen hiervan zijn dat de vraagstelling als het centrale onderdeel van de verwijsbrief wordt gezien en dat de vraagstelling en de leesbaarheid in andere onderzoeken de meeste kritiek krijgen.

De beoordeling van de andere items is door 4 personen uitgevoerd (een huisarts, een specialist en 2 huisartsen in opleiding). Enkele items, zoals het vermelden van de personalia van de patiënt en het al dan niet typen van de verwijsbrief, zijn alleen door de onderzoekers beoordeeld. De beoordeling van deze items kon plaatsvinden met behulp van expliciete criteria, waardoor de hulp van deskundigen (artsen) hiervoor niet noodzakelijk was.

De beoordelingen van de verschillende items van de verwijsbrief zijn opgeteld tot een totaalscore. Hierbij heeft ieder item van de verwijsbrief een eigen gewicht gekregen. De gewichten zijn tot stand gekomen door de items van de verwijsbrief in twee rondes aan in totaal 16 huisartsen en specialisten voor te leggen. Zij zijn gevraagd bij elk van de drie onderdelen van de verwijsbrief (minimumbrief, 'overige' items en verzorging) een totaal van 100 punten over de verschillende items te verdelen en tevens het gewicht van de drie onderdelen ten opzichte van elkaar aan te geven.

De beoordeling van de specialistenbrief

Door de onderzoekers is, aan de hand van expliciete criteria, nagegaan of de volgende 6 items in de specialistenbrief zijn opgenomen: diagnose, prognose, beleidsadvies aan de huisarts, psychosociale omstandigheden van de patiënt, aan de patiënt verstrekte

informatie en volgende poliklinische afspraken. Van de in de brief vermelde medicatie die door de specialist is voorgeschreven of geadviseerd, is nagegaan of deze volledig is vermeld. Voor deze items is gekozen, omdat uit ander onderzoek naar voren is gekomen dat deze items wel eens tekort schieten (zie bijlage IV). De totaalscore van deze zeven onderdelen kan variëren van 0 tot 7 punten (hoe hoger de score, hoe uitgebreider de brief).

Naast deze inhoudelijke beoordeling is de tijd tussen het eerste consult en de datering van de eerste specialistenbrief bepaald.

3.4.3 De uitkomst van de verwijzing

De uitkomst van de verwijzing bestaat uit de volgende onderdelen:

1. De verandering van de gezondheidstoestand van de patiënt.
2. De verandering van de ongerustheid van de patiënt.
3. De verandering van de diagnostische kennis van de huisarts en de patiënt.
4. De tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de huisarts en de specialist.
5. Het doorgaan met het zoeken van hulp.

Voor een gedetailleerde beschrijving wordt verwezen naar bijlage V.

De verandering van de gezondheidstoestand van de patiënt

De gezondheidstoestandverandering is in drie aspecten verdeeld: de verandering van de functionele toestand, het ziektegevoel en de klachten. De drie aspecten weerspiegelen elk, wellicht elkaar voor een deel overlappend, een aspect van de verandering van de gezondheidstoestand van de patiënt. De functionele toestand meet de gevolgen van een klacht of aandoening, zich uitend in beperkingen voor het dagelijks leven in termen van concreet gedrag. Het ziektegevoel is het ontbreken van een gevoel van lichamenlijk welbevinden. De functionele toestand en het ziektegevoel zijn bij de patiënt geïnventariseerd, omdat naar onze mening de patiënt het beste kan aangeven hoe ziek deze zich voelt en wat deze op functioneel gebied nog wel of niet meer kan.

De inventarisatie van de functionele toestand en het ziektegevoel is klachtenonafhankelijk. Dit betekent dat de scores van de patiënten met elkaar vergeleken kunnen worden.

