

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.

9 DE UITKOMST VAN DE VERWIJZING

9.1 Inleiding

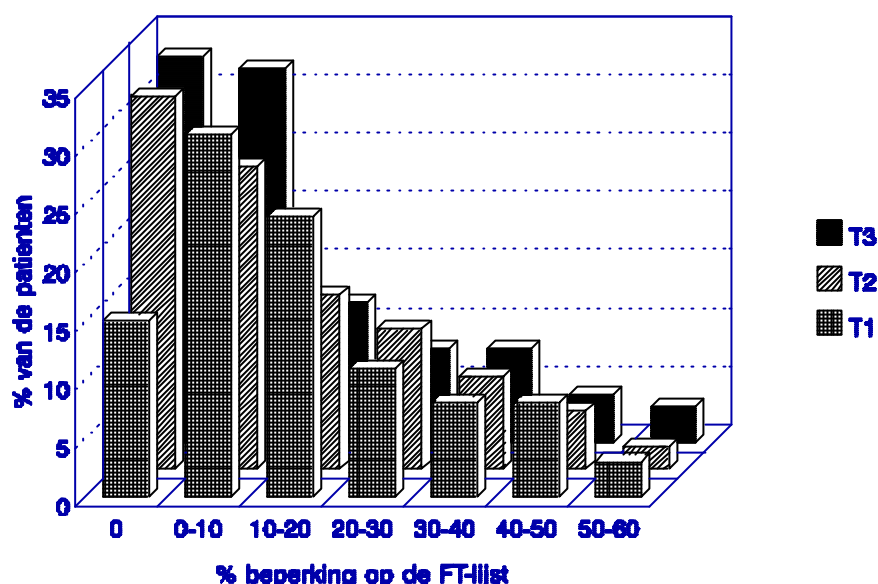
In de vorige vier hoofdstukken is het proces van de verwijzing aan de orde geweest; in dit hoofdstuk staat de uitkomst van de verwijzing centraal (voor een beschrijving van de meetinstrumenten wordt verwezen naar bijlage V). De patiënten kunnen binnen een redelijke termijn bij de specialist terecht. De meeste patiënten worden binnen 14 dagen door de specialist geholpen, een tiende deel van de patiënten populatie moet langer dan een maand wachten. Bijna driekwart van de verwijzingen is binnen drie maanden afgerond en gemiddeld zijn de patiënten 2.3 (SD=1.2) maal bij de specialist geweest. Wat heeft de verwijzing nu voor de patiënt en de huisarts opgeleverd, hoe tevreden is de patiënt over het gedrag van de specialist en in hoeverre is de verwijzing achteraf gezien volgens de drie actoren noodzakelijk geweest? Achtereenvolgens komen in dit hoofdstuk de volgende aspecten aan de orde. De verandering van de gezondheidstoestand en ongerustheid van de patiënt in 9.2 en 9.3. Hierbij wordt een vergelijking gemaakt met het oordeel van de huisarts en de specialist over de klachten- en ongerustheidsverandering. De verandering in kennis van de huisarts en de patiënt op diagnostisch gebied in 9.4. In 9.5 worden deze uitkomstaspecten samengevat en wordt de noodzaak van de verwijzing (achteraf) volgens de patiënt beschreven en vergeleken met het oordeel van de huisarts, de specialist en de onafhankelijke artsen. De tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de specialist komt aan de orde in 9.6 en in 9.7 staat het doorgaan met het zoeken van hulp door de patiënt gedurende of na afronding van de verwijzing centraal. In 9.8 wordt de uitkomst van de verwijzing verklaard (in 2.4 is beschreven waarop de keuze van de verklarende variabelen is gebaseerd). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting en beschouwing (9.9).

9.2 De verandering van de gezondheidstoestand

De verandering van de functionele toestand (longitudinale vergelijking)

Uit figuur 9.1 valt af te lezen dat de beperking in het verloop van het verwijsproces afneemt (de functionele toestand wordt uitgedrukt in het percentage beperking van de patiënt). De gemiddelde score wat betreft de functionele toestand (FT) is op T1 15.4 % (0-60 %, N=303), op T2 12.2 % (0-64 %, N=301) en op T3 11 % (0-63 %, N=294). Op T3 is het percentage patiënten dat geen enkele beperking heeft groter dan op T1 (respectievelijk 33 % en 15 %). In tabel 9.1 worden de verschillen tussen T1 en T2 en T2 en T3 op onderdelen van de FT vergeleken en de uitkomst van de variantieanalyse gegeven (herhaalde meting). Het blijkt dat de veranderingen bij bepaalde onderdelen groter zijn dan bij andere onderdelen. Bij het onderdeel 'werk' en 'studie' betreft het alleen de werkenden en de studerende (werk: T1: n=140, T2: n=146, T3: n=138; studie: T1: n=21, T2: n=18, T3: n=12).

Figuur 9.1 De beperking van de functionele toestand van de patiënten op T1, T2 en T3



Ook blijkt het tempo van verandering te verschillen (tabel 9.1). De meeste verbetering treedt op in de eerste maanden na de verwijzing (T1-T2); na drie maanden treedt alleen wat betreft huishoudelijke werkzaamheden een verbetering op.

Tabel 9.1 De gemiddelde scores op T1, T2 en T3 van de totaalscore en de onderdelen van de FT-lijst en de resultaten van de variantieanalyse van de verschillen tussen T1, T2 en T3

variantieanalyse	gemiddelde			T1-T2	T2-T3	T1-T3
	T1	T2	T3			
totaalscore	15.4	12.2	10.9	***	-	***
huishoudelijke act.	14.9	13.1	10.4	-	**	***
recreatie/vrije tijd	18.7	16.4	15.2	-	-	*
sociale interacties	11.4	7.9	7.5	***	-	***
emotioneel gedrag	13.0	8.0	8.1	***	-	***
werk	17.8	16.7	15.2	-	-	-
studie	14.6	8.5	14.8	-	-	-

*= $p < .05$, **= $p < .01$, ***= $p < .001$, -=geen significant verschil

Uit tabel 9.2 blijkt dat de correlatie tussen de verandering wat betreft de huishoudelijke activiteiten en de verandering in het emotioneel gedrag het geringste is (bij beide periodes). Tussen huishoudelijke activiteiten en recreatieve activiteiten bestaat de sterkste samenhang (bij beide periodes). Daarnaast blijkt dat een verandering in de beroepsactivi-

teiten samengaat met een verandering van alle andere onderdelen; dat is tussen T2-T3 het sterkst.

Tabel 9.2 Correlaties tussen de onderdelen van de FT-lijst tussen T1-T2 en tussen T2-T3 (verschilscores)¹⁾

	emotioneel gedrag		sociale interacties		recreatie vrije tijd		werk	
	T1-T2	T2-T3	T1-T2	T2-T3	T1-T2	T2-T3	T1-T2	T2-T3
huishoudelijke activiteiten	<u>.15</u>	<u>.17</u>	<u>.32</u>	<u>.31</u>	<u>.47</u>	<u>.51</u>	<u>.35</u>	<u>.44</u>
emotioneel gedrag	-	-	<u>.29</u>	<u>.34</u>	.13	<u>.23</u>	<u>.31</u>	<u>.40</u>
sociale interacties	-	-	-	-	<u>.34</u>	<u>.42</u>	<u>.27</u>	<u>.52</u>
recreatie/vrije tijd	-	-	-	-	-	-	<u>.44</u>	<u>.53</u>

enkel onderstreept betekent $p < .01$, dubbel onderstreept betekent $p < .001$

- 1) vanwege het geringe aantal studerenden is dit gegeven niet in de correlatiematrix opgenomen

De verandering van het ziektegevoel (longitudinale vergelijking)

Een meerderheid van de patiënten voelt zich niet ziek (tabel 9.3). Evenals bij de FT-verandering is de verbetering in de eerste drie maanden (T1-T2) significant ($\text{Chi}^2=12.3$, $\text{df}=1$ $p < .001$) en tussen drie en zes maanden niet (T2-T3; $\text{Chi}^2=.59$, $\text{df}=1$ $p=.44$; Friedmantoets).

Tabel 9.3 Ziektegevoel op T1, T2 en T3

	T1 % (N=307)	T2 % (N=302)	T3 % (N=288)
helemaal niet	54	66	63
een beetje	31	29	33
nogal/heel erg	15	5	4

De subjectieve klachtenverandering (retrospectieve vergelijking)

Alle patiënten hebben op het moment van verwijzen één of meerdere klachten. Aan de patiënten is op T2 en T3 gevraagd in hoeverre de klachten ten opzichte van respectievelijk T1 en T2 zijn veranderd. Ter inleiding van de vraag zijn door de interviewer de klachten genoemd die de patiënt op respectievelijk T1 en T2 heeft beschreven.

Tabel 9.4 De klachtenverandering op T2 en T3 (retrospectieve vergelijking)

	T2 % (N=302)	T3 % (N=295)
verdwenen/afgenomen	64	48
gelijk gebleven	32	30
toegenomen	4	8
niet van toepassing omdat men op T2 geen klachten meer had	-	15

De meeste patiënten ervaren een verbetering van de klachten tussen T1 en T2, maar zoals in tabel 9.4 is te zien, ervaart bijna de helft van de patiënten na T2 nog een verdere afname van de klachten, hetgeen niet terug is te zien in de meer objectieve meting van de functionele toestand en het ziektegevoel. Op T2 en T3 ervaart 15 % van de patiënten in het geheel geen klachten meer.

De verandering van de klachten volgens de patiënt, de huisarts en de specialist (retrospectief)

Tabel 9.5 De overeenstemming tussen huisarts, patiënt en specialist over de klachtenverandering tussen T1 en T2¹⁾ (retrospectief)

specialist	klachtenafname volgens de patiënt			
	ja (n=105)		nee (n=45)	
	huisarts ja	huisarts nee	huisarts ja	huisarts nee
ja	83	9	15	7
nee	6	7	5	18
totaal	89	16	20	25

1) de vraag over de klachtenverandering is alleen op T2 aan de huisarts en de specialist voorgelegd

In 24 % van de gevallen weet de huisarts niet of de klachten al dan niet zijn afgenomen. Bij 76 % van de verwijzingen is er overeenstemming tussen het oordeel van de patiënt en het oordeel van de huisarts. De samenhang tussen beide oordelen is significant ($\text{Chi}^2=45.31$, $\text{df}=1$, $p<.001$, $\text{Phi}=.44$). Huisarts en patiënt geven even vaak aan dat de klachten zijn afgenomen, dan wel zijn gelijk gebleven of toegenomen. In 31 % van de gevallen zegt de specialist niet te weten of de klachten al dan niet zijn afgenomen. Bij 74 % van de verwijzingen is er overeenstemming tussen het oordeel van de specialist en het oordeel van de patiënt. De samenhang tussen beide oordelen is significant ($\text{Chi}^2=28.62$,

df=1, $p<.001$, $\Phi=.38$). De specialist geeft iets vaker dan de patiënt aan dat de klachten zijn afgenomen. In tabel 9.5 zijn alleen de verwijzingen opgenomen, waarbij het oordeel van de patiënt, de huisarts en de specialist over de klachtenverandering bekend is. Bij ongeveer tweederde van de verwijzingen (waarbij het beoordeeld kan worden) is iedereen het met elkaar eens.

9.3 De verandering van de ongerustheid

De longitudinale vergelijking

In tabel 9.6 is per meetmoment aangegeven hoeveel patiënten bij de verschillende items van de ongerustheid ‘een beetje’, ‘nogal’ of ‘heel erg ongerust’ hebben geantwoord. De overige patiënten hebben geantwoord dat ze zich over het betreffende item helemaal niet ongerust maken.

