

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.

5 DE TEVREDENHEID OVER HET GEDRAG VAN DE HUISARTS EN DE DOELMATIGHEID VAN HET HANDELEN VAN DE HUISARTS

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de kwaliteitsaspecten: de tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de huisarts (5.7) en de doelmatigheid van het handelen van de huisarts (5.9) centraal (voor een beschrijving van de meetinstrumenten wordt verwezen naar respectievelijk bijlage V en III). Deze aspecten worden voorafgegaan door de verwijzings specifieke verklarende variabelen: klachtkenmerken (5.2), uitgangssituatie (5.3), verwijzingsmotieven (5.4) en verwachtingen (5.5). In paragraaf 5.6 wordt de samenhang tussen de verklarende variabelen toegelicht (in bijlage IX is de samenhang tussen de verklarende variabelen in een matrix weergegeven; in hoofdstuk 2.4 is beschreven waarop de keuze van de verklarende variabelen is gebaseerd). Voor de verklaring van de tevredenheid van de patiënt wordt verwezen naar hoofdstuk 9, omdat daar de andere uitkomstaspecten worden besproken. Voordat wordt ingegaan op de verklaring van de doelmatigheid van het handelen van de huisarts (5.9) wordt eerst in 5.8 beschreven wat de huisarts en de patiënt aan de klachten hebben gedaan. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting en beschouwing (5.10).

5.2 De klachtkenmerken

De duur van de klachten, het aantal huisartsconsulten, het specialisme en eerdere contacten met andere hulpverleners

Bij de meeste patiënten bestaan de klachten ongeveer een half jaar op het moment dat zij door de huisarts worden verwezen. De gemiddelde duur van de klachten is 2 jaar (spreiding van 1 dag tot 31 jaar) en de patiënt heeft de huisarts hiervoor gemiddeld 3½ keer bezocht (SD=4). Bij de meerderheid van de patiënten (88 %) betreft het de eerste episode van de klacht, terwijl 12 % al eens eerder een periode heeft gekend waarin de klachten optraden. 49 % Van de patiënten wordt naar de interne geneeskunde verwezen, 28 % naar de neurologie en 23 % naar de dermatologie.

Voordat de verwijzing plaatsvond heeft 30 % van de patiënten een andere hulpverlener bezocht. Van deze patiënten (n=92) heeft 63 % een andere specialist bezocht, 23 % een fysiotherapeut en 13 % een alternatieve genezer. Als de patiënt al eerder een specialist heeft bezocht betekent dit dat deze specialist in een ander specialisme werkzaam is dan de specialist waarnaar de patiënt deze keer is verwezen, of dat het vorige bezoek aan de specialist ten minste een jaar geleden is. Dit is namelijk één van de exclusie-criteria voor de patiënten in het onderzoek.

Bij de patiënten die al eerder een hulpverlener voor de klachten hebben geraadpleegd, bedraagt de gemiddelde duur van de klachten ongeveer 4 jaar (SD=11 jaar), het aantal huisartsconsulten gemiddeld 5 (SD=5) en bij degene die nog geen andere hulpverlener hebben bezocht bedraagt de duur van de klachten ongeveer een jaar (SD=3) en het aantal huisartsconsulten 3 (SD=3). Zoals te verwachten is hangen de duur van de klachten en

het aantal huisartsconsulten in verband met de klacht samen.

De comorbiditeit

Op het moment van verwijzen is bij 36 % van de patiënten (N=303) sprake van comorbiditeit (andere klachten, ziekte of handicap, dan waarvoor men is verwezen). Bij tweederde gaat het om een chronische ziekte, zoals artrose, CARA, hartziekten en suikerziekte. Bij de niet-chronische klachten gaat het onder anderen om rugklachten, overspannenheid en hyperventilatie.

De aard en de ernst van de klachten

De aard en de ernst van de klachten zijn door onafhankelijke artsen beoordeeld (zie bijlage III). De meeste klachten worden als ‘in enige mate’ ernstig beoordeeld (tabel 5.1). De klachten worden slechts in 10 % van de gevallen levensbedreigend gevonden, maar de klachten worden in de helft van het aantal gevallen wel invaliderend geacht als geen behandeling wordt gegeven. Bij een grote meerderheid van de klachten vindt men het noodzakelijk dat een behandeling wordt gegeven. Als het gaat om de aard van de klachten worden de meeste klachten in grote mate diagnostiseerbaar en behandelbaar geacht en spelen psychosociale factoren bij een kleine minderheid van de klachten een belangrijke rol. Tussen de aard- en de ernstschaal bestaat een matige samenhang (Pearson's $R = .37$).

Tabel 5.1 Het gemiddelde oordeel van de onafhankelijke artsen per verwijzing, afgerond op hele getallen (N=248); in de eerste 5 kolommen wordt de verdeling in percentages gegeven; in de laatste kolom de gemiddelde score

score	ja				nee	gemiddelde
	4	3	2	1	0	
<i>ernst</i> ¹⁾	0	10	67	22	2	2.1
levensbedreigend ²⁾	1	9	21	41	28	1.1
invaliderend ²⁾	5	45	41	9	0	2.3
noodzaak behandeling ²⁾	23	62	15	1	0	3.0
ernst ²⁾	4	32	52	12	1	2.1
<i>aard</i> ³⁾	0	2	28	59	11	2.7
diagnostiseerbaar ²⁾	17	52	29	2	0	2.9
behandelbaar ²⁾	10	62	26	2	0	2.9
psychosociaal ²⁾	2	18	35	32	13	1.8

1) hoe hoger de score op de ernstschaal, hoe ernstiger de klacht/aandoening (4 items)

2) vijf-puntsschaal: 4=ja en 0=nee

3) hoe hoger de score op de aardschaal, hoe beter de klacht/aandoening te diagnostiseren en te behandelen is en hoe geringer de rol van psychosociale factoren is (3 items)

5.3 De uitgangssituatie

De uitgangssituatie van de verwijzing bestaat uit de gezondheidstoestand, de ongerustheid, de diagnostische zekerheid van de patiënt en de huisarts en de bedoeling van de verwijzing. De laatste variabele wordt toegelicht in bijlage II, de overige variabelen in bijlage V.

De gezondheidstoestand

Op het moment van verwijzen ervaart 85 % van de patiënten een beperking in het functioneren, met name op recreatief gebied en met betrekking tot het uitoefenen van het beroep of het uitvoeren van het huishoudelijk werk. De gemiddelde score is 15,4 (spreiding: 0-60, N=303). Van de patiënten voelt bijna de helft zich in enige mate ziek (46 %). Patiënten die zich niet ziek voelen hebben een betere functionele toestand (gemiddelde score 9, SD=11) dan de patiënten die zich een beetje ziek voelen (gemiddelde score 20, SD=14) of nogal/heel erg ziek voelen (gemiddelde score 27, SD=16).

De mate van ongerustheid over de klachten

Tabel 5.2 De mate van ongerustheid over de klachten op T1 (in percentages, N=307)

	heel erg	nogal	een beetje	niet
algemeen ongerustheidsgevoel	5	27	44	24
zorgen over:				
- levensbedreigend	2	7	26	66
- de toekomst i.v.m. de klachten	5	14	30	51
- vervelende veranderingen t.g.v. de klachten	4	15	26	55

Deze 4 items zijn samengevoegd in een ongerustheidschaal met een minimum van 4 (helemaal niet ongerust) en een maximum van 16 (op alle onderdelen heel erg ongerust). De gemiddelde score is 7,22; 15 % van de patiënten is in het geheel niet ongerust.

De huisarts is eveneens gevraagd een inschatting van de ongerustheid van de patiënt te maken (geen verklarende variabele). Het oordeel van de huisarts is in tabel 5.3 vergeleken met het antwoord van de patiënt op het eerste item van de ongerustheidschaal: 'algemeen ongerustheidsgevoel'. Dit item komt overeen met de wijze waarop een oordeel van de huisarts is gevraagd over de mate van ongerustheid van de patiënt. In 9 gevallen zegt de huisarts niet te weten of de patiënt zich ongerust maakt over de klachten; deze zijn uit de tabel weggelaten. Bij 44 % van de verwijzingen is overeenstemming tussen beide oordelen. Het oordeel van patiënt en huisarts hangen significant samen. De huisarts schat de ongerustheid ernstiger in dan de patiënt ervaart.

Tabel 5.3 De mate van ongerustheid volgens de huisarts en de patiënt

patiënt	huisarts			totaal
	heel erg/ nogal	een beetje	helemaal niet	
heel erg/nogal	59	27	9	95
een beetje	63	50	17	130
helemaal niet	27	25	21	73
totaal	149	102	47	298

Chi²=17.74, df=4, p=.001; Kendall's tau-(b)=.20

Met betrekking tot de samenhang tussen de gezondheidstoestand en de mate van ongerustheid blijkt dat de patiënten die zich ongerust maken zich zeker voelen en een slechtere functionele toestand hebben dan de patiënten die zich niet ongerust maken (zie bijlage IX).

De zekerheid over de diagnose

De huisarts heeft bij 33 % van de verwijzingen een diagnose waarvan hij zeker is en bij 47 % een differentiële diagnose (beperkt aantal mogelijkheden waarvan één het meest waarschijnlijk is). In de overige gevallen heeft de huisarts niet of nauwelijks een idee over de diagnose ('Geen diagnose' in tabel 5.4). Over diagnoses uit de hoofdstukken D (maag-darmkanaal) en P (psychisch) is de huisarts het meest onzeker.

Tabel 5.4 De diagnoses van de huisarts op het moment van verwijzen, verdeeld over de verschillende orgaansystemen, en de zekerheid van de huisarts over de diagnose

	aantal verwijzingen (N=306)	diagnostisch niveau ¹⁾	
		1	2
		%	%
D Maag-darm kanaal	41	20	80
K Hart- en vaatstelsel	49	45	55
L Bewegingsapparaat	28	32	68
N Zenuwstelsel	33	46	54
P Psychisch	9	22	78
R Luchtwegen	12	58	42
S Huid	57	46	54
T Endocrien/metabool/voeding	10	60	40
Overige diagnoses	8	38	62
Geen diagnose	59	-	-

- 1) diagnostisch niveau 1 betekent dat de diagnose zeker is, bij diagnostisch niveau 2 staat de diagnose nog niet vast, maar één diagnose is het meest waarschijnlijk

Een grote meerderheid van de patiënten (79 %; N=307) geeft aan niet zeker te weten wat er aan de hand is (wat de oorzaak van de klachten is). De diagnose van de patiënt is niet gecodeerd met het ICPC-classificatiesysteem. Uit tabel 5.5 blijkt dat de diagnostische zekerheid van de patiënt en de huisarts in 66 % van de gevallen overeenstemmen. De samenhang tussen beide is significant.