De klachtenverandering is een achteraf oordeel van de patiënt over de opgetreden verandering. Het betreft niet alleen veranderingen in klachten die de patiënt zelf ervaart, zoals pijn in de maagstreek of hoofdpijn, maar ook veranderingen in symptomen zoals roodheid van de huid. Gekozen is voor een overall oordeel, achteraf, en niet voor een inventarisatie van de klacht per individu op de drie meetmomenten. Er zijn geen instrumenten om een breed scala van klachten objectief vast te leggen en waarmee een verandering in de klachten is vast te stellen.

DE VERANDERING VAN DE FUNCTIONELE TOESTAND

Voor het meten van de functionele toestand zijn verschillende meetinstrumenten beschikbaar. Gekozen is voor de 'Sickness Impact Profile (SIP)'. De keuze voor de SIP-lijst is gebaseerd op de volgende overwegingen:

- De SIP is klachten onafhankelijk en dit betekent dat de somscores van de patiënten

- met elkaar vergeleken kunnen worden.
- De SIP is in het Nederlands vertaald.
 - Het is een gevalideerd instrument.
 - De lijst bestaat uit verschillende onderdelen: ieder onderdeel vertegenwoordigt een bepaald deel van het functioneren van mensen en uit deze onderdelen kan een selectie worden gemaakt.
 - Met het instrument kunnen ook kleine veranderingen in de functionele toestand worden gemeten.
 - De lijst is zowel mondeling af te nemen als schriftelijk door de patiënt in te vullen.

Uit de SIP-lijst, die bestaat uit 12 onderdelen, zijn de onderdelen geselecteerd, die bij ambulante polikliniekpatiënten relevant zijn: werk/studie, huishouden, recreatie en vrije tijd, sociale interacties en emotioneel gedrag.

Bij het afnemen van de verkorte SIP-lijst (verder genoemd de Functionele Toestand-lijst: FT-lijst) is de patiënt gevraagd een antwoord te geven welke van toepassing is op de huidige situatie en samenhangt met de gezondheidstoestand en niet alleen met de klachten waarvoor men is verwezen. Voor patiënten is het namelijk moeilijk om een onderscheid te maken tussen beperkingen ten gevolge van de klachten waarvoor men is verwezen en beperkingen ten gevolge van andere klachten, ziekte of handicap (comorbiditeit).

Binnen de FT-lijst heeft elk item een bepaald gewicht. Alle positief gescoorde items zijn vermenigvuldigd met hun gewicht en opgeteld tot een totaalscore die kan variëren van 0 (geen beperking) tot 100 procent (op alle onderdelen beperkt).

De verandering van de functionele toestand is gemeten door de somscores op de totale FT-lijst en de somscores op de onderdelen van de FT-lijsten op T1, T2 en T3 met elkaar te vergelijken (longitudinale vergelijking). Bij een negatieve verschilscore is de functionele toestand verbeterd, bij een positieve verschilscore is de functionele toestand verslechterd.

DE VERANDERING VAN HET ZIEKTEGEVOEL

Het 'ziektegevoel' bij de patiënt is gemeten door aan de patiënt de vraag voor te leggen: Hoe ziek voelt u zich? (vier-puntsschaal lopend van 'heel erg ziek' tot 'helemaal niet ziek'). Ook bij deze vraag is uitdrukkelijk niet toegevoegd ten gevolge van de klachten, waarvoor is verwezen. Verandering in ziektegevoel is gemeten door de scores van de patiënt op T1, T2 en T3 met elkaar te vergelijken (longitudinale vergelijking). Bij een negatieve verschilscore is het ziektegevoel afgenomen, bij een positieve verschilscore is het ziektegevoel toegenomen.

DE VERANDERING VAN DE KLACHTEN

Aan de patiënt is op T2 en T3 een achteraf oordeel gevraagd over de mate van klachten(of symptoom) verandering (retrospectieve vergelijking). De patiënt kon kiezen uit drie antwoordcategorieën: verdwenen/afgenomen, gelijk gebleven en toegenomen. Op T2 diende de patiënt de verandering ten opzichte van T1 aan te geven en op T3 diende de patiënt de klachten te vergelijken met de klachten op T2. Hierbij zijn de klachten die de patiënt op respectievelijk T1 en T2 heeft genoemd door de interviewer aan de patiënt voorgelegd.