Tabel 9.6 De mate van ongerustheid over de klachten

	het aantal patiënten dat ‘een beetje’, ‘nogal’ of ‘heel erg ongerust’ heeft geantwoord		
	T1	T2	T3
	% (N=306)	% (N=302)	% (N=292)
algemeen ongerustheidsgevoel	76	48	49
ongerust over of de klacht levensbedreigend is	34	11	15
bang voor de toekomst	49	35	40
<u>zorgen om vervelende veranderingen t.g.v. ziekte</u>	<u>45</u>	<u>31</u>	<u>31</u>

Van deze vier items is een schaal gevormd. De maximaal haalbare score op de schaal is 16, de minimumscore is 4. De gemiddelde score op T1, T2 en T3 zijn respectievelijk 7.22, 5.95 en 5.85. De variantieanalyse (herhaalde meting) van de verandering in het verloop van het verwijsproces geeft een significante afname van de ongerustheid tussen T1 en T2 ($F=94.5$, $p<.001$) en niet tussen T2 en T3 ($F=.00$, $p=.94$). Afname van de ongerustheid geeft dus eenzelfde patroon te zien als het functioneren en het ziektegevoel van de patiënt.

De retrospectieve vergelijking

Op T2 en T3 is de patiënt gevraagd in hoeverre zij ongerustheidsverandering met betrekking tot de klachten hebben ervaren. Op T2 diende men de mate van ongerustheid te vergelijken met T1 en op T3 met T2. Ter inleiding van de vraag is door de interviewer aangegeven hoe ongerust de patiënt op respectievelijk T1 en T2 was. 20 % Van de patiënten maakte zich op T1 niet ongerust over de klachten en op T2 was men nog steeds niet ongerust; op T3 geldt dit voor 43 % van de patiënten. In tabel 9.7 is te zien dat bij de meerderheid van de patiënten de ongerustheid is afgenomen tussen T1 en T2; na T2 treedt nog een verdere afname op.

Tabel 9.7 De verandering van de ongerustheid van de patiënt tussen respectievelijk T1-T2 en T2-T3 (retrospectief)

	T1-T2 % (N=301)	T2-T3 % (N=291)
niet van toepassing, omdat men niet ongerust was op respectievelijk T1 en T2	20	43
afgenomen/verdwenen	54	22
gelijk gebleven	21	28
toegenomen	5	7

De verandering van de ongerustheid volgens de patiënt, de huisarts en de specialist (retrospectief)

Tabel 9.8 De overeenstemming tussen huisarts, patiënt en specialist over de ongerustheidsverandering tussen T1 en T2¹⁾ (retrospectief)

specialist	ongerustheidsafname volgens de patiënt			
	ja (n=60)		nee (n=41)	
	huisarts ja	huisarts nee	huisarts ja	huisarts nee
ja	51	4	30	3
nee	3	2	5	3
totaal	54	6	35	6

1) de vraag over de ongerustheidsverandering is alleen op T2 aan de huisarts en de specialist voorgelegd

In 25 % van de gevallen weet de huisarts niet of de ongerustheid al dan niet is afgenomen en bij 44 patiënten zegt de huisarts dat de patiënt niet ongerust was op het moment van verwijzen; 30 van deze 44 patiënten zeiden echter dat ze zich wel ongerust maakten over de klachten. Bij 73 % van de verwijzingen is er overeenstemming tussen het oordeel van de patiënt en het oordeel van de huisarts ($\text{Chi}^2=14.16$, $\text{df}=1$, $p<.001$, $\text{Phi}=.31$). De huisarts geeft vaker dan de patiënt aan dat de ongerustheid is afgenomen. In 29 % van de gevallen zegt de specialist niet te weten of de ongerustheid al dan niet is afgenomen en bij 42 verwijzingen geeft de specialist aan dat de patiënt niet ongerust was. 31 Van deze 42 patiënten gaven echter wel aan dat ze zich ongerust maakten over de klachten. In 75 % van de gevallen is er overeenstemming tussen het oordeel van de specialist en het oordeel van de patiënt ($\text{Chi}^2=5.86$, $\text{df}=1$, $p=.02$, $\text{Phi}=.22$). De specialist geeft, evenals de huisarts, vaker dan de patiënt aan dat de ongerustheid is afgenomen.

In tabel 9.8 zijn alleen de verwijzingen opgenomen, waarbij het oordeel van de patiënt,

de huisarts en de specialist over de ongerustheidsverandering bekend is. Bij ongeveer de helft van de verwijzingen (waarbij het beoordeeld kan worden) is iedereen het met elkaar eens.

9.4 De verandering van de kennis op diagnostisch gebied

De verandering van de kennis van de huisarts op diagnostisch gebied

DIAGNOSTISCHE ZEKERHEID

Uit tabel 9.9 blijkt dat de huisarts op het moment van verwijzen bij 19 % van de verwijzingen geen (waarschijnlijkheids)diagnose heeft (diagnostische zekerheid 3 en 4), terwijl de huisarts op T2 bij bijna alle verwijzingen beschikt over een (waarschijnlijkheids)diagnose. Wanneer per verwijzing wordt nagegaan in welke richting de diagnostische zekerheid is gewijzigd, blijkt bij 52 % van de verwijzingen de zekerheid te zijn toegenomen, bij 9 % van de verwijzingen neemt de zekerheid af en bij de overige verwijzingen blijft de zekerheid gelijk (39 %).

Tabel 9.9 De diagnostische zekerheid van de huisarts op het eerste en het tweede meetmoment

	T1 % (N=306)	T2 % (N=306)
1. diagnose is zeker	32	74
2. één diagnose meest waarschijnlijk	49	20
3. groot aantal mogelijkheden	10	3
4. geen idee over de diagnose	9	3

DIAGNOSE

Tabel 9.10 De verandering van de diagnose tussen T1 en T2

	aantal verwijzingen % (N=306)
diagnose gelijk gebleven	42
diagnose nader gespecificeerd	10
diagnose vervangen door een andere diagnose	25
op T1 geen en op T2 wel een diagnose	15
een diagnose uitgesloten ¹⁾	5
overige ²⁾	3

- 1) een bepaalde diagnose of een diagnose op het specialistisch gebied waarnaar de patiënt is verwezen is uitgesloten;
- 2) op T2 geen diagnose, terwijl er op T1 wel een diagnose was of de afwijking is verdwenen voor het eerste consult bij de specialist

In tabel 9.10 is te zien dat bij 42 % van de verwijzingen de diagnose gelijk is gebleven en dat bij een kwart van de verwijzingen de diagnose van de huisarts vervangen is door een andere diagnose.

DIAGNOSE SCORE

Bij de combinatie van de verandering van de diagnose en de diagnostische zekerheid tot de diagnosescore waren 18 verwijzingen niet eenduidig in te delen en deze verwijzingen zijn buiten de analyse gehouden. Bij 36 % van de verwijzingen treedt een sterke vooruitgang op, bij 38 % een geringe vooruitgang en bij de overige 26 % treedt geen verandering op (N=288).

In geval van *sterke* vooruitgang komt relatief vaak een stijging van de diagnostische zekerheid gekoppeld aan een verandering van de diagnose voor (44 %). Voorbeelden hiervan zijn: colitis ulcerosa wordt ulcus duodeni; hyperthyreoïdie wordt nervositas; morbus Kahler wordt polymyalgia rheumatica; gordelroos wordt lichen ruber.

Een diagnose met diagnostische zekerheid 1, die verandert in een andere diagnose met diagnostische zekerheid 1 komt voor bij 16 % van de gevallen. Enkele voorbeelden: radiculare prikkeling wordt verkorte hamstrings; poliep colon descendens wordt hemorroïd; migraine wordt cluster headache, CARA wordt hyperventilatie. Bij de resterende verwijzingen wordt een diagnose gesteld, terwijl de huisarts op het moment van verwijzen geen diagnose had.

Bij een *geringe* vooruitgang zit het hem vooral in het uitsluiten van een diagnose (41 %) of een geringe verbetering van de diagnostische zekerheid (42 %). Bij de overige verwijzingen is de diagnose nader gespecificeerd bij gelijkblijvende diagnostische zekerheid. Enkele voorbeelden hiervan zijn: contacteczeem wordt contacteczeem voor cobalt, chroom en epoxyhars; huidcarcinoom wordt basaalcelcarcinoom.

Bij de overige verwijzingen is sprake van het uitsluiten van een diagnose op het terrein van de specialist waarnaar de patiënt is verwezen; of er is op T2 een diagnose met een diagnostische zekerheid 2 bekend, terwijl op T1 nog geen (waarschijnlijkheids)diagnose bekend was; of de diagnose op T2 is veranderd, maar de diagnostische zekerheid blijft 2. Enkele voorbeelden van deze laatste categorie zijn: buikpijnklachten worden op T1 geweten aan nierstenen, terwijl op T2 spanningen het meest waarschijnlijk worden geacht; radiculare prikkeling op T1 wordt calcaneussporen op T2.

De verandering van de diagnose is in tabel 9.11 voor de 10 meest voorkomende diagnoses in het onderzoek nader uitgewerkt. De diagnose huidcarcinoom verandert het meest frequent, meestal in verruca seborroica of keratosis senilis. Ook de diagnose ulcus verandert relatief vaak in gastritis of functionele buikklachten. De diagnose spastisch colon, waarover de huisarts vaak onzeker is, verandert geen enkele maal. Een nadere specificatie van de diagnose treedt vooral op bij (contact) eczeem. Zo wordt bijvoorbeeld eczeem gespecificeerd in constitutioneel eczeem. Een andere opvallende diagnose is angina pectoris, waar in de helft van de gevallen een diagnose op cardiologisch gebied door de specialist wordt uitgesloten.

Tabel 9.11 De diagnostische zekerheid op het moment van verwijzen en de verandering in de diagnose bij de 10 meest voorkomende diagnoses in het onderzoek

diagnose (ICPC)	diagnostische zekerheid op T1 ¹⁾			T2				
				diag nader		diag		
	1	2	(n)	ge- lijk	ge- spec.	ander diag	uit- gesl.	ove- rige
Hernia nucleii pulposi (L86)	5	11	(16)	9	0	5	2	0
Carpale tunnel syndroom (N93)	6	7	(13)	9	0	3	0	1
(Contact) eczeem (S88)	10	1	(11)	3	7	1	0	0
Angina pectoris (K74)	4	6	(10)	3	0	2	5	0
CARA (R78/R91/R96)	6	4	(10)	7	0	2	1	0
Huidcarcinoom (S77)	2	7	(9)	1	0	7	0	1
Spastisch colon (D93)	2	5	(7)	7	0	0	0	0
Hartritmestoornis (K78/K79/K80)	3	4	(7)	5	2	0	0	0
Ulcus ventr./duodeni (D85/D86)	2	5	(7)	2	0	4	0	1
Hemorroiden (K96)	1	5	(6)	5	0	1	0	0

1) in de eerste kolom staat het aantal malen dat de huisarts zeker was over de diagnose en in de tweede kolom het aantal malen dat de diagnostische zekerheid 2 is; tussen haakjes staat het aantal malen dat de diagnose in het onderzoek voorkomt

De verandering van de kennis van de patiënt op diagnostisch gebied

Op het moment van verwijzen geeft 22 % van de patiënten aan dat deze zeker weet wat de oorzaak van de klachten is (welke ziekte men heeft) en 78 % heeft een (vaag) idee om welk orgaan het gaat of weet niet wat er aan de hand is (N=307). Op T2 zijn de percentages respectievelijk 61 % en 39 % (N=303). De verandering is significant (Friedman-toets: $\chi^2=47.5$, $df=1$, $p<.001$).