Tabel 5.5 De diagnostische zekerheid van huisarts en patiënt vergeleken

patiënt	diagnose zeker	huisarts diagnose niet zeker	totaal
diagnose zeker	31	34	65
diagnose niet zeker	71	170	241
totaal	102	204	306

$\chi^2=7.66$, $df=1$, $p=.006$; $\Phi=.16$

De bedoeling van de verwijzing

DE BEDOELING VOLGENS DE HUISARTS

Uit tabel 5.6 blijkt dat de huisarts de specialist in een grote meerderheid van de gevallen vrij laat het beleid te bepalen, zowel op diagnostisch als op therapeutisch gebied. Wat betreft de duur van de specialistische zorg is het bij 60 % van de verwijzingen de bedoeling van de huisarts dat de patiënt na 1 of 2 consulten wordt terugverwezen. In de overige gevallen laat de huisarts dit volledig aan de specialist over.

Tabel 5.6 Bedoeling van de verwijzing van de huisarts op diagnostisch en therapeutisch gebied

	diagnostiek % (N=308)	therapie % (N=308)
de specialist is vrij	85	81
een bepaald onderzoek/bepaalde behandeling	7	2
uitsluiten of bevestigen diagnose/behandelingsadvies	3	5
geen onderzoek/behandeling	6	12

In tabel 5.7 is aangegeven bij hoeveel verwijzingen de huisarts de specialist op alle drie gebieden vrijlaat en wanneer de huisarts een beperkte bedoeling heeft (de onderste drie categorieën in tabel 5.6).

Tabel 5.7 De combinatie van de bedoeling van de huisarts op diagnostisch en therapeutisch gebied en wat betreft de duur van de specialistische zorg

	aantal verwijzingen
specialist is vrij	113
alleen beperkte duur	113
alleen beperkte diagnostiek	6
alleen beperkte therapie	6
beperkte duur + beperkte therapie	32
beperkte duur + beperkte diagnostiek	16
beperkte diagnostiek + beperkte therapie	3
beperkte duur + beperkte diagnostiek + beperkte therapie	19

DE BEDOELING VOLGENS DE PATIËNT

De patiënt is eveneens gevraagd of hij weet wat de bedoeling is van de huisarts (geen verklarende variabele). Van de patiënten zegt 13 % niet te weten of het de bedoeling van de huisarts is dat er onderzoek in het ziekenhuis wordt gedaan (N=307). Slechts enkelen (3 %) zijn van mening dat er geen onderzoek hoeft te worden gedaan en de overige patiënten zijn van mening dat dit wel dient te gebeuren. Als het volgens de patiënt de bedoeling van de huisarts is dat er onderzoek wordt gedaan (n=257), wil de huisarts volgens de patiënt bij 21 % een bepaald onderzoek, bij 65 % laat de huisarts het aan de specialist over en in de overige gevallen weet de patiënt het niet.

Een groot deel van de patiënten (62 %) weet niet of het de bedoeling van de huisarts is dat in het ziekenhuis een behandeling wordt gegeven. Bij 9 % van de verwijzingen hoeft er volgens de patiënt geen behandeling te worden gegeven en bij 30 % wel. Als het volgens de patiënt de bedoeling van de huisarts is dat in het ziekenhuis een behandeling wordt gegeven (n=91), laat de huisarts dit volgens de patiënt meestal aan de specialist over (81 %). In enkele gevallen wil de huisarts volgens de patiënt een bepaalde behandeling (2 %) en in de overige gevallen weet de patiënt het niet.

In tabel 5.8 is te zien dat het oordeel van de patiënt over de bedoeling op diagnostisch gebied in de meeste gevallen overeenkomt met het oordeel van de huisarts. Vergelijking van het oordeel op therapeutisch gebied is niet mogelijk, daar de vraagstelling aan beiden niet overeenkomt.

Tabel 5.8 Oordeel van patiënt en huisarts op de vraag of het de bedoeling van de huisarts is dat er onderzoek wordt gedaan door de specialist

patiënt	huisarts		totaal
	ja	nee	
ja	246	10	256
nee	5	4	9
weet niet	38	3	41
totaal	289	17	306

Chi²=27.51, df=2, p=<.001; Cramér's V=.30; Zonder 'weet niet': Chi²=25.55, df=1, p=<.001; Phi=.33 (N=215)

5.4 De verwijstmotieven van de huisarts

Geruststelling van de patiënt speelt nogal eens een rol bij de beslissing van de huisarts om te verwijzen (tabel 5.9). Bij een aantal verwijzingen blijkt een combinatie van factoren een rol te hebben gespeeld. Zo heeft bij 13 % van de verwijzingen vrees bij de huisarts iets over het hoofd te zien en geruststelling van de patiënt een belangrijke rol gespeeld; een combinatie van geruststelling en druk van de patiënt komt bij 9 % van de verwijzingen voor.

Tabel 5.9 De rol die een aantal variabelen hebben gespeeld bij de beslissing van de huisarts de patiënt te verwijzen, volgens de huisarts

	(zeer) belangrijke rol %	onbelangrijke rol %	helemaal geen rol %
de vrees iets over het hoofd te zien	24	26	50
geruststelling van de patiënt	36	26	38
druk van de patiënt om verwezen te worden	16	27	57

5.5 De verwachtingen ten aanzien van de uitkomst van de verwijzing

De verwachting ten aanzien van de klachtenafname

De huisarts verwacht veel vaker dan de patiënt een afname van de klachten (respectievelijk 68 % en 51 %) en patiënten zeggen vaker niet te weten of de klachten af zullen nemen (tabel 5.10). Bij 46 % van de verwijzingen stemmen de verwachtingen van de huisarts en de patiënt overeen. Tussen beider verwachtingen bestaat geen significante samenhang.

Tabel 5.10 De verwachting van huisarts en patiënt over de klachtenafname

patiënt	huisarts			totaal
	ja/ wrsch.wel	nee/ wrsch.niet	weet niet	
ja/wrsch.wel	107	24	23	154
nee/wrsch.niet	43	13	10	66
weet niet	50	13	17	80
totaal	200	50	50	300

Chi²=2.27, df=4, p=.65; Zonder 'weet niet': Chi²=.59, df=1, p=.74 (N=220)

De verwachting ten aanzien van de ongerustheidsafname

Bij een grote meerderheid van de verwijzingen (84 %) verwacht de huisarts dat de ongerustheid bij de patiënt zal afnemen; de patiënt is pessimistischer dan de huisarts (71 %). Tabel 5.11 laat zien dat in 65 % van de gevallen de verwachtingen van de huisarts en de patiënt overeenstemmen. Er bestaat geen significante samenhang.

Tabel 5.11 De verwachting van huisarts en patiënt over de ongerustheidsafname

patiënt	huisarts			totaal
	ja/ wrsch.wel	nee/ wrsch.niet	weet niet	
ja/wrsch.wel	121	6	11	138
nee/wrsch.niet	25	3	2	30
weet niet	22	3	5	30
totaal	168	12	18	198

Chi²=5.09, df=4, p=.28; Zonder 'weet niet': Chi²=1.50, df=1, p=.22 (N=155)

De verwachting ten aanzien van het vaststellen van de oorzaak van de klachten

Een grote meerderheid van de huisartsen en de patiënten verwacht dat de oorzaak van de klachten is vast te stellen (respectievelijk 87 % en 78 %). Bij 72 % van de verwijzingen stemmen de verwachtingen van huisarts en patiënt overeen (tabel 5.12). Er is geen significante samenhang tussen de verwachtingen van de huisarts en de patiënt, wanneer de 'weet niet' categorie bij de vergelijking wordt weggelaten.

Tabel 5.12 De verwachting van huisarts en patiënt over het kunnen vaststellen van de oorzaak van de klachten op T1

patiënt	huisarts			
	ja/ wrsch.wel	nee/ wrsch.niet	weet niet	
totaal				
ja/wrsch.wel	208	18	8	234
nee/wrsch.niet	22	2	3	27
weet niet	29	7	4	40
totaal	259	27	15	301

$\chi^2=10.09$, $df=4$, $p=.04$, Cramér's $V=.13$. Zonder 'weet niet': (N=250) $\chi^2=.00$, $df=1$, $p=.95$

De samenhang tussen de verwachtingen van de huisarts en tussen de verwachtingen van de patiënt

Tussen de verschillende verwachtingen van de patiënt bestaat een significante samenhang: verwachting klachtenafname gaat samen met verwachting ongerustheidsafname en verwachting vaststellen van de oorzaak van de klachten en tussen verwachting ongerustheidsafname en verwachting vaststellen van de oorzaak van de klachten. Tussen de verwachtingen van de huisarts bestaat een significante samenhang, behalve tussen verwachting ongerustheidsafname en verwachting vaststellen van de oorzaak van de klachten (zie bijlage IX).

5.6 De samenhang tussen de verklarende variabelen

In tabel IX.1 in bijlage IX is de samenhang tussen de verklarende variabelen in een matrix weergegeven. Hieronder worden de significante verbanden nader toegelicht.

Het specialisme

Wanneer gekeken wordt naar de verschillen tussen de specialismen, dan vallen een aantal aspecten op (zie tabel 5.13). De verschillen bestaan met name tussen de dermatologie enerzijds en de neurologie en de interne anderzijds. De patiënten die naar de neurologie worden verwezen, hebben al eerder andere hulpverleners geraadpleegd, zijn het meest beperkt in hun functioneren en maken zich het meest ongerust.

Tabel 5.13 De verschillen tussen de specialismen op een aantal aspecten

	interne	neurologie	dermatologie
leeftijd patiënt	50(SD=17)	45(SD=16)	42(SD=19)
eerder contacten met hulpverleners	27 %	51 %	14 %
aard klachten ¹⁾ 3.0(SD=.5)	2.6(SD=.5)	2.7(SD=.5)	
ernst klachten 1.9(SD=.5)	2.2(SD=.6)	2.2(SD=.3)	
functionele toestand	15(SD=14)	21(SD=16)	8(SD=10)
ziek (beetje/nogal/heel erg)	53 %	54 %	22 %
ongerustheid	7.1(SD=2.4)	7.6(SD=3)	6(SD=1.9)
diagnose zeker (ha)	26 %	32 %	50 %
verwijsmotief: rol vrees huisarts	31 %	26 %	7 %
verw.klachtenafname (ha)	68 %	49 %	83 %
verw.klachtenafname (pat)	48 %	42 %	68 %

- 1) betekent: hoe hoger de score, hoe meer de klachten als behandelbaar, diagnosticeerbaar worden beoordeeld en psychosociale factoren een geringere rol spelen
2) betekent: hoe hoger de score, hoe ernstiger de klachten worden beoordeeld

Eerder contacten met andere hulpverleners

De patiënten die al eerder een andere hulpverlener hebben bezocht voor dezelfde klachten, hebben een slechtere uitgangssituatie en lagere verwachtingen dan de overige patiënten (tabel 5.14).