De verandering van de ongerustheid van de patiënt

De ongerustheidsverandering is op twee manieren gemeten. Ten eerste zijn de somscores op een 'ongerustheidsschaal' (4 items) op T1, T2 en T3 met elkaar vergeleken (longitudinale vergelijking). Bij een negatieve verschilscore is de ongerustheid afgenomen en bij een positieve verschilscore is de ongerustheid toegenomen.

Ten tweede is aan de patiënten een achterafoordeel gevraagd over de ongerustheidsverandering (retrospectieve vergelijking). De patiënt kon kiezen uit drie antwoordcategorieën: verdwenen/afgenomen, gelijk gebleven en toegenomen. Op T2 diende de patiënt de verandering ten opzichte van T1 aan te geven en op T3 diende de patiënt de ongerustheid te vergelijken met de ongerustheid op T2. Hierbij is de mate van ongerustheid die de patiënt op respectievelijk T1 en T2 heeft genoemd door de interviewer aan de patiënt voorgelegd.

De longitudinale vergelijking is bedoeld om zo objectief mogelijk vast te stellen in hoeverre de ongerustheid is veranderd, de retrospectieve vergelijking om na te gaan hoe de patiënt de verandering heeft beleefd.

De verandering van de kennis van huisarts en patiënt op diagnostisch gebied

DE VERANDERING VAN DE KENNIS VAN DE HUISARTS

Deze uitkomstmaat is gemeten aan de hand van de verandering in diagnostische zekerheid en verandering in de diagnose. De diagnostische zekerheid is met een vierpuntsschaal op T1 en T2 bij de huisarts gemeten. De diagnose is op T1 en T2 gemeten door de huisarts te vragen aan te geven welke diagnose het meest waarschijnlijk is. De huisarts heeft deze vraag alleen hoeven te beantwoorden als het diagnostisch niveau 1 of 2 was. Bij diagnostisch niveau 3 en 4 is de diagnose zo onzeker dat het niet zinvol is een waarschijnlijkheidsdiagnose te vragen. Deze beide variabelen zijn door de onderzoekers gecombineerd tot de diagnosescore op T1 en T2. Een belangrijk uitgangspunt bij het toekennen van de diagnosescore is, dat er is nagegaan of de verwijzing iets heeft **opgeleverd**. De huisarts heeft een bepaalde kennis op T1 en op T2 kan deze kennis zijn uitgebreid of gelijk gebleven. Een achteruitgang in kennis is niet mogelijk. Dit betekent dat de diagnosescore alleen gelijk kan zijn aan 0 of een positieve waarde kan hebben.

Er is gekozen voor drie mogelijke waarden voor de diagnosescore: sterke vooruitgang, geringe vooruitgang en geen vooruitgang.

DE VERANDERING VAN DE KENNIS VAN DE PATIËNT

Op T1 en T2 is de patiënt gevraagd of deze weet wat de oorzaak van de klachten is (welke ziekte de patiënt heeft) en zo ja welke. Deze twee antwoorden zijn door de onderzoekers met elkaar vergeleken. Codering, 1: kennis op T1 en T2 is gelijk en 2: patiënt weet op T2 meer dan op T1.

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

TEVREDENHEID OVER HET GEDRAG VAN DE HUISARTS

Voor het meten van de tevredenheid over het gedrag van de huisarts is een schaal geconstrueerd bestaande uit 8 items. Deze items weerspiegelen met name het instrumentele gedrag van de huisarts (aandacht voor de klachten en de verwijsbeslissing). De 8

items zijn aan de patiënt op het eerste meetmoment ter beoordeling voorgelegd. De 5 antwoordcategorieën lopen van ‘dat is zeker zo’ tot ‘dat is zeker niet zo’. De score op de schaal kan variëren van 0 tot 10 punten: hoe hoger de score, hoe tevredener de patiënt is over het gedrag van de huisarts.