Bij tweederde van de patiënten is sprake van een toename van de kennis op diagnostisch gebied (N=300); bij de overige patiënten is de kennis gelijk gebleven. Een toename van de kennis betekent dat de patiënt meer weet over de oorzaak van de klachten, dat een bepaalde diagnose is uitgesloten of dat men te horen heeft gekregen dat er niets aan de hand is.

9.5 Overzicht van de tot nu toe besproken uitkomstaspecten en de noodzaak van de verwijzing achteraf

Overzicht van de uitkomst op korte en langere termijn

Het ziektegevoel, de ongerustheid (retrospectief) en de functionele toestand zijn tussen T1 en T2 het minst verbeterd (tabel 9.12). Hierbij dient men zich te bedenken dat, met name als het om het ziektegevoel gaat, veel patiënten zich niet ziek voelden op T1 en T2 (n=143) en bij de groep 'niet verbeterd' zijn ingedeeld. Ook tussen T2 en T3 is dit het

geval bij de ziektegevoelverandering (n=154). Tussen T2 en T3 is de grootste afname bij de klachtenverandering.

Tabel 9.12 De verbetering van de uitkomstaspecten tussen T1-T2 en T2-T3*

T2-T3	T1-T2			
	%	N	%	N
1. verbetering functionele toestand	58	297	41	292
2. afname ziektegevoel	27	302	12	286
3. klachtenverbetering (retrospectief)	64	302	48	295
4. afname ongerustheid (longitudinaal)	63	299	26	287
5. afname ongerustheid (retrospectief)	54	301	22	290
6. toename kennis ha op diagn. gebied	74	288	-	-
7. toename kennis pat op diagn. gebied	65	300	-	-

* aangezien toename in kennis niet op T3 is gemeten zijn deze vanzelfsprekend bij T2-T3 buiten beschouwing gelaten

In tabel 9.13 worden de correlaties tussen de verandering tussen T1-T2 en de verandering tussen T2-T3 getoond van de afzonderlijke uitkomstaspecten. Opvallend is dat er een negatieve samenhang is tussen de aspecten die longitudinaal zijn gemeten. Dat wil zeggen dat als er tussen T1-T2 een grote verbetering is, er tussen T2-T3 een geringe verbetering is, of er kan zelfs van een verslechtering sprake zijn. De retrospectieve aspecten zijn positief: als de klachten en de ongerustheid tussen T1-T2 verbeteren, verbeteren deze ook nog tussen T2-T3.

Tabel 9.13 Correlaties van de uitkomstaspecten tussen T1/T2 en T2/T3

	Pearson's R
FT-verandering (L)	<u>-.31</u>
ziektegevoelverandering (L)	<u>-.19</u>
klachtenverandering (R)	<u>.35</u>
ongerustheidsverandering (L)	<u>-.34</u>
ongerustheidsverandering (R)	<u>.36</u>

enkel onderstreept betekent $p < .01$, dubbel onderstreept betekent $p < .001$;
L= longitudinaal, R= retrospectief.

In het algemeen kan worden gesteld dat slechts bij een zeer beperkt aantal verwijzingen de verwijzing niets heeft opgeleverd (tabel 9.14). Toename van diagnostische kennis en klachtenverbetering volgens de patiënt spelen daarbij een essentiële rol (9.15).

Tabel 9.14 Frequentieverdeling van het aantal uitkomstaspecten waarbij sprake is van een positieve verandering tussen T1 en T2

score	0	1	2	3	4	5	6	7
aantal verwijzingen								
% (N=272)	2	4	14	17	21	23	13	6

Tabel 9.15 Meest frequent voorkomende combinaties bij positieve veranderingen

1 uitkomstaspect	diagnost. kennisver. ha (n=5)
2 uitkomstaspecten	diagnost. kennisver. ha en pat (n=7)
3 uitkomstaspecten	diagnost. kennisver. ha en pat + klachtenver. (n=9)
4 uitkomstaspecten	diagnost. kennisver. ha + klachtenver. + FT-ver. + ongerusth.ver. (long) (n=7)

De noodzaak van de verwijzing achteraf, volgens de drie actoren

In hoofdstuk 7 is vanuit de optiek van de artsen (betrokkenen en onafhankelijken) beschreven hoe noodzakelijk de verwijzing achteraf is beoordeeld. Dit was primair bedoeld om het handelen van de artsen te evalueren. In deze paragraaf wordt getoond hoe noodzakelijk de patiënt de verwijzing achteraf heeft gevonden. De patiënt zal de noodzaak van de verwijzing waarschijnlijk beoordelen op basis van de uitkomst van de verwijzing. De opvatting van de patiënt wordt in de volgende tabellen naast de opvatting van de huisarts, de specialist en de onafhankelijke artsen geplaatst.

De patiënt is op het tweede meetmoment het meest overtuigd van de noodzaak van de verwijzing; de patiënt vindt 85 % van de verwijzingen (absoluut) noodzakelijk, de specialist 66 % en de huisarts 57 %. Bij alle drie groepen is het aantal verwijzingen waarbij men van mening is dat deze niet noodzakelijk was, gering (respectievelijk 5 %, 5 % en 6 %).

Het oordeel van de patiënt hangt samen met het oordeel van de specialist, maar niet met het oordeel van de huisarts (tabellen 9.16 en 9.17).

Tabel 9.16 De mening van de specialist en de patiënt over de noodzaak van de verwijzing achteraf

specialist	(absoluut) noodz	patiënt		(absoluut) niet noodz	totaal
		deels wel noodz	deels niet noodz		
(absoluut) noodz	165	15	6		186
deels wel, deels niet noodz	60	13	8		81
(absoluut) niet noodz	11	2	-		13
totaal	236	30	14		280

$\text{Chi}^2 = 10.74$, $\text{df} = 4$, $p = .03$; Kendall's tau-(b) = .16 (verwachte freq bij 33 % van de cellen < 5)

Tabel 9.17 De mening van de huisarts en de patiënt over de noodzaak van de verwijzing achteraf

huisarts	(absoluut) noodz	patiënt		(absoluut) niet noodz	totaal
		deels wel noodz	deels niet noodz		
(absoluut) noodz	146	14	7		167
deels wel, deels niet noodz	95	13	7		115
(absoluut) niet noodz	15	3	-		18
totaal	256	30	14		300

$\text{Chi}^2 = 3.04$, $\text{df} = 4$, $p = .55$

Na afronding van de verwijzing is er meer samenhang tussen de oordelen van de drie betrokkenen dan op T1. Voor alle drie groepen geldt dat men na afronding van de verwijzing minder verwijzingen noodzakelijk vindt dan op T1. Bij de specialist verandert relatief het minst.

Een meerderheid van de onafhankelijke artsen komt vaker tot de conclusie dat de verwijzing achteraf niet nuttig is geweest dan de betrokken patiënt. Het onafhankelijke oordeel hangt significant samen met het oordeel van de patiënt (tabel 9.18).

Tabel 9.18 De samenhang tussen de mening van de patiënt en de onafhankelijke artsen over de noodzaak c.q. het nut van de verwijzing achteraf.

onafhankelijk		patiënt			totaal
		(absoluut) noodz	deels wel deels niet noodz	(absoluut) niet noodz	
ja ¹⁾	140	15	4	159	
ja/nee		49	6	1	56
nee		15	8	6	29
totaal		204	29	11	244

bij 62 % overeenstemming; $\text{Chi}^2 = 30.05$, $\text{df} = 4$, $p < .001$; Kendall's tau-(b) = .21

1) ja=meerderheid ja, nee=meerderheid nee, ja/nee=geen meerderheid voor ja of nee

9.6 De tevredenheid over het gedrag van de specialist

De tevredenheid van de patiënt

Tabel 9.19 De tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de specialist

	dat deels dat is		
	is	wel/	(zeker)
	(zeker)	deels	niet
	zo	niet	zo
	%	%	%
de spec heeft de mening v/d pat bij zijn beslissingen betrokken	<u>60</u>	10	30
de spec heeft onvoldoende aandacht aan de klachten besteed	10	5	<u>85</u>
de spec heeft de informatie in begrijpelijke taal uitgelegd	<u>83</u>	5	12
de spec heeft voldoende informatie over de aandoening gegeven	<u>63</u>	12	25
de spec heeft voldoende ruimte gegeven om vragen te stellen	<u>76</u>	7	17
de spec is karig geweest in zijn mededelingen naar de pat	23	7	<u>70</u>
de spec heeft voldoende uitgelegd waarom het onderzoek/ de behandeling nodig is	<u>73</u>	6	21
de spec had meer moeten doen om de klachten te behandelen of de oorzaak van de klachten vast te stellen	15	7	<u>78</u>
de spec heeft de pat als een nummer behandeld	13	9	<u>78</u>
de spec is ongeduldig geweest als de pat iets vroeg	10	6	<u>84</u>
de spec heeft rustig de tijd genomen voor de pat	<u>76</u>	7	17

Het meest positief zijn de patiënten over de aandacht die aan de klachten en de patiënt is besteed. Het minst positief is men over de inspraak die men heeft gehad op het beleid van de specialist en de mededeelzaamheid van de specialist (tabel 9.19). De vragen over de tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de specialist zijn deels positief, deels negatief geformuleerd. De aantallen die betrekking hebben op een positief oordeel zijn

onderstreept. Van deze items is een schaal gevormd. De score op de tevredenheid kan variëren van 11 punten (totaal ontevreden) tot 55 punten (volledig tevreden). De gemiddelde score is 41.3 (SD=8.3) dat is ongeveer een 6.9 wanneer de score getransformeerd wordt naar een score van 0 tot 10. Dat wil zeggen dat de patiënten over het algemeen redelijk tevreden zijn over het gedrag van de specialist.

Het al dan niet eens met de afronding

Van de patiënten die drie maanden na het eerste consult niet meer onder behandeling of controle staan van de specialist (n=221) is 16 % het niet eens met de afronding. Deze patiënten zijn gemiddeld ontevredener (gemiddelde score 5.7) dan de patiënten die het wel eens zijn met de afronding (gemiddelde score 7; $F=13.9$, $p<.001$). Ook blijkt dat de patiënten die het niet eens zijn met de afronding minder klachten- en ongerustheidsverandering hebben ervaren dan degenen die het wel eens zijn met de afronding (respectievelijk: $\text{Chi}^2=8.29$, $df=2$, $p=.04$ en $\text{Chi}^2=8.20$, $df=2$, $p=.02$)

Het bespreken van de uitslagen van het specialistisch handelen

Een meerderheid van de patiënten (54 %) heeft de uitslagen van het specialistisch handelen van de specialist gehoord en 21 % van de huisarts. 2 % Van de patiënten zegt dat hen geen uitslagen zijn medegedeeld. De overigen hebben met zowel de huisarts als de specialist de uitslagen besproken.

De meeste patiënten (50 %) geven er de voorkeur aan dat de uitslagen van het specialistisch handelen door de specialist worden besproken, 14 % door de huisarts en de overigen maakt het niet uit.

9.7 Doorgaan met het zoeken van hulp

De groep doorzoekers is gedefinieerd als degenen die op eigen initiatief, dat wil zeggen niet op advies van de huisarts of de behandelend specialist, gedurende of na afronding van de verwijzing verder hulp zijn gaan zoeken voor de klachten waarvoor ze zijn verwezen.