Tabel 5.14 De verschillen tussen de patiënten die al dan niet eerder hulpverleners hebben geraadpleegd voor dezelfde klachten

	eerder contacten met andere hulpverleners	
	ja	nee
leeftijd patiënt	43(SD=16)	48(SD=18)
ziekenfondsverzekerden	82 %	71 %
comorbiditeit	26 %	39 %
functionele toestand	20(SD=16)	13(SD=13)
ziek (beetje/nogal/heel erg)	58 %	41 %
ongerustheid 6.7(SD=2.5)	7.7(SD=2.6)	
verw.klachtenafname (pat)	41 %	56 %
verw.ongerustheidsafname (pat)	54 %	79 %
verw.diagn.kennistoename (ha)	78 %	90 %

De comorbiditeit

Patiënten met comorbiditeit hebben een slechtere gezondheidstoestand, weten minder vaak wat de oorzaak is van de klachten en zijn gemiddeld ouder dan patiënten zonder

comorbiditeit (tabel 5.15).

Tabel 5.15 De verschillen tussen de patiënten met en zonder comorbiditeit

	comorbiditeit	
	ja	nee
leeftijd	52(SD=17)	44(SD=17)
functionele toestand	20(SD=15)	13(SD=14)
ziek (beetje/nogal/heel erg)	66 %	41 %
diagnose zeker (pat)	12 %	26 %

De verwijstmotieven

De patiënten die ter geruststelling zijn verwezen, hebben de huisarts frequenter bezocht voor de klachten, de klachten zijn problematischer (klachten moeilijker te behandelen, te diagnostiseren en psychosociale factoren spelen een grotere rol), de patiënt heeft de huisarts vaker geconsulteerd voor de klachten, de patiënt voelt zich zeker, de huisarts en patiënt weten vaker niet wat de diagnose is, de huisarts wil dat de specialist zich beperkt in het aantal consulten en de huisarts verwacht vaker ongerustheidsafname (tabel 5.16). Als de huisarts bang is iets over het hoofd te zien twijfelt hij vrijwel altijd over de diagnose, zijn de klachten problematischer, verwacht hij minder klachtenafname, wil hij minder vaak dat de specialist zich beperkt in het aantal consulten en in de diagnostiek (tabel 5.17).

Tabel 5.16 De verschillen tussen de verwijzingen, waarbij de patiënt al dan niet ter geruststelling is verwezen

	ter geruststelling
	ja
nee	
aard klachten ¹⁾	2.4(SD=.5)
2.8(SD=.5)	
aantal ha-consulten	4.9(SD=5.1)
3.1(SD=3.1)	
ziek (beetje/nogal/heel erg)	56 %
40 %	
diagnose zeker (ha)	22 %
40 %	
diagnose zeker (pat)	15 %
25 %	
bedoeling beperkte duur (ha)	72 %
52 %	
verw.ongerustheidsafname (ha)	94 %
78 %	

1) betekent: hoe hoger de score, hoe meer de klachten als behandelbaar, diagnostiseerbaar worden beoordeeld en psychosociale factoren een geringere rol spelen.

Tabel 5.17 De verschillen tussen de verwijzingen waarbij de huisarts al dan niet bang is iets over het hoofd te zien

	vrees huisarts	
	ja	nee
aard klachten ¹⁾ 2.5(SD=.5)	2.9(SD=.6)	
diagnose zeker (ha)	9 %	32 %
verw.klachtenafname (ha)	57 %	69 %
bedoeling beperking duur (ha)	49 %	63 %
bedoeling beperking diagnostiek (ha)	7 %	21 %

1) betekent: hoe hoger de score, hoe meer de klachten als behandelbaar, diagnostiseerbaar worden beoordeeld en psychosociale factoren een geringere rol spelen

Als de patiënt ‘druk’ heeft uitgeoefend worden de klachten minder ernstig beoordeeld (gemiddelde ernstscore 1.9, SD=.5) en heeft de patiënt de huisarts frequenter geconsulteerd (4.8 maal, SD=5.3) dan wanneer de patiënt geen druk heeft uitgeoefend (gemiddelde ernstscore: 2.2, SD=.5 en aantal huisartsconsulten 3.4, SD=3.8). Wanneer de patiënt druk heeft uitgeoefend laat de huisarts de specialist minder vaak vrij in het bepalen van het therapeutisch beleid (69 %) en de patiënt verwacht minder vaak klachtenafname (33 %), dan wanneer de patiënt geen druk heeft uitgeoefend (huisarts laat specialist vrij bij 84 % en verwachting klachtenafname bij 54 % van de verwijzingen).

De gezondheidstoestand, de ongerustheid en de diagnostische zekerheid

De patiënten die zich niet ziek voelen hebben de huisarts gemiddeld 3 maal bezocht voor de klachten (SD=3), de patiënten die zich een beetje ziek voelen 4 maal (SD=4) en degene die zich nogal of heel erg ziek voelen 5 maal (SD=5). Wanneer de huisarts geen klachtenafname verwacht is de gemiddelde score van de functionele toestand van de patiënt 18.0 (SD=16) en wanneer de huisarts wel klachtenafname verwacht is de gemiddelde score 13.6 (SD=14). De gemiddelde leeftijd van de patiënten waarbij de huisarts zeker is over de diagnose, is 43 jaar (SD=19) en de gemiddelde leeftijd van de patiënten waarbij de huisarts onzeker is, is 48 jaar (SD=16).

De aard van de klachten

Naar voren komt dat, hoe problematischer de klachten zijn (minder behandelbaar, diagnostiseerbaar en psychosociale factoren spelen een grotere rol), hoe meer de patiënt beperkt is in zijn functioneren, hoe zeker de patiënt zich voelt, hoe ongeruster de patiënt is, hoe onzekerder de patiënt en de huisarts zijn over de diagnose en hoe minder vaak de huisarts klachtenafname verwacht.

De klachten van de patiënten die naar een academisch ziekenhuis worden verwezen, worden ook vaker als problematisch beoordeeld (gemiddelde score is 2.4, SD=.7), dan de klachten van de patiënten die naar een niet-academisch ziekenhuis worden verwezen (gemiddelde score is 2.7, SD=.6).

De bedoeling van de verwijzing

Bij jongere patiënten en wanneer de patiënt de huisarts frequenter heeft geconsulteerd wil de huisarts vaker dat de specialist zich beperkt tot 1 à 2 bezoeken. De gemiddelde leeftijd en het aantal huisarts-consulten is bij '1 à 2 bezoeken' respectievelijk 45 jaar (SD=17) en 4 huisarts-consulten (SD=5); laat de huisarts de specialist vrij dan is de gemiddelde leeftijd van de patiënt 50 jaar (SD=17) en het aantal huisarts-consulten 3 (SD=3). De huisarts laat de specialisten werkzaam in kleine ziekenhuizen (<250 bedden) vaker vrij in de duur (63 %) dan de specialisten werkzaam in de grotere ziekenhuizen (>250 bedden) of het academisch ziekenhuis (36 %). Ook als de huisarts de specialist kent, waarnaar de patiënt wordt verwezen, laat hij de specialist vaker vrij in de duur (44 %) dan wanneer de huisarts de specialist niet kent (32 %).

De verwachtingen ten aanzien van de uitkomst van de verwijzing

Voor zover de verwachtingen nog niet in de vorige onderdelen aan de orde zijn geweest, wordt in tabel 5.18 een aantal verschillen aangegeven met betrekking tot de verwachting van de huisarts over het kunnen diagnostiseren van de klachten. Wanneer de huisarts wel verwacht dat de klachten worden gediagnostiseerd bestaan de klachten korter, zijn het minder problematischer klachten, is de verwijzing minder vaak ter geruststelling en speelt vrees van de huisarts een geringere rol.

Tabel 5.18 De verschillen tussen de patiënten waarbij de huisarts al dan niet een diagnose verwacht of het niet weet

	verwachting vaststellen oorzaak klachten		
	ja	weet niet	nee
aard klachten ¹⁾	2.8(SD=.6)	2.2(SD=.4)	
duur klachten (jaren)	2(SD=4)	3.5(SD=4)	5(SD=18.5)
verw.motief: rol geruststelling patiënt	47 %	78 %	
verw.motief: rol vrees huisarts	21 %	47 %	41 %

1) betekent: hoe hoger de score, hoe meer de klachten als behandelbaar, diagnostiseerbaar worden beoordeeld en psychosociale factoren een geringere rol spelen

5.7 De tevredenheid van de patiënten over het gedrag van de huisarts

De vragen over de tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de huisarts zijn deels positief en deels negatief geformuleerd. De aantallen die betrekking hebben op een positief oordeel zijn onderstreept. Het meest opvallende in tabel 5.19 is dat 63 % van de patiënten van mening is dat de huisarts hen onvoldoende heeft verteld wat hen in het ziekenhuis te wachten staat (item 6). Hoewel de meeste patiënten door de huisarts betrokken zijn bij de beslissing om verwezen te worden zegt nog 29 % helemaal niet of slechts gedeeltelijk bij de beslissing betrokken te zijn geweest. Een zelfde aantal patiënten

vindt dat de huisarts onvoldoende duidelijk heeft gemaakt waarom zij verwezen moeten worden.

Door 12 % van de patiënten is zelf om een verwijzing gevraagd, 60 % van deze groep had eerder verwezen willen worden. Van de patiënten die niet zelf om een verwijzing heeft gevraagd, had 19 % eerder verwezen willen worden.

Tabel 5.19 De tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de huisarts (N=306)

	dat is (zeker) zo %	deels wel deels niet %	dat is (zeker) niet zo %
1. Vindt U dat Uw huisarts meer aandacht had moeten besteden aan Uw klachten?	16	11	<u>73</u>
2. Vindt U dat Uw huisarts meer had moeten doen om zelf de klachten te behandelen of de oorzaak vast te stellen?	9	5	<u>86</u>
3. Vindt U dat Uw huisarts U voldoende duidelijk heeft gemaakt waarom U verwezen moet worden?	<u>71</u>	17	12
4. Vindt U dat Uw huisarts U voldoende betrokken heeft in de beslissing om U te verwijzen?	<u>71</u>	5	24
5. Vindt U dat Uw huisarts U voldoende heeft uitgelegd wat hij (of zij) denkt dat er aan de hand is?	<u>57</u>	9	34
6. Vindt U dat Uw huisarts U voldoende verteld heeft over wat U in het ziekenhuis te wachten staat?	<u>29</u>	8	63
7. Vindt U dat Uw huisarts U meer gelegenheid had moeten geven om vragen te stellen over de klachten?	14	5	<u>81</u>
8. Vindt U dat Uw huisarts U eerder naar de specialist had moeten verwijzen?	18	6	<u>76</u>

De gemiddelde score is 28.7 (SD=5.9; bereik 8-40), dat is ongeveer een 6.5 wanneer de score getransformeerd wordt naar een score van 0 tot 10. Dat wil zeggen dat de patiënten in het algemeen redelijk tevreden zijn over het optreden van de huisarts.

5.8 De verrichtingen van de huisarts en de patiënt

De verrichtingen van de huisarts

De beschrijving van de verrichtingen van de huisarts heeft betrekking op 261 verwijzingen, omdat bij 48 verwijzingen de gegevens waarop de beschrijving is gebaseerd niet compleet zijn (zie bijlage VII).