TEVREDENHEID OVER HET GEDRAG VAN DE SPECIALIST

Voor het meten van de tevredenheid over het gedrag van de specialist is een schaal geconstrueerd bestaande uit 11 items. De items weerspiegelen het affectieve gedrag (aandacht voor de patiënt als persoon) en het instrumentele gedrag (aandacht voor de klachten). De 11 items zijn de patiënt op het tweede meetmoment ter beoordeling voorgelegd.

Bij elk item kon de respondent kiezen uit 5 antwoordcategorieën lopend van ‘dat is zeker zo’ tot ‘dat is zeker niet zo’. De score op de schaal kan variëren van 0 tot 10 punten: hoe hoger de score, hoe tevredener de patiënt is over het gedrag van de specialist.

Het doorgaan met het zoeken van hulp

Doorgaan met het zoeken van hulp is gedefinieerd als: het op eigen initiatief (niet op advies van de huisarts of de specialist) tijdens of na afronding van de verwijzing hulp zoeken voor de klachten, waarvoor men is verwezen, in het reguliere of alternatieve medische circuit.

Op T2 en T3 is de patiënt gevraagd of men al dan niet, naast de specialist waarnaar men was verwezen, een andere hulpverlener heeft geraadpleegd voor de klachten; of men dit op eigen initiatief heeft gedaan; en naar welke hulpverlener. Daarnaast is gevraagd of men nog van plan was een andere hulpverlener te raadplegen; of men al een afspraak had gemaakt of dat men het nog ergens vanaf liet hangen.

3.4.4 De verklarende en beschrijvende variabelen

In tabel 3.1 en 3.2 zijn de variabelen opgenomen, die gebruikt worden om de kwaliteit te verklaren. De meeste variabelen worden in een bijlage nader toegelicht. Naast de variabelen die deel uitmaken van de kwaliteitsaspecten en de verklarende variabelen zijn ook enkele variabelen in het onderzoek opgenomen die uitsluitend een beschrijvende functie hebben. Deze beschrijvende variabelen staan vermeld in tabel 3.3 en worden deels in bijlage VII nader toegelicht.

Tabel 3.1a De niet-verwijzings specifieke verklarende variabelen

variabele	respondent/ beoordelaar	aantal items	aantal antwcat	toelichting
<i>demografische en algemene kenmerken</i>				
praktijkervaring	ha, sp	1	-	in jaren
praktijkvorm	ha	1	4	solopraktijk, associatie, groepspraktijk en gezondheidscentrum
praktijk grootte	ha	1	-	aantal patiënten
urbanisatiegraad	ha	1	6	landelijk-, verstedelijkt gebied, forensengemeenten, kleine, middelgrote en grote steden
specialisme	sp, pat	1	6	interne, cardiologie, longziekten, gastro-enterologie, neurologie en dermatologie
type ziekenhuis	sp, pat	1	3	basisziekenhuis (< 250 bedden), centrumziekenhuis (> 250 bedden), academisch ziekenhuis
leeftijd	pat	1	-	aantal jaren
geslacht	pat	1	2	man, vrouw
verzek.vorm	pat	1	2	ziekenfonds en particulier
opleiding	pat	1	6	lager onderwijs, LBO/VGLO/LAVO, MULO/MAVO, HAVO/HBS/MMS/atheneum/gymnasium, MBO, HBO/universiteit kandidaats, universiteit doctoraal
afstand tot ziekenhuis	pat	1	-	aantal kilometers tussen woonplaats patiënt en verstigingsplaats ziekenhuis, indien in dezelfde plaats dan is de afstand 0
<i>taakafbakening huisarts-specialist¹⁾</i>				
uitsprakenschaal	ha, sp	9	5	hoe hoger de score, hoe breder de taak die men de huisarts toekent
aandoeningen-diagn.schaal	ha, sp	14	4	hoe hoger de score, hoe meer men de diagnostiek van de in de schaal opgenomen aandoeningen het werk van de huisarts vindt
aandoeningen-ther.schaal	ha, sp	14	4	hoe hoger de score, hoe meer men de therapie van de in de schaal opgenomen aandoeningen het werk van de huisarts vindt