Op T2 hebben 66 patiënten (N=303) aangegeven dat zij, naast de specialist waarnaar men is verwezen, nog hulp/zorg hebben gehad voor de klachten waarvoor men is verwezen van een andere hulpverlener. Van deze 66 patiënten hebben 16 patiënten op eigen initiatief, 15 patiënten op advies van de huisarts en de overige 35 patiënten op advies van de specialist deze hulp gehad. Bij de groep patiënten die op eigen initiatief hulp hebben gezocht gaat het om hulpverleners als: een specialist voor een 'second opinion', een homeopaat, een acupuncturist, een iriscopist, een gebedsgenezer of therapieën als biomagnetische mineraal therapie.

Op T2 zeggen 62 patiënten nog van plan te zijn op eigen initiatief een andere hulpverlener te raadplegen, waarvan 32 patiënten al hebben besloten een afspraak te maken en 30 patiënten het nog laten afhangen van hoe de klachten zich verder zullen ontwikkelen. Van deze 62 willen 28 een andere specialist, 6 patiënten een fysio/manueel therapeut en 28 patiënten een homeopaat, een acupuncturist, een magnetiseur, een iriscopist, een gebedsgenezer of een natuurgenezer raadplegen.

Van de 62 patiënten die zeggen nog hulp te willen zoeken na T2 blijken 16 patiënten dit op T3 ook daadwerkelijk te hebben gedaan. Bij deze 16 patiënten zijn 6 patiënten inbegrepen, die voor T2 al een hulpverlener hebben geconsulteerd, maar die tussen T2 en T3 nog een andere hulpverlener hebben opgezocht; bijvoorbeeld een patiënt die vóór T2 bij een homeopaat is geweest, heeft tussen T2 en T3 een iriscopist bezocht. Daarnaast hebben nog eens 7 patiënten die op T2 nog niet van plan zijn verder hulp te zoeken, dit op T3 wel gedaan.

Resumerend worden 33 patiënten als ‘doorzoekers’ beschouwd, 16 patiënten op T2 en 10 (16-6) plus 7 patiënten op T3. Van deze 33 patiënten hebben 7 een specialist bezocht voor een ‘second opinion’ en hebben de overige patiënten een alternatieve genezer bezocht.

9.8 De verklaring van de uitkomst van de verwijzing

9.8.1 Inleiding

In bijlage V is aangegeven dat de factoranalyse weliswaar de verwachte structuur in de uitkomstaspecten van de verwijzing geeft, maar dat de interne consistentie zo gering is dat besloten is de uitkomstaspecten bij de verklaring als aparte elementen te beschouwen. In paragraaf 9.2 is naar voren gekomen dat de overgrote meerderheid van de patiënten zich niet of een beetje ziek voelt. Het ziektegevoel is dus weinig van toepassing op de populatie patiënten in ons onderzoek en wordt daarom bij de verklaring achterwege gelaten. De verklaring beperkt zich tot de korte termijn (T1-T2), omdat alle uitkomstaspecten zich tot T1-T2 beperken, behalve de verandering van de gezondheidstoestand en de ongerustheid; bij deze aspecten is er echter geen significante verandering op de lange termijn (T2-T3).

De resultaten van de verklaring van de uitkomstaspecten wordt voorafgegaan door een tabel van de variabelen die zijn meegenomen in de analyse (in paragraaf 2.4 is beschreven waarop de keuze van de variabelen is gebaseerd). In deze tabellen is tevens de samenhang van de variabelen met het uitkomstaspect weergegeven. Bij deze univariate analyse is steeds het maximaal aantal verwijzingen gebruikt. Het aantal verwijzingen verschilt, aangezien het aantal missende waarden per verklarende variabele verschilt (voor de samenhang tussen de verklarende variabelen wordt verwezen naar bijlage IX). Het specialisme is gedichotomiseerd in de interne geneeskunde/dermatologie versus neurologie, omdat er bij de klachten- en ongerustheidsverandering hiermee een samenhang bestaat. In bijlage VIII is beschreven waarop de keuze van de analysetechnieken is gebaseerd.

9.8.2 De verklaring van de verandering van de functionele toestand (longitudinaal)

DE VERKLARENDE VARIABELEN

Tabel 9.20 De samenhang tussen de verklarende variabelen en de verandering van de functionele toestand tussen T1 en T2 (verschilscore)

	Pearson's R
<i>niet-verwijzings specifiek</i> leeftijd patiënt	.06
<i>verwijzings specifiek</i> andere hulpverl vóór verwijzing: 1=ja, 0=nee	-.00
ernst klachten	.06
aard klachten	.03
comorbiditeit: niet of wel op T1 en T2	*.15
comorbiditeit: verbetering T2 ten opzichte van T1	*.17
comorbiditeit: verslechtering T2 ten opzichte van T1	.02
specialisme: 0=interne/derma, 1=neuro	.05
verw.klachtenafname (pat): 1=ja, 0=nee,twijfel	-.05
verw.klachtenafname (ha): 1=ja, 0=nee,twijfel	.01
functionele toestand T1	<u>-.35</u>
therapie specialist: 1=ja, 0=nee	-.03
verwijsmotief: rol geruststelling pat: 1=ja, 0=nee	-.04
verwijsmotief: rol druk pat: 1=ja, 0=nee	.03
nog onder controle op T2: 1=ja, 0=nee	.04

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

DE VERKLARENDE ANALYSE

Met de in tabel 9.21 opgenomen variabelen kan 23 % van de variantie worden verklaard. Uit deze tabel blijkt dat de functionele toestand op het moment van verwijzen de belangrijkste variabele is die significant bijdraagt aan de verklaring van de verandering: hoe meer beperkt op T1, hoe groter de verbetering. De ernst van de klachten heeft bij de

univariate analyse geen significante samenhang met de verandering, wel bij de multivariate analyse. In de univariate analyse wordt de ernst van de klachten ‘ondergesneeuwd’ door de functionele toestand op T1. De verbetering van de functionele toestand is bij patiënten met ernstige klachten kleiner, dan bij patiënten met minder ernstige klachten. Als de comorbiditeit verbetert, verbetert de functionele toestand van de patiënt meer, dan wanneer de comorbiditeit gelijk blijft. Bij de patiënten met comorbiditeit is de verbetering van de functionele toestand minder groot dan bij de patiënten zonder comorbiditeit.

Tabel 9.21 Multiple regressieanalyse van de variantie in de verandering van de functionele toestand (verschilscore) N=223

	B	Beta	significantie t-waarde
functionele toestand T1 <.001	-.36	-.46	
comorbiditeit: wel of geen verbetering <.001	-9.60	-.22	
ernst klachten .009	2.66	.16	
comorbiditeit: niet of wel op T1 en T2	3.73	.16	.02
R ²	23 %		

9.8.3 De verklaring van de verandering van de klachten (retrospectief)

DE VERKLARENDE VARIABELEN

Tabel 9.22 De samenhang tussen de verklarende variabelen en het al dan niet afnemen van de klachten tussen T1 en T2 (retrospectief)

	Pearson's R
<i>niet-verwijzingsspecifiek</i>	
leeftijd patiënt	.09
<i>verwijzingsspecifiek</i>	
andere hulpverl vóór verwijzing: 1=ja, 0=nee	-.09
ernst klachten	.01
aard klachten	<u>.18</u>
comorbiditeit: niet of wel op T1 en T2	.02
comorbiditeit: verbetering T2 ten opzichte van T1	.02
comorbiditeit: verslechtering T2 ten opzichte van T1	*.13
specialisme: 0=interne/derma, 1=neuro	<u>.26</u>
verw.klachtenafname (pat): 1=ja, 0=nee, twijfel	<u>.27</u>
verw.klachtenafname (ha): 1=ja, 0=nee, twijfel	.11
therapie specialist: 1=ja, 0=nee	.11
verwijsmotief: rol geruststelling pat: 1=ja, 0=nee	-.10
verwijsmotief: rol druk pat: 1=ja 0=nee	<u>-.17</u>
nog onder controle op T2: 1=ja, 0=nee	<u>.04</u>

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

DE VERKLARENDE ANALYSE

Bij 64 % van de patiënten zijn de klachten afgenomen en bij 36 % toegenomen. Met de in tabel 9.23 opgenomen variabelen zou bij 69 % van de verwijzingen juist voorspeld kunnen worden of er bij de patiënten al dan niet klachtenafname optreedt. Dit is 5 % meer dan zonder kennis over deze variabelen juist voorspeld kan worden.

Tabel 9.23 Logistische regressieanalyse van het al dan niet afnemen van de klachten tussen T1 en T2 (N=227)

(Wald)	significantie		
	B	SE	R
verwachting klachtenafname (patiënt)	1.10	.30	.20
specialisme	.96	.32	.16
aard klachten	-.50	.22	-.10
			.02

Bij de logistische regressieanalyse draagt de verwachting over de klachtenverandering het meeste bij aan de voorspelling: een positieve verwachting gaat samen met een positieve verandering van de klachten. Bij de patiënten die naar de neurologie zijn verwezen zijn de klachten minder afgenomen (45 %) dan bij de patiënten die naar de interne geneeskunde (70 %) of de dermatologie (76 %) zijn verwezen. Ook de aard van de klachten draagt significant bij aan de voorspelling: hoe beter de klachten zijn te diagnostiseren en te behandelen en psychosociale factoren een geringere rol spelen, hoe meer de klachten zijn afgenomen. In vergelijking met de univariate analyse (tabel 9.22) draagt de comorbiditeitsverandering niet meer significant bij; de samenhang is ook zwak. Rol 'druk patiënt' verdwijnt wellicht door de samenhang die bestaat met de verwachtingen ten aanzien van de klachtenverandering.

9.8.4 De verklaring van de verandering van de ongerustheid (longitudinaal)

DE VERKLARENDE VARIABELEN

In tabel 9.24 op de volgende pagina is de samenhang weergegeven tussen de verklarende variabelen en de verandering van de ongerustheid (longitudinaal).

DE VERKLARENDE ANALYSE

Met de in tabel 9.25 opgenomen variabelen kan 43 % van de variantie worden verklaard. Evenals bij de functionele toestand is de uitgangssituatie de belangrijkste variabele die significant bijdraagt aan de verandering: hoe ongeruster op het moment van verwijzen, hoe groter de afname van de ongerustheid. Nog onder controle op T2 en het specialisme hebben bij de univariate analyse geen significante samenhang met de verandering, wel bij de multivariate analyse. Bij degene die nog onder controle staan bij de specialist en bij neurologische verwijzingen, is de ongerustheid minder afgenomen dan bij degene die niet meer onder controle staan en bij de internistische en dermatologische verwijzingen. In vergelijking met de univariate analyse (tabel 9.24) draagt de aard van de klachten niet meer significant bij; de samenhang verdwijnt wellicht door de samenhang die bestaat met

de ongerustheid op het moment van verwijzen.