DE DIAGNOSTIEK VAN DE HUISARTS

Bij 41 % van de verwijzingen (N=261) is door de huisarts aanvullend onderzoek gedaan voordat de patiënt is verwezen. Het gemiddeld aantal diagnostische verrichtingen per verwijzing is 1.5 met een standaarddeviatie van 2.4 (minimum 0 en maximum 11). Hierbij dient men zich te bedenken dat bij het bloedonderzoek een aantal ‘verzamelbegrippen’ zijn gebruikt, bijvoorbeeld nierfunctie en leverfunctie. Nierfunctie kan betekenen dat de huisarts alleen een ureumbepaling heeft laten verrichten, maar ook dat naast ureum eveneens creatinine en urinezuur zijn bepaald. In beide gevallen geldt dit als één verrichting. Uit tabel 5.20 blijkt dat de huisarts vooral zelf bloedonderzoek heeft gedaan.

Tabel 5.20 Aantal verwijzingen waarbij de huisarts aanvullend onderzoek heeft verricht (N=261); een nadere specificatie is gegeven als het betreffende onderzoek bij minimaal 5 % van de verwijzingen is verricht

diagnostiek		aantal verwijzingen %
hematologie	<i>totaal</i>	27
	HB/BSE	26
bloedchemie	<i>totaal</i>	33
	nierfunctie	6
	leverfunctie	12
	vetspectrum	6
serologie	<i>totaal</i>	2
urineonderzoek	<i>totaal</i>	8
	suiker	8
faecesonderzoek	<i>totaal</i>	3
röntgenonderzoek	<i>totaal</i>	10
echografie	<i>totaal</i>	2
electrografie	<i>totaal</i>	6
	ECG	5
overig-onderzoek	<i>totaal</i>	1

Bij de internistische verwijzingen heeft de huisarts het meest frequent diagnostiek verricht (2.3, SD=2.7); bij de neurologische verwijzingen 1.2 (SD=2.2) en bij de dermatologische verwijzingen .4 (SD=1.3). Wanneer de huisarts zeker is over de diagnose 1.1 verrichting (SD=2.1), wanneer hij niet zeker is 1.7 verrichtingen (2.6). Verder blijkt dat hoe ouder de patiënt en slechter de functionele toestand van de patiënt en problematischer de klacht is, hoe meer diagnostiek de huisarts heeft verricht. Al deze verschillen zijn significant.

DE THERAPIE VAN DE HUISARTS

Bij 30 % van de verwijzingen (N=261) heeft de huisarts *geén* behandeling gegeven of voorgeschreven voordat de patiënt is verwezen. Uit tabel 5.21 blijkt dat de behandeling van de huisarts meestal bestaat uit het voorschrijven van medicijnen. Het ‘controleren/even aanzien’ van de klachten, dat ook in deze tabel is opgenomen, onderscheidt zich van ‘niets doen’ door het feit dat de huisarts zich hierbij actief opstelt en de patiënt terug laat komen om het beloop van de klachten te observeren.

Tabel 5.21 Het aantal verwijzingen waarbij door de huisarts therapie is verricht (N=261)

therapie	aantal verwijzingen %
medicatie (op recept) voorgeschreven	48
leefregels voorgeschreven	12
controle/even aanzien	11
verhelderend/steunend gesprek	10
dieet voorgeschreven	9
fysiotherapie voorgeschreven	7
advies rustig aan/niet werken	7
kleine ingrepen	2
advies bedrust	2
huismiddeltjes voorgeschreven	2
medicatie (zonder recept) geadviseerd	2
overige	4
niets gedaan of voorgeschreven	30

Tussen het aantal diagnostische verrichtingen en het aantal therapeutische verrichtingen bestaat een positieve samenhang (zie bijlage IX).

Verder komen de volgende significante verbanden naar voren in relatie tot de therapie van de huisarts: hoe jonger de patiënt is en meer beperkt is in zijn functioneren en zeker de patiënt zich voelt en problematischer de klachten en frequenter huisarts-consulten, hoe meer de huisarts op therapeutisch gebied heeft gedaan. Als de huisarts meer op therapeutisch gebied heeft gedaan, wil de huisarts vaker dat de specialist zich beperkt tot 1 à 2 consulten. Ook als de patiënt eerdere contacten met andere hulpverleners heeft gehad, heeft de huisarts meer op therapeutisch gebied gedaan.

De verrichtingen van de patiënt

Ruim de helft van de patiënten (61 %, N=307) heeft zelf iets aan de klachten gedaan voordat de verwijzing plaatsvond. Het meest frequent heeft de patiënt een geneesmiddel zonder recept gebruikt (76 patiënten). Verder worden relatief frequent genoemd: rustig aan doen/bedrust (54 patiënten), huismiddeltjes (43 patiënten) en dieet (35 patiënten). Er is geen significante samenhang gevonden tussen het al dan niet zelf iets aan de klachten hebben gedaan en de volgende variabelen: leeftijd, geslacht, opleiding, verzekeringsvorm van de patiënt, duur van de klachten, aard en ernst van de klachten.

5.9 De doelmatigheid van het handelen van de huisarts

5.9.1 De onafhankelijke beoordeling van de doelmatigheid van het handelen van de huisarts

De gegevens waarop de onafhankelijke beoordeling is gebaseerd, zijn bij 248 verwijzingen compleet. De verwijzingen zijn beoordeeld door 2 onafhankelijke huisartsen en 2 onafhankelijke specialisten op de aspecten: de diagnostiek, de therapie, de noodzaak en

het tijdstip van verwijzen door de huisarts.

Uit tabel 5.22 blijkt dat de onafhankelijke artsen ongeveer even vaak kritiek hebben op de diagnostiek als op de therapie van de huisarts. Bij respectievelijk 65 % en 63 % vindt ten minste de helft van de onafhankelijke artsen het handelen van de huisarts niet (volledig) juist.

Tabel 5.22 Het oordeel van de onafhankelijke artsen over het handelen van de huisarts (N=248)

	juist ¹⁾ %	juist/onjuist ²⁾ %	onjuist ¹⁾ %
diagnostiek huisarts	36	25	40
therapie huisarts	37	27	36

- 1) een meerderheid van de beoordelaars vindt het handelen respectievelijk juist of onjuist
- 2) het aantal beoordelaars dat het handelen juist vindt is gelijk aan het aantal dat het onjuist vindt

De bovenstaande oordelen over de 248 verwijzingen zijn gebaseerd op 1268 beoordelingen (de meeste verwijzingen zijn door 4 onafhankelijke artsen beoordeeld, enkele door 8 of 12 onafhankelijke artsen, zie bijlage III). Voor een verdere beschrijving en argumentatie van de kritiek van de onafhankelijke artsen zijn steeds de beoordelingen geselecteerd, die betrekking hebben op verwijzingen waarbij een meerderheid of de helft van de onafhankelijke artsen de beoordeelde handelingen onjuist vindt (kolom 2 en 3 van tabel 5.22). Als een verwijzing door meer dan één groep artsen is beoordeeld (8 of 12 artsen), dan is voor de beschrijving en argumentatie van de kritiek slechts van de antwoorden van één groep gebruik gemaakt. Op deze manier heeft elke verwijzing een even groot aandeel in de beschrijving en argumentatie van de kritiek op de verwijzingen. Men dient zich te realiseren dat een beoordelaar bij een verwijzing tegelijkertijd van mening kan zijn dat de huisarts bepaalde diagnostiek achterwege had kunnen laten, bijvoorbeeld leverfunctiebepaling, en andere diagnostiek meer had kunnen doen, bijvoorbeeld uitgebreider lichamelijk onderzoek.

Tabel 5.23 laat zien dat kritiek op het handelen van de huisarts meestal betekent dat men van mening is dat de huisarts *meer* had kunnen doen, met name op diagnostisch gebied.

Tabel 5.23 Aard van het commentaar op het handelen van de huisarts

	minder kunnen doen (%)	meer kunnen doen (%)	aantal beoorde- lingen (N=1268)
diagnostiek	18	82	503
therapie	39	61	507

De diagnostiek van de huisarts

Tabel 5.24 Diagnostiek die de huisarts achterwege had kunnen laten (n=134) of meer had kunnen doen (n=694)

	minder kunnen doen	meer kunnen doen	
anamnese	0	89	
lichamelijk onderzoek	14	75	
hematologie (mn. bloedbeeld/BSE)	9	114	
bloedchemie	glucose	5	25
	leverfuncties	8	23
	electrolyten	7	4
	vetstofwisseling	5	11
	nierfunctie	7	15
	schildklierfunctie	7	20
	overige	6	20
serologie	9	2	
urineonderzoek	3	26	
faecesonderzoek	3	58	
röntgenonderzoek	thorax	0	30
	wervelkolom	3	12
	slokdarm/maag/duodenum	8	19
	colon	1	31
	overige	11	14
echografie	2	30	
electrografie	ECG/ergometrie	8	28
endoscopie	gastroscopie	0	
	6		
	recto/colonoscopie	1	2
	proctoscopie	0	22
longfunctie/hyperventilatieprovocatie	1	12	
huidallergietesten	0	7	
kweek/KOH preparaat huid	0		
19			
proefbehandeling als diagnosticum	0	12	
overige onderzoeken	6	15	

MINDER/MEER KUNNEN DOEN

Uit tabel 5.24 blijkt dat, als de huisarts minder had kunnen doen, het meest frequent 'te uitgebreid lichamelijk onderzoek' is genoemd (met name rectaal/vaginaal toucher). In een veel groter aantal gevallen vindt men echter dat de huisarts juist meer lichamelijk onderzoek had kunnen doen. Nog vaker vindt men dat de huisarts een te beperkte anamnese heeft afgenomen of te weinig hematologisch onderzoek heeft gedaan. Verder springen serologisch onderzoek en electrolyten in het oog, omdat dit de enige onderzoeken zijn waarvan men vaker van mening is dat de huisarts ze achterwege had kunnen laten dan dat de huisarts het wel had kunnen doen.

ARGUMENTATIE

Minder kunnen doen: Als men van mening is dat de huisarts onderzoek achterwege had kunnen laten, wordt meestal als belangrijkste argument genoemd dat het onderzoek irrelevant is, omdat het niet aannemelijk is dat er een relatie is met de klacht/aandoening van de patiënt (63 %). Ook de argumenten ‘overbodig, omdat het geen nieuwe informatie oplevert’ of ‘overbodig, omdat het geen consequenties heeft’ worden nogal eens genoemd (samen 16 %).

Meer kunnen doen: Als belangrijkste argument komt naar voren dat de huisarts met het extra onderzoek meer diagnostisch resultaat had kunnen bereiken (38 %). Gerichter verwijzen of het voorkomen van een verwijzing worden, nogal eens als tweede reden, ook frequent genoemd (respectievelijk bij 26 % en 23 % als belangrijkste reden en bij 14 % en 14 % als tweede reden). Het financiële argument of de belasting voor de patiënt worden slechts weinig genoemd en als ze genoemd worden is het meestal als tweede, aanvullende reden.