1) zie bijlage VI

Tabel 3.1b De niet-verwijzingsspecifieke verklarende variabelen (vervolg)

variabele	respondent/ beoordelaar	aantal items	aantal antwcat	toelichting
<i>NHG-standaard voor de verwijfsbrief</i>				
bekendheid met de NHG-standaard	ha	1	2	ja, nee
schrijven volgens de NHG-standaard	ha	1	2	ja, nee
<i>arts-patiënt relatie¹⁾</i>				
schaal: verwachtingen gedrag huisarts	pat	9	4	hoe hoger de score, hoe dienstbaarder de huisarts zich dient op te stellen in de arts-patiënt
schaal: verwachtingen gedrag specialist	pat	relatie 11	4	hoe hoger de score, hoe hoger de verwachtingen over het affectieve en instrumentele gedrag van de specialist in de arts-patiënt relatie
<i>health locus of control¹⁾</i>				
interne-schaal (IHLC)	pat	6	6	hoe hoger de score, hoe meer de patiënt van mening is dat zijn gezondheid wordt beïnvloed door hemzelf
arts-schaal (PHLC)	pat	6	6	hoe hoger de score, hoe meer de patiënt van mening is dat zijn gezondheid wordt beïnvloed door artsen
toeval-schaal (CHLC)	pat	6	6	hoe hoger de score, hoe meer de patiënt van mening is dat zijn gezondheid wordt beïnvloed door toeval of geluk

1) zie bijlage VI

Tabel 3.2a De verwijzingsspecifieke verklarende variabelen

variabele	respondent/ beoordelaar	aantal items	aantal antwcat	toelichting
<i>klachtkenmerken</i>				
aardschaal ¹⁾	onafh	3	5	hoe hoger de score, hoe beter de klacht is te diagnostiseren en te behandelen en hoe minder psychosociale problemen een rol spelen bij de klachten
ernstschaal ¹⁾	onafh	4	5	hoe hoger de score, hoe ernstiger de klacht
duur van de klachten	pat	1	-	aantal jaren
aantal huisartsbezoeken	ha	1	-	aantal malen
eerder andere hulpverlener geraadpleegd	pat	1	2	ja, nee; naar een medisch specialist, fysiotherapeut, homeopaat, acupuncturist, natuurgenezer, gebedsgenezer of andere alternatieve genezer
comorbiditeit	pat	1	2	zie bijlage VI
<i>verwachtingen t.a.v. de uitkomst</i>				
klachtenverandering	ha, pat	1	5	zie bijlage VI
ongerustheidsverandering	ha, pat	1	5	zie bijlage VI
vaststellen oorzaak klachten	ha, pat	1	5	zie bijlage VI
<i>uitgangssituatie</i>				
bedoeling huisarts op diagn gebied	ha	1	4	zie bijlage II
bedoeling huisarts op ther gebied	ha	1	4	zie bijlage II
bedoeling huisarts wat betreft duur	ha	1	2	zie bijlage II
diagnostische zekerheid	ha, pat	1	4/2	zie bijlage V
schaal: functionele toestand	pat	39-48	2	hoe hoger de score, hoe beperkter de patiënt; zie bijlage V
schaal: mate van ongerustheid	pat	4	4	hoe hoger de score, hoe ongeruster de patiënt; zie bijlage V

1) zowel op basis van huisartseninformatie als op basis van specialisteninformatie, zie bijlage III