Tabel 9.24 De samenhang tussen de verklarende variabelen en de ongerustheidsverandering tussen T1 en T2 (verschilscore)

	Pearson's R
andere hulpverl vóór verwijzing: 1=ja, 0=nee	.04
ernst klachten	.02
aard klachten	*.16
specialisme: 0=interne/derma, 1=neuro	.04
verw. ongerustheidsafname (pat): 1=ja, 0=nee, twijfel	-.04
verw. ongerustheidsafname (ha): 1=ja, 0=nee, twijfel	.02
ongerustheid T1	<u>-.63</u>
therapie specialist: 1=ja, 0=nee	.07
diagnostiek specialist: aantal ¹⁾	-.00
verwijsmotief: rol geruststelling pat: 1=ja, 0=nee	.03
verwijsmotief: rol druk pat: 1=ja, 0=nee	.01
<u>nog onder controle op T2: 1=ja, 0=nee</u>	<u>.07</u>

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

1) ook op onderdelen is er geen significante samenhang

Tabel 9.25 Multiple regressieanalyse van de variantie in de verandering van de ongerustheid (verschilscore) N=227

	B	Beta	significantie t-waarde
ongerustheid T1	-.65	-.65	
<.001			
nog onder controle op T2	1.13	.20	
.001			
<u>specialisme</u>	<u>.78</u>	<u>.14</u>	<u>.03</u>
R ²	43 %		

9.8.5 De verklaring van de verandering van de ongerustheid (retrospectief)

DE VERKLARENDE VARIABELEN

Bij de verklaring van de verandering van de ongerustheid tussen T1-T2 zijn de patiënten buiten de analyse gelaten die op T2 zeiden dat ze geen ongerustheidsverandering hadden ervaren ten opzichte van T1, omdat ze niet ongerust waren op T1 en op T2 nog steeds

niet ongerust zijn (20 %). Deze patiënten zouden bij de logistische regressieanalyse in de categorie ‘gelijk gebleven’ moeten worden ingedeeld; doch deze groep patiënten is niet gelijk te stellen met de patiënten die in gelijke mate ongerust zijn gebleven.

De verklarende variabelen zijn in tabel 9.26 weergegeven.

Tabel 9.26 De samenhang tussen de verklarende variabelen en de ongerustheidsverandering tussen T1 en T2 (retrospectief)

	Pearsons' R
andere hulpverl vóór verwijzing: 1=ja, 0=nee	<u>-.18</u>
ernst klachten	<u>.20</u>
aard klachten	.00
specialisme: 0=interne/derma, 1=neuro	<u>.22</u>
verw.ongerstheidsafname (pat): 1=ja, 0=nee,twijfel	*.15
verw.ongerstheidsafname (ha): 1=ja, 0=nee,twijfel	.05
therapie specialist: 1=ja, 0=nee	-.01
diagnostiek specialist: aantal ¹⁾	.08
verwijsmotief: rol geruststelling pat: 1=ja, 0=nee	-.10
verwijsmotief: rol druk pat: 1=ja, 0=nee	-.01
nog onder controle op T2: 1=ja, 0=nee	<u>-.25</u>

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

1) op de onderdelen: röntgen- en endoscopisch onderzoek is er een significante samenhang (respectievelijk $p = .04$ en $p = .003$); deze zijn ook in de logistische regressieanalyse meegenomen

DE VERKLARENDE ANALYSE

Op T2 zegt 67 % van de patiënten dat de ongerustheid is afgenomen en bij de overigen is de ongerustheid toegenomen of gelijk gebleven. Met de variabelen specialisme en nog onder controle kan bij 77 % van de verwijzingen juist voorspeld worden of er al dan niet ongerustheidsafname optreedt (tabel 9.27). Dit is 10 % meer dan zonder kennis van deze variabelen juist voorspeld kan worden.

Evenals bij de ongerustheidsverandering (longitudinaal) blijkt dat bij de patiënten die naar de neurologie zijn verwezen, de ongerustheid minder is afgenomen (41 %), dan bij de patiënten die naar de interne geneeskunde (63 %) of de dermatologie (52 %) zijn verwezen. Bij de patiënten die nog onder controle of behandeling staan van de specialist op T2 is de ongerustheid minder afgenomen (48 %) dan bij de patiënten die niet meer onder controle staan (74 %). De bijdrage van de variabelen ‘de verwachting ten aanzien van de ongerustheidsverandering’ en ‘eerder bij andere hulpverlener geweest’ verdwijnt wellicht

door de samenhang die bestaat met het specialisme en de ernst van de klacht door de samenhang die bestaat met nog onder controle op T2.

Tabel 9.27 Logistische regressieanalyse van het al dan niet afnemen van de ongerustheid tussen T1 en T2 (retrospectief) (N=218)

	significantie		R (Wald)
	B	SE	
nog onder controle op T2 <.001	-2.14	.50	-.31
specialisme <.001	1.97	.50	.29

9.8.6 De verklaring van de verandering van de kennis van de huisarts op diagnostisch gebied

DE VERKLARENDE VARIABELEN

Tabel 9.28 De samenhang tussen de verklarende variabelen en het al dan niet toenemen van de kennis van de huisarts op diagnostisch gebied tussen T1 en T2

	Pearson's R
andere hulpverl vóór verwijzing: 1=ja, 0=nee	.05
ernst klachten	.02
aard klachten	.06
specialisme: 0=interne/derma, 1=neuro	.09
verw.diagn.zek.toename ha: 1=ja, 0=nee,twijfel	.02
diagnostiek specialist: aantal	*.15
verwijsmotief: rol geruststelling pat: 1=ja, 0=nee	.02
verwijsmotief: rol druk pat: 1=ja, 0=nee	-.01
verwijsmotief: rol vrees hs: 1=ja, 0=nee	.11
zekerheid van de huisarts over de diagnose op T1	<u>.45</u>
nog onder controle op T2: 1=ja, 0=nee	<u>-.16</u>

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

Er bestaat een zwakke samenhang met de door de specialist verrichte diagnostiek. In tabel 9.29 op de volgende pagina is de door de specialist verrichte diagnostiek opgesplitst. Hieruit blijkt dat er een significante relatie bestaat met de verrichtingen: bloedchemie, urineonderzoek en endoscopie.

DE VERKLARENDE ANALYSE

Voor de logistische regressieanalyse zijn de verrichtingen, waarmee een significante relatie in tabel 9.29 bestaat, ook in de analyse meegenomen. De kennis van de huisarts op diagnostisch gebied is bij 74 % van de verwijzingen toegenomen en bij 26 % niet toegenomen. De zekerheid van de huisarts over de diagnose op T1 draagt als enige variabele bij aan de voorspelling (tabel 9.30 op de volgende pagina). Dit is een verbetering van 3 %. Als de huisarts niet zeker is over de diagnose op het moment van verwijzen dan is er in 87 % van de gevallen een toename in de kennis op diagnostisch gebied; als de huisarts zeker is, is de toename 45 %.

Tabel 9.29 De door de specialist verrichte diagnostiek en de verandering van de kennis van de huisarts op diagnostisch gebied

verrichte diagnostiek	diagnostische kennis toename huisarts		n	p
	ja %	nee %		
hematologie	80	20	138	n.s
bloedchemie	80	20	138	<.05
serologie	73	27	26	n.s
urineonderzoek	84	16	86	<.05
faecesonderzoek	89	11	19	n.s
liquoronderzoek	0	100	2	n.s
sputumonderzoek	83	17	6	n.s
röntgenonderzoek	79	21	130	n.s
echografie	81	19	43	n.s
electrografie	80	20	113	n.s
endoscopie		88	12	60
<.01				
ander onderzoek	79	21	97	n.s

Tabel 9.30 Logistische regressieanalyse van het al dan niet toenemen van de kennis van de huisarts op diagnostisch gebied tussen T1 en T2 (N=224)

(Wald)	B	SE	significantie R
zekerheid van de huisarts over de diagnose op T1	-2.11	.34	-.38
<.001			

9.8.7 De verklaring van de verandering van de kennis van de patiënt op

diagnostisch gebied

DE VERKLARENDE VARIABELEN

In tabel 9.31 op de volgende pagina is de samenhang tussen de verklarende variabelen en de verandering van de kennis van de patiënt op diagnostisch gebied weergegeven. Uit deze tabel blijkt dat er geen significante relatie bestaat met het aantal diagnostische verrichtingen, zoals bij de verandering van de kennis van de huisarts naar voren komt. In tabel 9.32 is de diagnostiek opgesplitst. Uit deze tabel blijkt dat er wel een significante relatie met de verrichtingen: hematologie, bloedchemie, urineonderzoek en endoscopie bestaat. Deze verrichtingen zijn ook in de logistische regressieanalyse meegenomen.

Tabel 9.31 De samenhang tussen de verklarende variabelen en het al dan niet toenemen van de kennis van de patiënt op diagnostisch gebied tussen T1 en T2

	Pearson's R
andere hulpverl vóór verwijzing: 1=ja, 0=nee	-.09
ernst klachten	.06
aard klachten	.02
specialisme: 0=interne/derma, 1=neuro	.12
verw.diagn.zek.toename pat: 1=ja, 0=nee,twijfel	-.08
zekerheid van de patiënt over de diagnose op T1	<u>.19</u>
diagnostiek specialist: aantal ¹⁾	.12
verwijsmotief: rol geruststelling pat: 1=ja, 0=nee	.06
verwijsmotief: rol druk pat: 1=ja, 0=nee	-.06
nog onder controle op T2: 1=ja, 0=nee	-.07

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

1) in tabel 9.32 is de diagnostiek op onderdelen weergegeven

Tabel 9.32 De door de specialist verrichte diagnostiek en de verandering van de kennis van de patiënt op diagnostisch gebied

verrichte diagnostiek	diagnostische kennis toename patiënt			p
	ja %	nee %	n	
hematologie	74	26	139	<.01
bloedchemie	73	27	139	<.01
serologie	67	33	27	n.s
urineonderzoek	75	25	84	<.05
faecesonderzoek	70	30	20	n.s
liquoronderzoek	0	100	2	n.s
sputumonderzoek	80	20	5	n.s
röntgenonderzoek	67	33	134	n.s
echografie	76	24	41	n.s
electrografie	66	34	117	n.s
endoscopie		81	19	59
<.01				
ander onderzoek	67	33	99	n.s

DE VERKLARENDE ANALYSE

De kennis van de patiënt op diagnostisch gebied is bij 65 % van de verwijzingen toegenomen en bij 35 % gelijk gebleven. Met de variabelen zekerheid over de diagnose op het moment van verwijzen en endoscopie zou bij 68 % van de verwijzingen juist voorspeld kunnen worden of er bij de patiënt al dan niet een toename in kennis op diagnostisch gebied optreedt. Dit is 3 % meer dan zonder kennis van deze variabelen juist voorspeld kan worden. Als de patiënt zeker is over de diagnose op het moment van verwijzen dan is er bij 48 % van de verwijzingen een toename in diagnostische kennis, is de patiënt niet zeker dan is dit bij 70 % van de verwijzingen het geval.