JUISTHEID DIAGNOSTISCHE CONCLUSIES

Bij 82 % van de verwijzingen vindt een meerderheid van de beoordelaars dat de huisarts geen onjuiste conclusies heeft getrokken. Bij 4 % daarentegen wel. Bij de overige 14 % zijn de meningen verdeeld. Als men de conclusie onjuist vindt, vindt men meestal dat de diagnostische gegevens veel meer op een andere aandoening wijzen. Een ander veel genoemde reden is dat men vindt dat de voorspellende waarde van het gebruikte diagnosticum te gering is om daar beleid op af te stemmen. Enkele voorbeelden van onjuist geachte diagnostische conclusies zijn:

- Bij een 18-jarige vrouw, met sinds 2 maanden toenemende pijn in armen, benen en nek, en waarbij een verhoogde AST en BSE zijn geconstateerd, is de verwijsdiagnose van de huisarts ‘polymyalgia rheumatica’. Een meerderheid van de beoordelaars vindt deze diagnose onjuist, waarbij als argumenten worden genoemd dat polymyalgia op deze leeftijd eigenlijk niet voorkomt en dat een hoge AST niet op polymyalgie wijst.
- Een 44-jarige vrouw heeft sinds ongeveer 5 jaar last van dove vingers, zowel links als rechts, en sinds enkele maanden tevens pijn in de armen, schouders en nek. Ze heeft volgens de huisarts geen bewegingsbeperking, wel lichte sensibiliteitsstoornissen. De verwijsdiagnose van de huisarts is ‘gewrichtsklachten ten gevolge van surmenage’. Een meerderheid van de beoordelaars vindt de klachten veel meer op een Carpaal Tunnel Syndroom wijzen.
- Een 69-jarige vrouw heeft sinds 3 maanden een jeukende huiduitslag met blaasjes op het rechter bovenbeen. De verwijsdiagnose van de huisarts is ‘gordelroos’. Een meerderheid van de beoordelaars is van mening dat het geen gordelroos kan zijn, omdat de blaasjes die hierbij optreden geen 3 maanden blijven bestaan.

De therapie van de huisarts

Tabel 5.25 Therapie die de huisarts achterwege had kunnen laten (n=259) of meer had kunnen doen (n=399)

	minder kunnen doen	meer kunnen doen
medicatie	206	225
fysiotherapie	22	26
dieet/afvallen	12	18
gesprekken/psychotherapie (incl. verwijzen)	0	22
leefregels	2	18
uitleg/geruststelling	0	17
steunkousen	0	13
lichaamsbeweging, ontspanningsoefeningen	2	11
bedrust	0	10
nachtspalk/collar	3	6
excisie/excochleatie	3	6
overige	9	27

MINDER/MEER KUNNEN DOEN

Waar het de therapie betreft richt zich de meeste kritiek op de medicatie van de huisarts. Als men van mening is dat de huisarts therapie *achterwege* had kunnen laten, betreft het in 80 % van de gevallen medicatie; als men vindt dat hij *meer* had kunnen doen gaat het in 56 % van de gevallen om medicatie (tabel 5.25). Dit kan betekenen dat de huisarts ten onrechte medicatie heeft voorgeschreven, ten onrechte medicatie *niet* heeft voorgeschreven, of dat de huisarts beter *andere* medicatie had kunnen voorschrijven. Ook is men relatief frequent van mening dat de huisarts fysiotherapie of een dieet beter achterwege had kunnen laten of juist had moeten voorschrijven.

ARGUMENTATIE

Minder kunnen doen: De twee belangrijkste argumenten voor het oordeel dat de huisarts therapie achterwege had kunnen laten zijn dat de klacht de therapie niet rechtvaardigt en dat de diagnostiek nog te gebrekkig is (respectievelijk 50 % en 29 %). Het argument dat de diagnostiek nog te gebrekkig is, is ook relatief frequent als tweede argument genoemd (14 %).

Meer kunnen doen: De twee belangrijkste argumenten voor het oordeel dat de huisarts een bepaalde therapie nog had kunnen doen zijn dat deze therapie de gezondheidstoestand/prognose van de patiënt had verbeterd of dat deze therapie wellicht verwijzing had kunnen voorkomen (respectievelijk 47 % en 33 %). Het tweede argument wordt ook vaak als tweede reden genoemd (26 %). Evenals bij de beoordeling van het diagnostisch handelen van de huisarts spelen financiële argumenten en de belasting van de patiënt slechts een ondergeschikte rol.

De noodzaak van de verwijzing

Een meerderheid van de onafhankelijke artsen acht 76 % van de verwijzingen noodzakelijk en 10 % niet noodzakelijk. Bij de overige 14 % van de verwijzingen vinden evenveel beoordelaars de verwijzing noodzakelijk als niet noodzakelijk. Het belangrijkste

argument voor het oordeel dat de verwijzing noodzakelijk is, is het bevestigen/stellen van de diagnose (72 %, N=647). Ook het uitsluiten van een diagnose is relatief frequent genoemd (13 %). Vaak is het tweede argument het instellen van een therapie (40 %). Geruststelling van de patiënt is slechts bij 6 % van de beoordelingen als belangrijkste argument genoemd en bij 14 % als tweede argument. Als men de verwijzing niet noodzakelijk vindt is dit meestal, omdat de huisarts het beter zelf kan doen (52 %, N=151) en de specialist niet veel kan toevoegen (28 %). Als tweede argument wordt nogal eens het risico op angstinductie en somatische fixatie genoemd (18 %). ‘Te belastend voor de patiënt’ of ‘te veel financiële kosten’ worden slechts enkele malen genoemd.

Het tijdstip van verwijzen

Bij ruim de helft van de verwijzingen (51 %) vindt de helft of een meerderheid van de beoordelaars het moment van verwijzen onjuist. In tweederde van deze gevallen (onjuist) vindt men dat er te vroeg is verwezen en bij eenderde dat de verwijzing te laat heeft plaatsgevonden. De reden dat men vindt dat de huisarts te vroeg heeft verwezen is meestal dat de huisarts meer diagnostiek had moeten doen.

De doelmatigheidsscore voor het handelen van de huisarts

De verdeling van de doelmatigheidsscore is opgenomen in tabel 5.26. De gemiddelde score is 6.8 (SD=2.1).

Tabel 5.26 De frequentieverdeling van de doelmatigheidsscore voor het handelen van de huisarts

score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aantal verwij- zingen (N=248) %	-	-	1	10	5	10	12	12	29	15	7

Hieronder volgen twee voorbeelden van ziektegeschiedenissen, waarbij het handelen van de huisarts een lage doelmatigheidsscore heeft gekregen. Ziektegeschiedenis 1 betreft een patiënt die door de huisarts naar de dermatoloog wordt verwezen.

Ziektegeschiedenis 1

Dhr. S is een 45 jarige arbeidsongeschikte automonteur (lagere technische school), samenwonend. Hij had in 1987 ten gevolge van medicijngebruik eczeem over het gehele lichaam behalve gezicht handen en voeten. Dit ging vanzelf weer over. Nu heeft hij sinds ruim een half jaar roodschilderende plekjes aan de voeten. Het jeukt af en toe, het doet geen pijn. Hij heeft zelf uiercreme geprobeerd, dit hielp even. Hij heeft de huisarts twee maal bezocht; deze deed geen onderzoek en schreef emovate 2 dd voor. Dit hielp niet voldoende. Patiënt maakt zich niet ongerust over de klachten. Hij heeft naast deze klachten ook last van vermoeidheid. Hij vertelt dat de huisarts uitzoekt of hij bloedarmoede heeft.

De huisarts verwijst op 7 februari 1990 met als diagnose: eczeem (zekerheidsniveau 1) en

patiënt kan ruim drie weken later de specialist bezoeken.

Verwijsbrief huisarts

Geachte collega,

*In het verleden heeft u hem eens gezien met een geneesmiddelenruptie.
Hij heeft nog steeds plekken op zijn voeten, die toch wel doen denken aan
eczeem dan wel psoriasis.
Hij gebruikt Emovate, echter geen resultaat.
Gaarne uw beoordeling en behandelingsadvies.
Met vriendelijke groeten,*

De belangrijkste kritiek op het handelen van de huisarts in de eerste ziektegeschiedenis is dat de verwijzing niet noodzakelijk gevonden wordt. De huisarts had zelf meer diagnostiek moeten verrichten. Door de onafhankelijke artsen worden genoemd: KOH-preparaat of een schimmelkweek van de huid en beter kijken naar de huidafwijking. Hiermee had de huisarts de verwijzing wellicht kunnen voorkomen. De beoordelaars achten een mycose waarschijnlijker dan eczeem of psoriasis. Omdat de diagnostiek nog te gebrekkig is, had de huisarts geen emovate voor mogen schrijven. De huisarts had eventueel een anti-mycoticum kunnen geven.

Ziektegeschiedenis 2

Mevr. J., 20 jaar, samenwonend, werkzaam op een verzekeringskantoor (middelbaar beroepsonderwijs gevolgd). Mevr. heeft sinds een jaar buikklachten; krampen, steken in de zij. Ze geeft aan niet ongerust te zijn over de klachten. De diagnose van de huisarts is: spastisch colon (zekerheidsniveau 1). Patiënte is 4 maal voor de klachten bij de huisarts geweest. De huisarts heeft naast lichamelijk onderzoek (buik, RT/VT), bloed onderzoek (Hb/BSE) en urineonderzoek (sediment) verricht. Medicatie: duspatal 2 dd, 3 maanden, voorgeschreven. En verder een dieet en leefregels voorgeschreven. Patiënte kan over 13 dagen bij de specialist terecht.

Verwijsbrief huisarts

17-10-'89

Amice

Mevr J. heeft buikpijn wisselend, door de hele buik. Vnl. onderin laatste tijd ook boven. Lijkt het meest op een spastisch colon. Ik gaf haar duspa-tal en dieet, maar dat had geen pos. resultaat. Soms ook een week geen last. Al met al komen we er zo niet uit. Graag je visie en advies in deze. Deze lasten bestaan al wel een jaar.
Vr.gr.

Ook bij deze tweede ziektegeschiedenis is een meerderheid van de beoordelaars van mening dat de huisarts de patiënt onnodig, te vroeg heeft verwezen. De specialist kan niet veel toevoegen en de huisarts kan het beter zelf doen. Door de onafhankelijke beoordelaars worden faecesonderzoek (benzidine/wormeieren) en een röntgenonderzoek van het colon het meest frequent genoemd als diagnostiek die de huisarts zelf had kunnen verrichten. Als motivatie wordt meestal gegeven dat de huisarts hiermee de verwijzing had kunnen voorkomen. Op therapeutisch gebied wordt het meest frequent genoemd dat de huisarts patiënte uitleg had kunnen geven en had kunnen geruststellen. Ook hiermee zou de huisarts de verwijzing hebben kunnen voorkomen, aldus de onafhankelijke artsen.