Tabel 3.2b De verwijzingsspecifieke verklarende variabelen (vervolg)

variabele	respondent/ beoordelaar	aantal items	aantal antwcat	toelichting
<i>verwijsmotieven</i>				
rol druk patiënt	ha	1	4	zeer belangrijk, belangrijk, onbelangrijk, helemaal geen rol
rol geruststelling patiënt	ha	1	4	zeer belangrijk, belangrijk, onbelangrijk, helemaal geen rol
rol vrees huisarts	ha	1	4	zeer belangrijk, belangrijk, onbelangrijk, helemaal geen rol
<i>beleidsmotieven specialist</i>				
rol wensen patiënt	sp	1	4	zeer belangrijk, belangrijk, onbelangrijk, helemaal geen rol
rol geruststelling patiënt	sp	1	4	zeer belangrijk, belangrijk, onbelangrijk, helemaal geen rol
rol vrees specialist	sp	1	4	zeer belangrijk, belangrijk, onbelangrijk, helemaal geen rol
<i>verrichtingen specialist</i>				
diagnostiek	obj	1	-	aantal onderzoeken
therapie	obj	1	2	ja, nee
<i>overige</i>				
specialist bekend bij huisarts op T1	ha	1	2	ja, nee
(werk)relatieschaal	ha	5	2,3, 4	hoe hoger de score, hoe intensiever de (werk)relatie tussen huisarts en specialist, zie bijlage VI
spec. zorg afgerond op T2	pat	1	2	ja, nee
eens met afronding spec zorg op T2	pat	1	2	ja, nee

Tabel 3.3 De beschrijvende variabelen

variabele	respondent/ beoordelaar	aantal items	aantal antwcat	aantal toelichting
<i>verrichtingen¹⁾</i>				
diagnostiek	ha, sp	-	-	lijst met diagnostische verrichtingen met de vraag of deze zijn verricht
therapie	ha, sp, pat	-	-	lijst met therapeutische verrichtingen met de vraag of deze zijn verricht
doublures	obj	-	-	geïnterviewd of de specialist onderzoeken van de huisarts heeft herhaald
<i>doelmatigheid handelen huisarts/ specialist (subjectief)¹⁾</i>				
overeenstemming bed ha-handelen sp	ha, sp	2	2	wel, geen overeenstemming op diagnostisch en therapeutisch gebied
diagnostiek/therapie ha en sp	ha, sp	-	-	
noodzaak verwijzing op T1 en T2	ha, sp, pat	1	5	(absoluut) noodzakelijk, deels wel/deels niet, (absoluut) niet noodzakelijk
tijdstip verwijzing	ha, sp, pat	1	3	op tijd, te vroeg, te laat
eens met afronden spec zorg	ha	1	2	ja, nee
noodzaak continuering spec zorg	ha, sp, pat	1	5	(absoluut) noodzakelijk, deels wel/deels niet, (absoluut) niet noodzakelijk
<i>uitkomst (subjectief)</i>				
klachtenverandering	ha, sp	1	4	afgenomen/verdwenen, gelijk gebleven, toegenomen, weet niet
ongerustheidsverandering	ha, sp	1	4	afgenomen/verdwenen, gelijk gebleven, toegenomen, weet niet
<i>overige</i>				
leeftijd	ha, sp	1	-	aantal jaren
geslacht	ha, sp	1	2	man, vrouw
apothekhoudend	ha	1	2	ja, nee
schaal: opvattingen gedrag huisarts ²⁾	ha	9	4	hoe hoger de score, hoe dienstbaarder de huisarts zich dient op te stellen in de arts-patiënt
relatie				
bedoeling van de verwijzing ¹⁾	pat	4	2	onderzoek/behandeling in ziekenhuis?; en, zo ja, is de specialist vrij
bespreking uitslagen spec handelen	pat	1	3	voorkeur voor huisarts, voorkeur voor specialist, maakt niet uit.