Tabel 9.33 Logistische regressieanalyse van het al dan niet toenemen van de kennis van de patiënt op diagnostisch gebied tussen T1 en T2 (N=233)

(Wald)	B	SE	significantie R	
zekerheid van de patiënt over de diagnose op T1	-.89	.34	-.13	.01
endoscopie		.98	.39	.12
.01				

9.8.8 De tevredenheid over het gedrag van de huisarts

DE VERKLARENDE VARIABELEN

Tabel 9.34 De samenhang tussen de verklarende variabelen en de tevredenheid over het gedrag van de huisarts

	Pearson's R
<i>niet-verwijzingsspecifiek</i>	
leeftijd patiënt	<u>.19</u>
geslacht patiënt: 0=man, 1=vrouw	.00
opleiding patiënt: 0=rest, 1=HBO/UNIV.	.12
verzekeringsvorm patiënt: 0=ZV, 1=PV	<u>.19</u>
verwachtingen: gedrag huisarts	<u><u>-.24</u></u>
<i>verwijzingsspecifiek</i>	
duur van de klachten	-.01
aantal huisarts-consulten	<u>-.20</u>
andere hulpverl vóór verwijzing: 1=ja, 0=nee	* <u>-.13</u>
ernst klachten ¹⁾	.10
aard klachten ¹⁾	<u>.20</u>
functionele toestand T1	<u>-.16</u>
ongerustheid T1	<u>-.16</u>
zekerheid over de diagnose (pat) T1: 1=ja, 0=nee	<u>.16</u>
verwijsmotief: rol geruststelling pat: 1=ja, 0=nee	<u>-.25</u>
verwijsmotief: rol druk pat: 1=ja, 0=nee	<u>-.22</u>

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

1) in afwijking van de andere uitkomstaspecten is hier de ernst en de aard van de klachten op basis van huisartsinformatie

DE VERKLARENDE ANALYSE

Met de in tabel 9.35 opgenomen variabelen kan 24 % van de variantie worden verklaard. De uitkomst van de multiple regressieanalyse laat zien dat de leeftijd van de patiënt de belangrijkste variabele is die de variantie in de tevredenheid verklaart. Dat wil zeggen als men ouder is, is men tevredener over het gedrag van de huisarts. Particulier verzekerden zijn tevredener dan ziekenfondsverzekerden. Daarnaast blijkt dat, hoe lager de verwachting van de patiënt over het gedrag van de huisarts (de huisarts hoeft niet tegemoet te komen aan de wensen van de patiënt en het zekere voor het onzekere te nemen), hoe tevredener de patiënten zijn. De patiënten die niet ter geruststelling zijn verwezen zijn tevredener dan de patiënten die wel ter geruststelling zijn verwezen. De bijdrage van de andere variabelen, waarmee bij de univariate analyse een significante samenhang bestaat, verdwijnt wellicht door de samenhang die met de in tabel 9.35 opgenomen variabelen bestaat.

Tabel 9.35 Multiple regressieanalyse van de variantie in de tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de huisarts (N=227)

	B	Beta	significantie t-waarde
<i>niet-verwijzingsspecifiek</i>			
leeftijd patiënt	.03	.28	
<.001			
verwachtingen: gedrag huisarts	-.39	-.26	
<.001			
verzekeringsvorm patiënt	.60	.14	.03
<i>verwijzingsspecifiek</i>			
verwijsmotief: rol geruststelling	-1.02	-.27	
<.001			
R ²	24 %		

9.8.9 De tevredenheid over het gedrag van de specialist

DE VERKLARENDE VARIABELEN

De samenhang tussen de verklarende variabelen en de tevredenheid over het gedrag van de specialist is in tabel 9.36 op de volgende pagina weergegeven.

DE VERKLARENDE ANALYSE

Met de in tabel 9.37 opgenomen variabelen kan 14 % van de variantie worden verklaard. De verwachtingen van de patiënt over het gedrag van de specialist is de belangrijkste variabele die de variantie in de tevredenheid verklaart. Hoe hoger de verwachting over het gedrag van de specialist (aandacht voor de patiënt als persoon en aandacht voor de klachten), hoe tevredener de patiënt is. Hoger opgeleiden zijn tevredener, dan lager opgeleiden. Als de patiënt weet wat de oorzaak van de klachten is, is deze tevredener, dan wanneer deze niet weet wat de oorzaak is van de klachten. Verder blijkt dat hoe minder ongerust, hoe tevredener. De variabelen, waarmee een significante relatie bij de univariate analyse bestaat (behalve de leeftijd van de patiënt), dragen allen significant aan de multiple regressieanalyse bij. De bijdrage van de leeftijd verdwijnt wellicht door de samenhang die bestaat met de verwachtingen van de patiënt.

Tabel 9.36 De samenhang tussen de verklarende variabelen en de tevredenheid over het gedrag van de specialist

	Pearson's R
<i>niet-verwijzingsspecifiek</i>	
leeftijd patiënt	*.14
geslacht patiënt: 0=man, 1=vrouw	.05
opleiding patiënt: 0=rest, 1=HBO/UNIV.	<u>.20</u>
verzekeringsvorm patiënt: 0= ZV, 1=PV	.10
verwachtingen: gedrag van de specialist	<u>.20</u>
<i>verwijzingsspecifiek</i>	
andere hulpverl vóór verwijzing: 1=ja, 0=nee	-.08
ernst klachten	-.03
aard klachten	.13
specialisme: 0=interne/derma, 1=neuro	.12
functionele toestand T2	-.10
ongerustheid T2	<u>-.18</u>
zekerheid over de diagnose T2 (pat): 1=ja, 0=nee	<u>.16</u>
verwijsmotief: rol geruststelling pat: 1=ja, 0=nee	-.11
verwijsmotief: rol druk pat: 1=ja, 0=nee	.00
nog onder controle op T2: 1=ja, 0=nee	.06

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

Tabel 9.37 Multiple regressieanalyse van de variantie in de tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de specialist (N=223)

	B	Beta	significantie t-waarde
<i>niet-verwijzingsspecifiek</i>			
verwachtingen: gedrag specialist	.27	.21	
	.001		
opleiding patiënt	.93	.17	.02
<i>verwijzingsspecifiek</i>			
zekerheid over de diagnose T2	.57	-.15	.01
ongerustheid T2	-.14	-.15	.02
R ²	14 %		

9.8.10 Het doorgaan met het zoeken van hulp

DE VERKLARENDE VARIABELEN

In paragraaf 9.7 is vermeld dat 11 % van de patiënten tijdens of na afronding van de verwijzing op eigen initiatief (niet op advies van de huisarts of de specialist) door is

gegaan met het zoeken van hulp bij een andere specialist of in het alternatieve medische circuit. Om de vergelijking tussen de groep doorzoekers en niet-doorzoekers zo zuiver mogelijk te houden zijn 13 patiënten uit de niet-doorzoekersgroep buiten de analyse gehouden. Zij kunnen retrospectief als doorzoeker worden beschouwd, omdat zij vóór de verwijzing op eigen initiatief als eens een specialist of een hulpverlener uit het alternatieve medische circuit hadden geraadpleegd voor de klachten waarvoor ze nu zijn verwezen. Zij zitten als het ware tussen beide groepen in. Aan het slot van deze paragraaf worden ter illustratie, aan de hand van een aantal ziektegeschiedenissen, de motieven genoemd van de patiënten die door zijn gegaan met het zoeken van hulp.

In tabel 9.38 is de samenhang tussen de verklarende variabelen en het al dan niet doorgaan met het zoeken van hulp weergegeven.

Tabel 9.38 De samenhang tussen de verklarende variabelen en het al dan niet doorgaan met het zoeken van hulp

	Pearson's R
<i>niet-verwijzingsspecifiek</i>	
leeftijd patiënt	-.18
geslacht patiënt: 0=man, 1=vrouw	*.15
opleiding patiënt: 0=rest, 1=HBO/UNIV.	-.04
verzekeringsvorm patiënt: 0=ZV, 1=PV	-.04
locus of control: intern	*.12
locus of control: arts	-.08
locus of control: toeval	.05
<i>verwijzingspecifiek</i>	
andere hulpverlener vóór verwijzing: 1=ja, 0=nee	<u>.22</u>
duur klachten	-.05
aantal huisarts-consulten	-.04
ernst klachten	-.01
aard klachten	-.19
specialisme: 0=interne/derma, 1=neuro	<u>.24</u>
comorbiditeit op T2: 1=ja, 0=nee	.01
functionele toestand T2	<u>.24</u>
ongerustheid T2	<u>.28</u>
zekerheid over de diagnose T2 (pat): 1=ja, 0=nee	-.25
eens met afronding op T2: 1=ja, 0=nee	*-.13

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

DE VERKLARENDE ANALYSE

Met de in tabel 9.39 opgenomen variabelen kan bij 92 % van de verwijzingen juist worden voorspeld of patiënten al dan niet doorgaan met het zoeken van hulp gedurende of na afronding van de verwijzing. Dit is 3 % meer dan zonder kennis over deze variabelen juist voorspeld kan worden. Naar voren komt dat vrouwen frequenter elders hulp hebben gezocht dan mannen. De verdeling van de doorzoekers is man: 21 %, vrouw: 79 % en van de niet-doorzoekers man: 44 %, vrouw: 56 %. Daarnaast blijkt dat de

doorzoekers in vergelijking met de niet-doorzoekers van mening zijn dat ziekte en gezondheid meer van artsen afhankelijk is dan van hen zelf. De functionele toestand van de patiënt op T2 draagt het meeste bij aan de voorspelling. De gemiddelde score op de functionele toestand-schaal is voor de doorzoekers: 23 % en voor de niet-doorzoekers 11 %. Opvallend is dat de groep doorzoekers niet alleen op T2, maar ook op T1 meer beperkt is in het functioneren, gemiddelde score: 26 %, voor de niet-doorzoekers: 14 %. 73 % Van de doorzoekers weet niet wat de oorzaak is van de klachten, terwijl 44 % van de niet-doorzoekers zegt de oorzaak niet te weten.

Bij de univariate analyse is er een samenhang met de leeftijd van de patiënt. De bijdrage van deze variabele verdwijnt wellicht door de samenhang die bestaat met de locus of control. Verder dragen de variabelen: eerdere contacten met andere hulpverlener, de aard van de klachten, het specialisme, de ongerustheid en al dan niet eens met de afronding niet meer significant bij, bij de multivariate analyse. Met deze variabelen bestaat een samenhang met de functionele toestand en de zekerheid over de diagnose op T2.

Tabel 9.39 Logistische regressieanalyse van het al dan niet doorgaan met het zoeken van hulp (N=200)

	significantie		R	(Wald)
	B	SE		
<i>niet-verwijzingsspecifiek</i>				
locus of control: intern	.47	.17	.21	
.005				
geslacht	1.51	.65	.16	.02
locus of control: arts	-.34	.16	-.13	.04
<i>verwijzingsspecifiek</i>				
functionele toestand T2	.06	.02	.30	
<.001				
zekerheid over de diagnose T2	-1.54	.55	-.20	
.005				

Bij de doorzoekers is nagegaan welke diagnoses (volgens de huisarts) vaker dan één maal voorkomen en of de frequentie van voorkomen verschilt van de frequentie bij de niet-doorzoekers, zowel op T1 als T2 (tabellen 9.40 en 9.41).

De diagnoses spanningshoofdpijn, constitutioneel eczeem en costoclaviculair compressie syndroom komen op T2 in de groep doorzoekers significant vaker voor dan bij de overige verwijzingen. Op T1 komen rugklachten, zonder dat er gedacht wordt aan een HNP, significant vaker voor. Deze diagnoses veranderen op T2 in respectievelijk psychisch, geen neurologische afwijking, geen organisch substraat en geen diagnose.

Het is opvallend dat met name de diagnoses, waarbij psychische factoren een belangrijke rol spelen, in de groep doorzoekers vaak voorkomen.

Bij de vergelijking van de diagnose van de patiënt met de diagnoses van de huisarts en de specialist valt het volgende op:

Bij 9 van de 33 verwijzingen hebben patiënt, huisarts en specialist op het tweede

meetmoment ongeveer dezelfde opvatting over de diagnose. Bij de overige verwijzingen is er discrepantie tussen het oordeel van de artsen en het oordeel van de patiënt. Bij 7 van de 24 verwijzingen worden de klachten door de huisarts en de specialist psychisch geïdentificeerd, terwijl de patiënt denkt aan een somatische oorzaak of een psychische oorzaak afwijst of betwijfelt. Bij één van deze verwijzingen doet zich een interessante verschuiving van de gedachten over de diagnose voor. Op het moment van verwijzen denkt de patiënt dat het hyperventilatie is. Op het tweede meetmoment zijn de artsen tot de conclusie gekomen dat de klachten een psychische achtergrond hebben, terwijl de patiënt op dat moment aan een hernia als oorzaak voor de klachten denkt.