5.9.2 De subjectieve beoordeling van de doelmatigheid van het handelen van de huisarts

Hieronder wordt de beoordeling van het handelen van de huisarts gegeven door de betrokken huisarts, specialist en (op enkele aspecten) door de patiënt. Na de beschrijving van de beoordeling van een aspect wordt de beoordeling door de betrokken artsen steeds vergeleken met het onafhankelijke oordeel.

De diagnostiek/therapie

De resultaten van de beoordeling van de diagnostiek en de therapie van de huisarts door de betrokken huisarts en specialist zijn samengevat in tabel 5.27. Kritiek van de betrokken artsen betekent meestal dat men van mening is dat de huisarts meer had kunnen doen.

Aan de huisarts is niet gevraagd of hij diagnostiek of therapie achterwege had kunnen laten. De specialist heeft de beoordeling op T1 gegeven, direct na het eerste consult van de patiënt, terwijl de huisarts deze beoordeling op T2 heeft gegeven, dus nadat de verwijzing in de meeste gevallen is afgerond.

Tabel 5.27 De subjectieve beoordeling van de diagnostiek en therapie van de huisarts

beoordelaar	<u>minder</u> kunnen doen (%)	<u>meer</u> kunnen doen (%)
betrokken huisarts	-	29 (N=284)
betrokken specialist	11 (N=289)	31 (N=288)

MINDER KUNNEN DOEN

Als de betrokken specialist van mening is dat de huisarts minder had kunnen doen betreft dit meestal therapie, namelijk: bepaalde medicatie (15x) of (te lang) fysiotherapie (3x). Op diagnostisch gebied worden onder anderen genoemd: röntgenonderzoek (3x), bepaald bloedonderzoek (2x) en verwijzing naar oogarts (2x)

MEER KUNNEN DOEN

Uit tabel 5.28 blijkt dat er een significante samenhang bestaat tussen het oordeel van de specialist en de huisarts (achteraf) over de vraag of de huisarts meer had kunnen. Bij 12 % van de verwijzingen vinden zowel huisarts als specialist dat de huisarts meer had kunnen doen en bij 50 % zijn ze beiden van mening dat de huisarts niet meer had kunnen doen.

Tabel 5.28 Het oordeel van de specialist en de huisarts over de vraag of de huisarts meer had kunnen doen voordat hij de patiënt verwees

specialist	huisarts		totaal
	ja	nee	
ja	33	55	88
nee	45	135	180
totaal	78	190	268

$\text{Chi}^2=3.89$, $\text{df}=1$, $p=.049$, Cohen's $\text{kappa}=.13$

De betrokken specialist is van mening dat de huisarts vooral meer diagnostiek had kunnen doen (bloed-, röntgenonderzoek en uitgebreidere anamnese/ lichamelijk onderzoek). Bij de betrokken huisarts ligt de nadruk ook op de diagnostiek (bloed- en röntgenonderzoek), maar het meest genoemd wordt een therapeutische handeling, namelijk medicatie uitproberen. Een opvallend verschil is dat de specialist relatief frequent een uitgebreidere anamnese of lichamelijk onderzoek noemt, terwijl de huisarts vrijwel uitsluitend aanvullend onderzoek vermeldt.

DE SAMENHANG TUSSEN DE SUBJECTIEVE EN ONAFHANKELIJKE BEOORDELING VAN DE DIAGNOSTIEK/THERAPIE

De vergelijking tussen de subjectieve en de onafhankelijke beoordeling is lastig, omdat de vragen die bij de beoordelingen zijn gebruikt niet met elkaar overeenkomen. Bij de

subjectieve beoordeling is gevraagd of de huisarts minder dan wel meer had kunnen doen (diagnostiek en therapie gezamenlijk). Bij de onafhankelijke beoordeling zijn van de diagnostiek en de therapie afzonderlijk beoordeeld of deze juist is. Als de twee beoordelingen worden vergeleken blijkt alleen het oordeel van de specialist over de vraag of de huisarts meer had kunnen doen samen te hangen met de onafhankelijke beoordeling van de diagnostiek ($\text{Chi}^2=8.02$, $\text{df}=2$, $p=.02$).

De noodzaak van de verwijzing

Zoals uit tabel 5.29 blijkt, hebben de huisarts en de specialist bij 60 % van de verwijzingen dezelfde mening over de noodzaak van de verwijzing. De huisarts twijfelt iets vaker over de noodzaak van de verwijzing dan de specialist.

Tabel 5.29 De mening van de specialist en de huisarts over de noodzaak van de verwijzing

specialist	huisarts			totaal
	(absoluut) noodz	deels wel deels niet noodz	(absoluut) niet noodz	
(absoluut) noodz	136	54	9	199
deels wel, deels niet noodz	38	30	10	78
(absoluut) niet noodz	2	2	3	7
totaal	176	86	22	284

$\text{Chi}^2= 23.56$, $\text{df}=4$, $p<.001$; Kendall's tau-(b)=-.22 (verwachte freq bij 33 % van de cellen < 5)

De noodzaak van de verwijzing is niet alleen door de betrokken artsen, maar ook door de betrokken patiënt beoordeeld. De meeste patiënten (94 %) vinden het (absoluut) noodzakelijk dat zij worden verwezen, 5 % vindt het deels wel, deels niet noodzakelijk en 1 % vindt het niet noodzakelijk (N=306). Tussen de mening van de patiënt en de mening van de huisarts respectievelijk de specialist bestaat geen significante samenhang.

DE SAMENHANG TUSSEN DE SUBJECTIEVE EN ONAFHANKELIJKE BEOORDELING VAN DE NOODZAAK

Bij 53 % van de verwijzingen komt het oordeel van de huisarts over de noodzaak van de verwijzing overeen met het oordeel van de onafhankelijke beoordelaars. Volgens de onafhankelijke beoordeling is de verwijzing iets frequenter noodzakelijk dan volgens de betrokken huisarts. Er is geen significante samenhang tussen beide oordelen. Het oordeel van de specialist komt bij 64 % van de verwijzingen overeen met het onafhankelijke oordeel. Er bestaat een significante samenhang tussen beide ($\text{Chi}^2=17.54$, $\text{df}=4$, $p=.002$; Kendall's tau-(b)=.19).

Het tijdstip van verwijzen

Vergelijking van het oordeel van de specialist en de huisarts in tabel 5.30 laat zien dat bij 80 % van de verwijzingen beiden van mening zijn dat deze op het juiste tijdstip heeft plaatsgevonden. De specialist vindt de verwijzing wat vaker 'te laat', terwijl de huisarts juist wat vaker van mening is dat de verwijzing 'te vroeg' heeft plaatsgevonden.

Tabel 5.30 De mening van specialist en huisarts over het tijdstip van verwijzen

huisarts	specialist			totaal
	te vroeg	op tijd	te laat	
te vroeg	1	14	1	16
op tijd	3	222	22	247
te laat	0	10	3	13
totaal	4	246	26	276

$\text{Chi}^2=5.88$, $\text{df}=4$, $p=.21$ (verwachte freq bij 5 van de 9 cellen (56 %) < 5)

De patiënt heeft een oordeel over het tijdstip van verwijzen gegeven als onderdeel van de tevredenheidsschaal over het handelen van de huisarts (zie paragraaf 5.7). Op de vraag of de huisarts eerder heeft moeten verwijzen is door 18 % van de patiënten bevestigend geantwoord, 5 % twijfelt en de rest vindt van niet. Er bestaat geen significante samenhang tussen het oordeel van de patiënt en het oordeel van de huisarts respectievelijk de specialist.

SAMENHANG TUSSEN DE SUBJECTIEVE EN DE ONAFHANKELIJKE BEOORDELING VAN HET TIJDSTIP

De onafhankelijke beoordelaars hebben veel vaker kritiek op het moment van verwijzen dan de betrokken huisarts. Tussen het onafhankelijke oordeel en het oordeel van de betrokkenen (huisarts en specialist) bestaat geen significante samenhang.

5.10 De verklaring van de doelmatigheid van het handelen van de huisarts

DE VERKLARENDE VARIABELEN

In tabel 5.31 is de correlatie aangegeven tussen de verklarende variabelen en de doelmatigheidsscore voor het handelen van de huisarts (hoe hoger de score, hoe doelmatiger de huisarts heeft gehandeld). Om de correlatie tussen de niet-verwijzingsspecifieke variabelen en de doelmatigheidsscore te kunnen bepalen, zijn de niet-verwijzings-specifieke variabelen gedistribueerd over de verwijzingen. Dit betekent dat de huisartsenkenmerken (niet-verwijzingsspecifiek) gekoppeld worden aan de verwijzingen die door de betreffende huisarts zijn verricht.

Tabel 5.31 De samenhang tussen de verklarende variabelen en de doelmatigheidsscore voor het handelen van de huisarts

	Pearson's R
<i>niet-verwijzings specifiek (huisartsenkenmerken)</i>	
praktijkervaring ¹⁾	-.09
praktijkvorm	.08
praktijk grootte	-.03
urbanisatiegraad ²⁾	.01
taakopvatting uitspraken	*.14
taakopvatting aandoeningen diagnostiek	<u>.21</u>
taakopvatting aandoeningen therapie	.11
<i>verwijzings specifiek</i>	
ernst klachten	<u>.32</u>
aard klachten	<u>.34</u>
specialisme ³⁾	<u>.23</u>
verwijsmotief vrees huisarts ⁴⁾	<u>.19</u>
verwijsmotief druk patiënt ⁴⁾	.01
verwijsmotief geruststelling patiënt ⁴⁾	.07

* betekent $p < .05$, enkel onderstreept $p < .01$ en dubbel onderstreept $p < .001$

- 1) 1=gezondheidscentrum, 2=solo, associatie en groepspraktijk
- 2) 1=landelijk/verstedelijkt gebied, 0=rest
- 3) 1=dermatologie, 0=interne geneskunde en neurologie
- 4) 1=ja, 0=nee

DE VERKLARENDE ANALYSE

De gemiddelde totaalscore voor de doelmatigheid van het handelen van de huisarts is 6.8 (bereik 0 tot 10). De variantie van de gemiddelde totaalscore bevindt zich voor 4 % op het niveau van de huisarts en voor 96 % op het niveau van de verwijzing. De variantie op het niveau van de huisarts kan voor 100 % worden verklaard, de variantie op het verwijzingniveau wordt voor 21 % verklaard.

Tabel 5.32 De verklaarde variantie, totaal en per niveau, en de verdeling van de totale en de onverklaarde variantie (percentages)

	totaal	huisartsenniveau	verwijzingniveau
verklaarde variantie ¹⁾	24	100	21
totale variantie		4	96
onverklaarde variantie		0	100

- 1) met de in tabel 5.33 opgenomen variabelen

De variabelen die een significante bijdrage leveren aan het verklaren van de variantie zijn

opgenomen in tabel 5.33.