1) zie bijlage VII

2) zie bijlage VI

3.5 De organisatie van het onderzoek en verwerking van de gegevens

De dataverzameling voor het onderzoek vergde een nogal ingewikkelde organisatie. Ten eerste dienden de huisartsen en specialisten de vragenlijsten op het juiste moment te ontvangen en dienden de interviewers op het juiste moment ingeschakeld te worden. Ten tweede moesten alle patiënten 1½ maand na T1 worden benaderd om de voortgang van de verwijzing te evalueren. Ten derde diende de ontvangst van de vragenlijsten geregistreerd te worden en moest, zonodig, een herinnering naar respondenten uitgaan als zij de vragenlijsten niet binnen een bepaalde termijn retourneerden. Om de dataverzameling goed te laten verlopen is een computerprogramma geschreven, waarmee elke dag een overzicht werd verkregen van de op die dag uit te voeren werkzaamheden.

De gegevens zijn verwerkt met de volgende statistische pakketten: SPSS/PC 4.0, Agree 5.0 (interbeoordelaarsovereenstemming bij nominale data) en ML3 (multilevel analyse).

Bij de analyse van de gegevens zijn verschillende technieken gebruikt, zoals kruistabelanalyse, non-parametrische toetsen, variantieanalyse, multiple en logistische regressieanalyse, en multilevel analyse. De gebruikte technieken worden in bijlage VIII nader besproken. In deze bijlage wordt ook aangegeven welke criteria zijn gebruikt bij de constructie van de schalen en welke maten voor het bepalen van de overeenstemming tussen de beoordelaars zijn gebruikt.

3.6 **Samenvatting**

Op drie momenten tijdens het verwijsproces zijn gegevens bij de huisarts, de specialist en de patiënt verzameld. Het onderzoek is gestart op het moment dat de huisarts besluit de patiënt te verwijzen. De gegevens zijn geïnventariseerd met behulp van vragenlijsten, interviews, verwijs- en specialistenbrieven. Het gaat om ca. 300 niet-acute nieuwe verwijzingen naar de interne geneeskunde, neurologie of dermatologie, verspreid over 8 ziekenhuizen in Groningen en Friesland. De huisartsen zijn aselekt uit de verzorgingsgebieden van de 8 ziekenhuizen getrokken. De huisarts heeft iedere patiënt, die aan de onderzoekscriteria voldeed, vanaf een door ons vastgestelde datum (variërend van oktober 1989 tot januari 1990) gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. De deelnemende specialisten zijn die specialisten waarnaar de door de huisarts aangemelde patiënten zijn verwezen. De doelmatigheid van het handelen van de huisarts en de specialist, en de kwaliteit van de communicatie tussen beiden is beoordeeld door onafhankelijke artsen en de onderzoekers. De uitkomst van de verwijzingen is gemeten bij de patiënt en de huisarts. De interne consistentie van de gebruikte schalen is redelijk tot goed. Voor een uitgebreide

beschrijving van de meetinstrumenten voor de kwaliteitsaspecten en de verklarende en beschrijvende variabelen wordt verwezen naar de bijlagen.

Literatuur

1.
Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen. Jaarboek LISZ/IBIS '86. Zeist, 1988.
2.
Kuyvenhoven MM, Melker RA de. Verwijzingen naar interne en chirurgische specialisten. *Huisarts Wet* 1986;29:365-8.
3.
Cummins RO, Smith RW, Inui TS. Communication failure in primary care. *JA-MA*;243:1650-2.
4.
Kolkman H, Voort C van der. Samenwerking huisartsen-specialisten, onderzoek in een proefregio. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.
5.
Grundmeijer H, Weert H van. Patiënt, huisarts en internist. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992. Proefschrift.
6.
De verwijsbrief naar de tweede lijn; standaard 001 van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Huisarts en Wet* 1989;32:102-5.