Tabel 9.40 Vergelijking van de diagnoses van de huisarts van de doorzoekers en de niet-doorzoekers op T2

diagnose	aantal doorzoekers	aantal niet-doorzoekers	significantie toets ³⁾
psychogeen ¹⁾	3	8	niet significant
spanningshoofdpijn	5	5	chi ² =11.85 df=1 p<.01
constitutioneel eczeem	3	1	chi ² =17.70 df=1 p<.01
spastisch colon	2	11	niet significant
costo claviculair compressie syndroom	2	1	chi ² =4.57 df=1 p<.05
geen diagnose	5	14	niet significant
diagnose uitgesloten ²⁾	3	13	niet significant

- 1) als diagnose is door de huisarts een formulering gebruikt als: 'psychisch', 'spanningen', 'nervositas' etc.
- 2) diagnostische conclusies als: 'geen neurologische afwijkingen' en 'geen cardiale pathologie'
- 3) Yates correctie

Tabel 9.41 Vergelijking van de diagnoses van de huisarts van de doorzoekers en de niet-doorzoekers op T1

diagnose	aantal doorzoekers	aantal niet-doorzoekers	significantie toets ¹⁾
psychogeen	3	5	niet significant
eczeem (incl. constitutioneel/seborroïsch)	4	12	niet significant
spastisch colon	2	4	niet significant
carpale tunnel syndroom	2	4	niet significant
lumbago/pseudoradiculaire prikkeling	4	1	chi ² =17.6 df=1 p<.01
geen diagnose	9	47	niet significant

- 1) Yates correctie

Motieven voor het doorgaan met het zoeken van hulp

Tot slot worden hieronder de motieven genoemd van de patiënten die door zijn gegaan met het zoeken van hulp voor hun klachten. De motieven van de patiënten kunnen globaal in vier categorieën worden ingedeeld. De volgorde van de motieven komt overeen met de frequentie van voorkomen van de motieven. Per motief worden willekeurig gekozen casussen beschreven. Bij een aantal casussen speelt meer dan één motief een rol. Deze casussen zijn ingedeeld bij het motief dat het meest op de voorgrond staat.

1. Bij deze patiënten ligt de nadruk op het zoeken naar erkenning voor de klacht; men voelt zich niet serieus genomen; men blijft zich ongerust maken over de klachten, omdat men van de reguliere artsen geen bevredigend antwoord heeft gekregen over de oorzaak van de klachten. Het zoeken naar erkenning voor de klachten vindt plaats bij de reguliere geneeskunde en/of bij de niet-reguliere geneeskunde. Casus 1 tot en met 4 zijn hier voorbeelden van.
2. Deze patiënten weten min of meer wat er aan de hand is en zijn niet primair ongerust, maar omdat de klachten blijven bestaan, bezoeken ze alternatieve genezers. Casus 5 tot en met 7 illustreren dit motief.
3. Deze patiënten hebben onvoldoende baat gehad bij een behandeling door de reguliere geneeskunde. Voorbeeld hiervan is casus 8.
4. Deze patiënten maken gebruik van alternatieve genezers, niet omdat men afkerig is van de reguliere geneeskunde of er onvoldoende baat bij hebben gehad, maar omdat men veel waarde hecht aan de natuurgeneeswijze. Casus 9 is hiervan een voorbeeld.

Casusbeschrijvingen

Casus 1

Mevr. F, 35 jaar, heeft sinds 6 weken bizarre klachten, welke door de huisarts worden bestempeld als hypochondrie. Patiënte wordt naar de neuroloog verwezen. Ze is echter bang dat de klachten aan spanningen toegeschreven zullen worden. Ze is 6 jaar geleden overspannen geweest en na die periode zijn al haar klachten aan die spanningen toegeschreven. Ze zegt dan ook altijd heel lang te wachten alvorens naar de huisarts te gaan. Ze heeft geen enkel vertrouwen in de verwijzing. De neuroloog kan niets vinden en adviseert een psychiater te raadplegen. Ze is hier erg verontwaardigd over. Mevr. besluit naar de homeopaat te gaan, met name zegt ze om erkenning voor haar klachten (lichamelijk) te krijgen. Deze arts zegt dat ze niet overspannen is en er wel degelijk iets lichamelijks aan de hand is; maar omdat het niet de huisarts van patiënte is, kan deze haar niet naar de specialist verwijzen. Op het derde meetmoment vertelt ze dat de klachten iets beter zijn geworden, ze weet niet waardoor. De ongerustheid over de klachten blijft hetzelfde. Mevrouw deelt ons mee dat ze van plan is een andere huisarts te nemen 'die meer naar je luistert'. Ze blijft af en toe de homeopaat bezoeken.

Casus 2

Mevr. G, 39 jaar, heeft sinds 1 jaar last van pijnlijke tintelende handen, 24 uur per dag, hoofdpijn en moeheid. Ze is voor ze nu verwezen wordt naar de internist al bij een neuroloog en een orthopeed geweest, die diverse onderzoeken hebben gedaan, doch dit heeft niets opgeleverd. De internist kan niets vinden, 'de doorbloeding van de handen en

de voeten zou slecht zijn'. Ze is slecht te spreken over haar huisarts. De huisarts zegt steeds 'zie je nou wel, er is niets aan de hand, want ze kunnen niets vinden'. Op T2 zegt mevr. dat de klachten zijn toegenomen, ze heeft dan ook besloten naar een iriscopist te gaan. Deze vertelt haar dat ze 'vuil bloed en vaste spieren' heeft. Ze krijgt verschillende middelen voorgeschreven, die de klachten hebben doen afnemen. Mevr. merkt in het interview op: 'volgens mij wordt er, als er niet direct een oorzaak te vinden is, te gauw gedacht het kan wel psychisch zijn, maar direct gezegd wordt het niet. Wel wordt gezegd: als de pijn te erg wordt, kom je maar terug. Dus dan is er toch iets waar verder naar gezocht kan worden'.

Casus 3

Mevr. P, 23 jaar, heeft al enkele jaren hoofdpijn. Met daarbij klachten als zweverigheid, duizeligheid en doorlopend verkouden. Ze heeft geen flauw idee wat de oorzaak van de klachten is, misschien een bijholteontsteking. Ze heeft zelf al veel 'gedokterd'. Ze wordt verwezen naar de neuroloog. Het onderzoek levert niets op: 'alles was goed'. Ze bezoekt een homeopaat, omdat de uitslag van de specialist niet bevredigend is. 'Er zou niets in het lichaam aan de hand zijn, maar ik voel me toch niet 100%. Dus de aanhouder wint, ik zoek rustig verder'. De homeopaat schrijft haar medicijnen voor. Ze beschrijft hoe de huisarts en de specialist op haar klachten reageerden. 'De huisarts adviseerde: doe maar rustig aan, het weer, de drukte enz. spelen vast een rol. Dit had de specialist tijdens het consult ook al gezegd: het zal allemaal wel een rol spelen: veranderlijk weer, net getrouwd en verhuisd. Dit in tegenstelling tot de homeopaat die, omdat hij goed luisterde en de klachten combineerde een vermoedelijke oorzaak gevonden heeft en hiervoor een behandeling geeft'.

Casus 4

Mevr. E, 19 jaar, heeft sinds 3 jaar maag- en darmklachten, altijd diarree. Ze is al twee maal eerder verwezen naar een specialist die haar uitgebreid heeft onderzocht en de diagnose spastisch colon vaststelde. 'Ze moest ermee leren leven'. De specialist had dit volgens mevr. op een toon gezegd alsof hij tevens zei 'je moet je niet zo aanstellen'. Ook de huisarts zei dat ze ermee moest leren leven. Reeds eerder heeft ze een homeopaat en een iriscopist bezocht voor de klachten. Ze heeft verschillende medicijnen en middeltjes gehad, waarbij mevr. geen baat vond. Ze wordt nu weer naar de zelfde specialist verwezen, omdat de klachten 'ondragelijk zijn'. De diagnose wordt echter weer bevestigd. Mevr. is na het laatste consult bij de specialist direct naar een natuurgenezer gegaan, die constateerde dat ze naast spastisch colon ook de ziekte van Crohn had. Hij adviseerde bepaalde medicijnen te staken en kreeg druppels tegen darmkrampen en diarree. Gelijk kreeg patiënt bruine urine en pijn. De natuurgenezer stelde vast dat mevr. nierstenen had en kreeg een middel om de nierstenen te vergruizen. Volgens mevr. geeft de natuurgenezer haar weer 'hoop', er gebeurt iets. De klachten zijn op T3 afgenomen: 'ze doet weer alles'. Mevr. wijt dit aan het goede persoonlijke contact en de medicijnen van de natuurgenezer.

Casus 5

Dhr. R, 30 jaar, heeft al 3 jaar ernstige hoofdpijnklaarten. De huisarts heeft geen idee waardoor de klachten worden veroorzaakt en de patiënt wordt naar de neuroloog verwezen. De specialist deelt mee dat er geen lichamelijke afwijkingen zijn gevonden. Hierdoor is de patiënt wel wat gerustgesteld. De klachten blijven echter hetzelfde en worden na een maand heviger, wat voor patiënt reden is om een natuurgenezer te raadplegen. Bij deze genezer vindt dhr. geen baat en hij wil het graag 'hogerop' zoeken. Hij vraagt om een verwijzing naar het academisch ziekenhuis. Hier krijgt dhr. te horen dat de klachten te maken hebben met spierspanning en wordt naar een fysiotherapeut verwezen en krijgt medicatie bij heftige pijn. Dhr. kan op het derde meetmoment nog niet zeggen of hij bij deze behandeling baat heeft.

Casus 6

Mevr. L, 24 jaar, heeft sinds 3 maanden vreselijke hoofdpijn, gedurende de gehele dag. Zij geeft aan dat zij overspannen is en dat de klachten te maken hebben met spanningen op de schouderpijnen. Voor de verwijzing naar de specialist heeft zij een iriscopist bezocht, die haar druppels voorschreef, die wel wat hielpen. Verder zijn er al eens eerder röntgenfoto's gemaakt van het hoofd en de nek, welke geen bijzonderheden aan het licht brachten. Ook is zij onder behandeling geweest van een haptonoom, die haar ontspanningsoefeningen heeft geleerd (11 consulten). Mevr. is door deze behandeling 2 weken zonder hoofdpijn geweest. Mevr. heeft de neuroloog, waarnaar zij is verwezen, 1x bezocht. Dit heeft niets opgeleverd. De klachten zouden inderdaad worden veroorzaakt door spierspanningen. Op T2 is de hoofdpijn iets minder geworden. Zij heeft inmiddels een magnetiseur in de hand genomen. Op T3 is de hoofdpijn een stuk beter geworden. Volgens mevr. komt dit door de hulp van de iriscopist en de magnetiseur. Ze heeft ook ontslag genomen bij het bedrijf waar ze werkte, omdat dit werk haar veel spanningen gaf. Opvallend is dat mevr. op T3 aangeeft dat haar ongerustheid over de klachten verdwenen is, omdat in het ziekenhuis is aangetoond 'dat ze geen tumor in het hoofd heeft'. Bij het eerste interview heeft mevr. hierover niets gezegd en antwoordde ze ontkennend op de vraag: maakt u zich ook zorgen dat de aandoening levensbedreigend is?