Tabel 5.33 Multilevel analyse van de doelmatigheidsscore voor het handelen van de huisarts

	ruwe regressiecoëff	gestandaardiseerde regressiecoëff	significantie z-waarde
<i>niet-verwijzingsspecifiek</i>			
taakopvatting uitspraken	.30	.15	<.01
<i>verwijzingsspecifiek</i>			
aard klachten	.85	.24	<.001
ernst klachten	.88	.23	<.001
specialisme	.88	.19	<.001
verwijsmotief vrees huisarts	-.79	-.16	<.01

De aard en ernst van de klachten blijken relatief het grootste deel van de variantie te verklaren. Dit betekent dat de huisarts doelmatiger handelt als de klachten ernstiger zijn en als de klachten beter diagnostiseerbaar en behandelbaar zijn en psychosociale factoren een geringe rol spelen.

Bij neurologische verwijzingen handelt de huisarts doelmatiger dan bij verwijzingen naar de andere twee specialismen. Als vrees van de huisarts een rol speelt op het moment dat de huisarts de patiënt verwijst, is het handelen van de huisarts minder doelmatig dan wanneer dit geen (belangrijke) rol heeft gespeeld. De taakopvatting van de huisarts (een niet-verwijzingsspecifieke variabele) verklaart slechts een relatief gering deel van de variantie. Dit is ook niet verwonderlijk, daar zich slechts 4 % van de variantie op het niveau van de huisarts bevindt. Hoe breder de taakopvatting van de huisarts is, hoe doelmatiger de huisarts handelt.

5.11 Samenvatting en beschouwing

Samenvatting

De twee kwaliteitsaspecten die in dit hoofdstuk centraal staan zijn de doelmatigheid van het handelen van de huisarts en de tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de huisarts. Verder komen de verwijzingsspecifieke verklarende variabelen aan bod, de verrichtingen van de huisarts en de patiënt en de verklaring van de doelmatigheid van het handelen van de huisarts. De verklaring van de tevredenheid wordt in hoofdstuk 9 besproken.

DE KLACHTKENMERKEN

Bij de meeste patiënten bestaan de klachten een half jaar voordat zij worden verwezen (spreiding 1 dag tot 31 jaar) en meestal betreft het de eerste episode van de klacht. Gemiddeld genomen zijn de patiënten tijdens het derde of vierde consult bij de huisarts

verwezen naar de specialist. Bijna een derde van de patiënten heeft voor dezelfde klachten al eens eerder een andere hulpverlener bezocht, meestal een andere specialist. Ongeveer een derde van de patiënten heeft, naast de klachten waarvoor men wordt verwezen, nog comorbiditeit. Het zijn meestal chronische ziekten.

De meeste klachten zijn in enige mate ernstig, niet levensbedreigend, te diagnostiseren en te behandelen; in de meeste gevallen wordt een behandeling noodzakelijk geacht. Psychosociale factoren spelen bij één op de vijf gevallen een belangrijke rol en in de helft van de gevallen zijn de klachten invaliderend als geen behandeling wordt gegeven.

DE UITGANGSSITUATIE

Op het moment van verwijzen voelen de meeste patiënten zich niet echt ziek, maar wel in enige mate beperkt in hun functioneren. Een grote meerderheid van de patiënten maakt zich een beetje ongerust over de klachten; slechts een kleine groep maakt zich erg ongerust. De huisarts schat de ongerustheid van de patiënt ernstiger in dan de patiënt zelf ervaart.

Bijna driekwart van de patiënten weet op het moment van verwijzen niet zeker wat de oorzaak van de klachten is, bij de huisarts ligt dit percentage iets lager. De samenhang tussen beide oordelen is significant.

Bij de meeste verwijzingen laat de huisarts de specialist vrij te bepalen welk onderzoek en welke behandeling gegeven moeten worden. De patiënt weet meestal wel of het de bedoeling van de huisarts is dat er onderzoek in het ziekenhuis zal plaatsvinden, maar een meerderheid weet niet of het de bedoeling is dat de specialist ook een behandeling instelt.

DE VERWIJSMOTIEVEN

Bij de beslissing van de huisarts om de patiënt te verwijzen blijkt 'geruststelling van de patiënt' bij ruim een derde van de verwijzingen een belangrijke rol te hebben gespeeld, bij 16 % heeft de patiënt volgens de huisarts 'druk' uitgeoefend om verwezen te worden en in bijna een kwart van de verwijzingen heeft 'vrees iets over het hoofd te zien' bij de huisarts een rol gespeeld om de patiënt te verwijzen.

DE VERWACHTINGEN

De verwachtingen ten aanzien van de uitkomst van de verwijzing (klachten-, ongerustheid- en diagnostische kennisverandering) zijn bij de huisartsen hoger dan bij de patiënten. Er is geen samenhang tussen de verwachtingen van de huisarts en de patiënt.

DE SAMENHANG TUSSEN DE VERKLARENDE VARIABELEN

De verwijzingen laten zich wat betreft de start van de verwijzing op een aantal aspecten duidelijk onderscheiden.

Wanneer gekeken wordt naar de verschillen tussen de *specialismen*, dan blijkt dat de patiënten die naar de dermatoloog worden verwezen zich onderscheiden van patiënten die naar de neurologie of de interne geneeskunde worden verwezen. Zij hebben een 'betere' uitgangssituatie, zijn jonger, hebben hogere verwachtingen ten aanzien van klachtenafname, het zijn minder ernstige en minder problematische klachten (klachten beter te behandelen en te diagnostiseren en psychosociale factoren spelen een geringe rol) en vrees van de huisarts om iets over het hoofd te zien speelt nauwelijks een rol bij de verwijzingsbeslissing.

De patiënten die al eens *eerder een hulpverlener* voor dezelfde klachten hebben geraadpleegd, zijn jonger, vaker ziekenfondsverzekerd, hebben een slechtere uitgangssituatie en de verwachtingen van de patiënten en de huisartsen zijn lager.

Als derde kenmerk waarop de verwijzingen zich laten onderscheiden is de *comorbiditeit*. Patiënten met comorbiditeit hebben een slechtere gezondheidstoestand, zijn ouder en weten minder vaak de oorzaak van de klachten.

Ook op de *verwijsmotieven* zijn een aantal verschillen in de groep patiënten naar voren gekomen. De patiënten die ter geruststelling zijn verwezen hebben de huisarts frequenter bezocht voor de klachten, zij hebben problematischer klachten en voelen zich zieker, huisarts en patiënt weten vaker niet wat de diagnose is, de huisarts wil dat de specialist zich beperkt in het aantal consulten en de huisarts verwacht vaker ongerustheidsafname en minder vaak dat de oorzaak van de klachten wordt vastgesteld. Als de huisarts bang is iets over het hoofd te zien twijfelt hij vrijwel altijd over de diagnose, wil de huisarts minder vaak dat de specialist zich beperkt in het aantal consulten en in de diagnostiek en verwacht de huisarts minder vaak klachtenafname. De patiënten die druk op de huisarts hebben uitgeoefend, hebben minder ernstige klachten, hebben de huisarts frequenter bezocht en verwachten minder klachtenafname dan de patiënten die geen druk hebben uitgeoefend. De huisarts laat de specialist minder vaak vrij in het bepalen van het therapeutisch beleid wanneer de patiënt druk heeft uitgeoefend.

De ernst van de klachten hangt nauwelijks samen met andere kenmerken van de verwijzing; de aard van de klacht daarentegen wel. Hoe problematischer de klachten (klachten zijn minder goed behandelbaar en diagnostiseerbaar en psychosociale factoren spelen een grotere rol), hoe meer de patiënt beperkt is zijn functioneren, hoe zieker de patiënt zich voelt, hoe ongeruster de patiënt, hoe onzekerder de patiënt en de huisarts zijn over de diagnose en hoe minder frequent de huisarts klachtenafname verwacht en vreest iets over het hoofd te zien. Ook worden patiënten met problematischer klachten frequenter naar het academisch ziekenhuis verwezen.

Bij verwijzingen naar een klein ziekenhuis (< 250 bedden) laat de huisarts de specialist vaker vrij de duur van de specialistische zorg te bepalen dan bij verwijzingen naar een groter ziekenhuis. Als de huisarts weet door welke specialist de patiënt gezien zal worden, en dit komt vaker voor in kleine dan in grote ziekenhuizen, laat de huisarts de specialist ook vaker vrij wat betreft de duur van de specialistische zorg. Verder komt naar voren dat de huisarts bij jongere patiënten en wanneer de patiënt de huisarts vaker heeft bezocht, vaker wil dat de specialist zich beperkt tot 1 à 2 bezoeken.

DE VERRICHTINGEN

Ruim de helft van de patiënten heeft zelf iets aan de klachten gedaan voordat de verwijzing plaatsvindt; het meest frequent in de vorm van medicatie zonder recept.

De huisartsen hebben in 41 % van de gevallen vooraf aanvullend onderzoek, vooral bloedonderzoek, verricht. Bij 70 % heeft de huisarts zelf een behandeling ingesteld, meestal medicamenteus.

DE KWALITEITSASPECTEN

De tevredenheid over het gedrag van de huisarts

De patiënten zijn over het algemeen redelijk tevreden over het gedrag van de huisarts: het gemiddelde ‘rapportcijfer’ is een 6½. De patiënten zijn minder positief over de uitleg die de huisarts heeft gegeven over wat hij denkt dat er aan de hand is en over wat de patiënt in het ziekenhuis staat te wachten. Bijna een kwart van de patiënten zegt niet betrokken te zijn geweest bij de beslissing om verwezen te worden en bijna een vijfde deel van de patiënten had eerder verwezen willen worden.

De doelmatigheid van het handelen van de huisarts

Het handelen van de huisarts wordt door de onafhankelijke artsen als redelijk doelmatig beoordeeld: het gemiddelde ‘rapportcijfer’ is bijna een 7. De meeste kritiek is op de diagnostiek en therapie van de huisarts. Bij ongeveer tweederde van de verwijzingen vindt ten minste de helft van de onafhankelijke artsen het handelen van de huisarts niet (volledig) juist. Meestal is men van mening dat de huisarts meer had kunnen doen voordat hij de patiënt verwees, vooral op diagnostisch gebied.

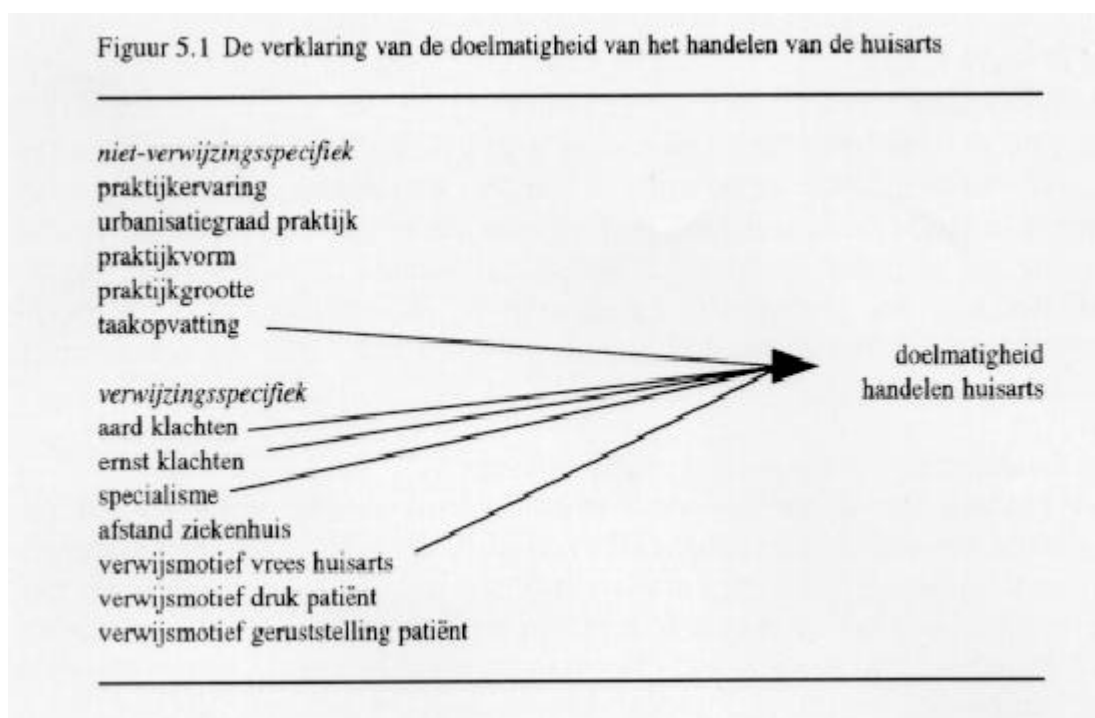
Bij de helft van de verwijzingen is ten minste de helft van de onafhankelijke artsen van mening dat het tijdstip van verwijzen onjuist is. In tweederde van deze gevallen (onjuist) vindt men dat de verwijzing te vroeg heeft plaatsgevonden.

Driekwart van de verwijzingen wordt door een meerderheid van de onafhankelijke artsen noodzakelijk gevonden. Op de diagnostische conclusies van de huisarts is de minste kritiek. Deze worden bij ruim driekwart van de verwijzingen juist gevonden.

De kritiek van de betrokken huisarts en specialist betekent meestal dat men van mening is dat de huisarts meer had kunnen doen op diagnostisch of therapeutisch gebied. Door hen wordt iets frequenter aan de noodzaak van de verwijzing getwijfeld dan door de onafhankelijke artsen. Patiënten vinden vrijwel alle verwijzingen noodzakelijk. Alleen het oordeel van de specialist hangt significant samen met het onafhankelijke oordeel. Op het tijdstip van verwijzen hebben de betrokken artsen slechts bij een gering aantal verwijzingen kritiek, dit in tegenstelling tot de onafhankelijke beoordeling.

DE VERKLARING VAN DE DOELMATIGHEID VAN HET HANDELEN VAN DE HUISARTS

De doelmatigheid van het handelen van de huisarts wordt vrijwel volledig bepaald door de omstandigheden van de verwijzing; slechts een gering deel hangt af van de huisarts. Met behulp van 5 van de in de analyse opgenomen verklarende variabelen kan alle variantie op het huisartsenniveau en bijna een kwart van de variantie op het verwijzingsniveau worden verklaard. De totale verklaarde variantie is 24 %. De variantie wordt voornamelijk verklaard door de aard en de ernst van de klachten. Bij verwijzingen naar de neuroloog wordt de doelmatigheid van het handelen van de huisarts positiever beoordeeld dan bij verwijzingen naar de interne geneeskunde of de dermatologie. Als de huisarts verwijst, omdat hij vreest iets over het hoofd te zien, wordt de doelmatigheid van de verwijzing lager beoordeeld. Als de huisarts een bredere taakopvatting heeft, zijn de verwijzingen gemiddeld genomen doelmatiger dan wanneer de huisarts een smalle taakopvatting heeft. In figuur 5.1 zijn de variabelen opgenomen waarmee een samenhang werd verondersteld en waarmee uiteindelijk de variantie kan worden verklaard (met pijlen aangegeven).



Beschouwing

In dit hoofdstuk is de eerste stap in het verwijzingsproces beschreven en op een aantal aspecten nader toegelicht of verklaard. Een aantal bevindingen lag voor de hand. Zo is het niet opmerkelijk dat de uitgangssituatie en de ernst van de klachten verschilt tussen de patiënten die naar de drie verschillende specialismen worden verwezen of dat de gezondheidstoestand en de leeftijd van de patiënten met en zonder comorbiditeit verschillen; in hoofdstuk 2 is al aangegeven dat dit werd verwacht. Op een derde aspect, of de patiënt al eens eerder een hulpverlener heeft geraadpleegd voor dezelfde klachten (vaak een specialist), laat de groep patiënten zich ook duidelijk onderscheiden. Afgewacht moet worden of de uiteindelijke uitkomst van de verwijzing ook op de aspecten specialisme en comorbiditeit verschillen zal laten zien en of de patiënten die al eerder zijn verwezen, nu wel baat zullen hebben bij de verwijzing.

De aard van de klacht hangt samen met de gezondheidstoestand, de ongerustheid van de patiënt en met de diagnostische zekerheid van de huisarts en de patiënt over de klachten. Evenals uit andere onderzoeken blijkt, speelt in het onderhavige onderzoek bij een aantal verwijzingen 'geruststelling' van de patiënt een rol in de beslissing van de huisarts om de patiënt te verwijzen. De huisarts verwacht in de meerderheid van deze gevallen ongerustheidsafname, terwijl dit bij de patiënten niet het geval is.

Met betrekking tot de verwachtingen van de verwijzing van de huisarts en de patiënt is het opvallend dat de huisarts optimistischer is dan de patiënt en dat er geen significante samenhang is tussen beider verwachtingen. Of eenvoudig geconstateerd moet worden dat de patiënt en de huisarts van mening verschillen of dat de huisarts niet met de patiënt heeft doorgesproken wat hij van de verwijzing kan verwachten, kan op basis van de resultaten van het onderzoek geen antwoord worden gegeven.

Evenals uit het onderzoek van Kersten naar voren komt¹, hanteren ook de huisartsen in

ons onderzoek niet de consultatieve verwijzing als norm, omdat zij de specialisten meestal vrijlaten in hun handelen, volgens hun zeggen.

Geconcludeerd kan worden dat in het algemeen de doelmatigheid van het handelen van de huisarts redelijk positief wordt beoordeeld, hoewel met name op de diagnostiek en de therapie nogal wat kritiek wordt gegeven.

Vergelijking met het onderzoek van Grundmeijer en van Weert ², die ongeveer op de zelfde aspecten de doelmatigheid hebben laten beoordelen, is lastig. In hun onderzoek is de beoordeling de analyse-eenheid, terwijl in ons onderzoek de verwijzing de analyse-eenheid is. Wij hebben de beoordelingen die betrekking hebben op dezelfde verwijzing gebundeld. In grote lijnen blijken onze uitkomsten overeen te stemmen met de resultaten van Grundmeijer en van Weert. Het grootste verschil wordt gezien in de beoordeling van de therapie van de huisarts. In ons onderzoek is in ongeveer de helft van de gevallen kritiek, terwijl dit bij Grundmeijer en van Weert maar in ongeveer eenderde van de gevallen wordt gegeven. In beide onderzoeken is de richting van de kritiek echter gelijk; in 60 % van de gevallen is het oordeel dat de huisarts meer had kunnen doen en in 40 % dat hij minder had kunnen doen.

Naast het onderzoek van Grundmeijer en van Weert is er nauwelijks ander onderzoek dat zich op de door ons onderzochte aspecten van de doelmatigheid van het handelen heeft gericht, behalve waar het gaat om de noodzaak van de verwijzing. Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven lopen de bevindingen over het aantal 'onnodige' verwijzingen nogal uiteen, van 10 % tot ruim 50 %. Opmerkelijk in ons onderzoek is dat de verwijzende huisarts zelf vaker twijfelt aan de noodzaak van de verwijzing dan de onafhankelijke beoordelaars (respectievelijk 8 % onnodig en 30 % twijfel tegenover 10 % onnodig en 14 % twijfel).

De meest opvallende bevinding bij de verklaring van de variantie in de doelmatigheid van het handelen van de huisarts is dat er vrijwel geen variantie op het niveau van de huisarts is. Dit betekent dat de doelmatigheid van het handelen van de huisarts vrijwel volledig bepaald wordt door de specifieke omstandigheden van de verwijzing. Het is niet zo dat bepaalde huisartsen over het algemeen doelmatiger handelen dan andere huisartsen.

Dit heeft tot gevolg dat huisartsenkenmerken nauwelijks kunnen bijdragen aan de verklaring van de variantie in de doelmatigheid van het handelen van de huisarts. Alleen de taakopvatting levert een significante bijdrage. Met dit kenmerk is ook gelijk alle variantie op het huisartsenniveau verklaard.

De veronderstelling dat de huisarts doelmatiger handelt bij ernstiger klachten blijkt te kloppen. De veronderstelling dat huisartsen die patiënten naar de dermatoloog verwijzen doelmatiger zouden handelen dan bij verwijzingen naar de internist of de neuroloog is niet overeenkomstig de verwachting. Het blijkt dat huisartsen bij neurologische verwijzingen doelmatiger handelen dan bij de verwijzingen naar de dermatoloog of de internist.

De verwijsmotieven 'druk van de patiënt' en 'geruststelling van de patiënt' blijken, tegen de verwachting in, niet samen te hangen met de doelmatigheid van het handelen. Dit betekent dat verwijzingen onder druk van de patiënt even vaak doelmatig worden gevonden dan verwijzingen waarbij druk van de patiënt geen rol heeft gespeeld. Of de verwijzingen zich op deze twee kenmerken wel in de uitkomst zullen onderscheiden wordt in hoofdstuk 9 nagegaan. Wel blijkt dat als 'vrees van de huisarts om iets over het

hoofd te zien' een rol speelt bij de verwijfsbeslissing, de huisarts ondoelmatiger handelt; dit is overeenkomstig de verwachting.

Driekwart van de variantie in de doelmatigheid van het handelen van de huisarts blijft in dit onderzoek onverklaard. Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Ten eerste zullen niet alle factoren die in de praktijk van invloed zijn op het handelen van de huisarts in dit onderzoek zijn gemeten. Ten tweede is een deel van de variantie het gevolg van de gebruikte meetinstrumenten. Hierop wordt in de volgende hoofdstukken en met name in hoofdstuk 11 teruggekomen.

Literatuur

1. Kersten TJMT, Verhage-Spliet CMTh. De invloed van de verwijfsbrief op de procedure in de tweedelijfn. Tijdschr Soc Gezondhz 1990;68:341-5.
2. Grundmeijer H, Weert H van. Patiënt, huisarts en internist. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992. Proefschrift.