Casus 7

Mevr. J, 20 jaar, heeft sinds 3 maanden eczeem op handen en gezicht. Voor deze klachten heeft ze al eens een homeopaat bezocht. Ze heeft nu zelf om een verwijzing naar de dermatoloog gevraagd. De huisarts vond dit volgens mevrouw wel verstandig. Eerst zegt de specialist dat het geen allergie is, doch komt er later op terug. Deze constateert dat ze allergisch is voor bepaalde stoffen, maar stelt geen behandeling in. Mevrouw besluit opnieuw de homeopaat te raadplegen. Volgens de homeopaat is het 'zelfvergiftiging door verminderde werking van de lever'. Hij stelt een behandeling in wat goed helpt. Ze wil echter toch alsnog een dermatoloog in een academisch ziekenhuis raadplegen voor nader onderzoek. Ze had over deze dermatoloog gehoord van kennissen. Op het derde meetmoment zegt ze deze stap nog niet te hebben genomen, omdat de huidafwijkingen redelijk te dragen zijn.

Casus 8

Mevr. V, 31 jaar, heeft sinds 3 maanden last van jeuk en huiduitslag. Ze is al eens eerder bij de dermatoloog geweest, waarnaar ze nu wordt verwezen. Ze krijgt zalven die niet afdoende blijken te zijn. Ze is daarom naar een natuurgenezer gegaan. Van kennissen gehoord, die er veel baat bij hadden gehad. Sinds een week gebruikt ze de zalven op natuurbasis en blijken aardig te helpen.

Casus 9

Mevr. M, 76 jaar, wordt verwezen door de huisarts op verdenking van de ziekte van Parkinson. Zelf denkt mevrouw dat er een bacil in haar lichaam zit. Op het tweede meetmoment geeft ze ook aan dat ze de ziekte van Parkinson heeft. Op T2 zijn de klachten en de ongerustheid hetzelfde gebleven, hoewel ze medicatie van de specialist heeft gekregen. Mevrouw besluit daarom weer de homeopaat te raadplegen, die zij ook voordat zij naar de neuroloog werd verwezen, al eens bezocht heeft voor dezelfde klachten. Op T3 vertelt mevrouw dat de klachten zijn afgenomen en ook de ongerustheid. Zij wijt dit zelf aan een combinatie van de homeopathische middelen en de voorgeschreven medicijnen van de specialist. Mevr. zegt een sterke voorkeur te hebben voor de natuurgeneeswijze. Zij heeft kasten vol boeken over dit onderwerp.

9.9 Samenvatting en beschouwing

Samenvatting

Het antwoord op de vraag ‘Wat heeft de verwijzing opgeleverd met betrekking tot de gezondheidstoestand, ongerustheid en diagnostische kennis?’ luidt kort gezegd: bijna iedere verwijzing heeft wel iets opgeleverd; er zijn slechts 5 verwijzingen die niets opleveren (tabel 9.42). Het uitkomstaspect dat het meest frequent verbetert, is de kennis van de huisarts op diagnostisch gebied. Gaat het slechts om de verbetering van één uitkomstaspect, dan betreft het ook in de meeste gevallen een toename in de kennis van de huisarts op diagnostisch gebied. Vier verwijzingen leveren alleen een afname van de ongerustheid van de patiënt op.

Tabel 9.42 Frequentieverdeling van het aantal uitkomstaspecten waarbij sprake is van een positieve verandering tussen T1 en T2

score	0	1	2	3	4	5	6	7
aantal verwijzingen								
% (N=272)	2	4	14	17	21	23	13	6

DE VERANDERING VAN DE GEZONDHEIDSTOESTAND EN ONGERUSTHEID

Op het moment van verwijzen ervaart een grote meerderheid van de patiënten een beperking in het functioneren, met name op recreatief gebied en met betrekking tot het uitoefenen van het beroep of het huishoudelijk werk. Iets minder dan de helft van de patiënten voelt zich ziek en ongeveer driekwart van de patiënten is ongerust over de klachten. Op het derde meetmoment is tweederde van de patiënten nog steeds beperkt in het functioneren, terwijl een derde zich nog ziek voelt en ongeveer de helft nog ongerust is.

Over de hele periode gezien is er een significante verbetering in de functionele toestand en de ongerustheid; deze treedt vooral op in de eerste drie maanden (T1-T2). Daarna verbetert de situatie niet significant (T2-T3). Retrospectief ziet de situatie er anders uit. De meeste patiënten ervaren afname van de klachten en de ongerustheid in de eerste drie maanden, maar ook daarna ervaart de helft van de patiënten afname van de klachten en een kwart afname van de ongerustheid.

Het oordeel van de huisarts en de specialist over de klachten- en ongerustheidsverandering hangt matig samen met het oordeel van de patiënt over de klachten- en ongerustheidsverandering. Huisarts en specialist geven in ongeveer een kwart tot een derde van de gevallen aan dat ze niet weten of de klachten of de ongerustheid zijn afgenomen.

DE VERANDERING VAN DE KENNIS OP DIAGNOSTISCH GEBIED

Bij iets meer dan de helft van de verwijzingen is de diagnostische zekerheid van de huisarts toegenomen, bij bijna een tiende van de verwijzingen neemt de zekerheid af en bij de overige verwijzingen blijft de zekerheid gelijk. Bij 42 % van de verwijzingen is de diagnose gelijk gebleven en bij een kwart van de verwijzingen is de diagnose van de

huisarts vervangen door een andere diagnose; bij de overige verwijzingen wordt de diagnose nader gespecificeerd, een diagnose uitgesloten of een diagnose gesteld.

Bij ruim een kwart van de verwijzingen verandert er niets aan de diagnose en/of diagnostische zekerheid. Een geringe vooruitgang in diagnose en/of diagnostische zekerheid treedt op bij ruim een derde van de verwijzingen. Bij het overige deel van de verwijzingen treedt een sterke vooruitgang op.

Bij tweederde van de patiënten is sprake van een toename van de kennis op diagnostisch gebied; bij de overige patiënten is de kennis gelijk gebleven. Een toename van de kennis betekent dat de patiënt weet wat er aan de hand is, terwijl men dit op T1 nog niet wist, of dat er een bepaalde diagnose is uitgesloten, of dat men te horen heeft gekregen dat er niets aan de hand is.

DE NOODZAAK VAN DE VERWIJZING

De patiënt is achteraf (op het tweede meetmoment) het meest overtuigd van de noodzaak van de verwijzing in vergelijking met de huisarts, de specialist en de onafhankelijke artsen. Het oordeel van de patiënt hangt samen met het oordeel van de specialist en de onafhankelijke artsen, maar niet met het oordeel van de huisarts.

DE TEVREDENHEID OVER HET GEDRAG VAN DE ARTSEN

Over het algemeen zijn de patiënten redelijk tevreden over het gedrag van de artsen; de specialist krijgt een iets hoger rapportcijfer dan de huisarts (respectievelijk 6.9 en 6.5). 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 vijfde deel van de patiënten had eerder verwezen willen worden. De minste kritiek ontvangt de huisarts over de gelegenheid die de huisarts de patiënt had moeten geven om vragen te stellen of dat de huisarts meer had moeten doen om zelf de klachten te behandelen of de oorzaak vast te stellen. Het oordeel van de patiënt over het gedrag van de specialist is het meest positief over de aandacht die de specialist aan de klachten heeft besteed; het minst positief is men over de inspraak die men heeft gehad in het behandelingsbeleid en over de mededeelzaamheid van de specialist. Ongeveer een tiende van de patiënten bij wie de specialistische zorg is afgerond is het niet eens met deze afronding. Deze patiënten ervaren minder afname van de klachten en de ongerustheid dan de patiënten die het wel eens zijn met de afronding. Een kritiekpunt van sommige patiënten was dat ze soms naar de huisarts moesten voor het bespreken van de uitslagen van het specialistisch onderzoek. De meeste patiënten geven er de voorkeur aan dat de uitslagen van het specialistisch onderzoek door de specialist worden besproken en niet door de huisarts.

HET DOORGAAN MET HET ZOEKEN VAN HULP

11 % Van de patiënten zoekt op eigen initiatief (niet op advies van de huisarts of de specialist) tijdens of na de verwijzing nog elders hulp. Het gaat om hulp van onder anderen de homeopaat, de iriscopist of de acupuncturist of men gaat naar een andere specialist voor een 'second opinion'.

DE VERKLARING VAN DE VARIANTIE IN DE UITKOMSTASPECTEN

In tabel 9.43 is voor de uitkomstaspecten het percentage verklaarde variantie van de

multiple regressie aangegeven of bij de logistische regressie het percentage waarmee het aantal juiste voorspellingen toeneemt.

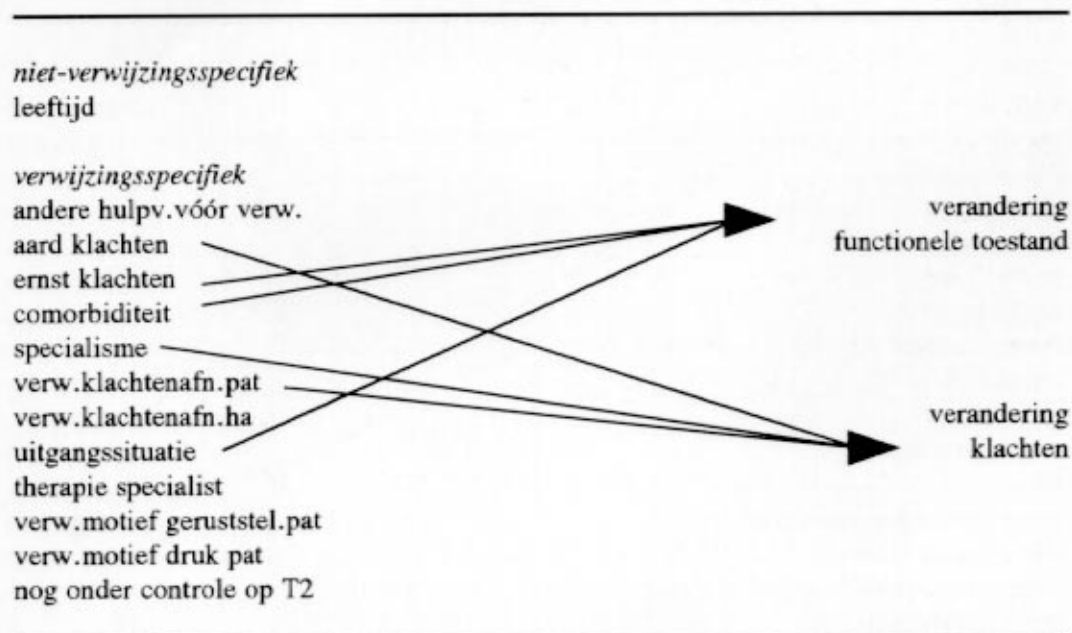
Tabel 9.43 Percentage verklaarde variantie of percentage waarmee het aantal juiste voorspellingen toeneemt

	%
verandering functionele toestand (longitudinaal)	*23
verandering klachten (retrospectief)	**5
verandering ongerustheid (longitudinaal)	*43
verandering ongerustheid (retrospectief)	**10
verandering diagnostische kennis huisarts	**19
verandering diagnostische kennis patiënt	**3
tevredenheid over gedrag huisarts	*24
tevredenheid over gedrag specialist	*14
doorgaan met het zoeken van hulp	**3

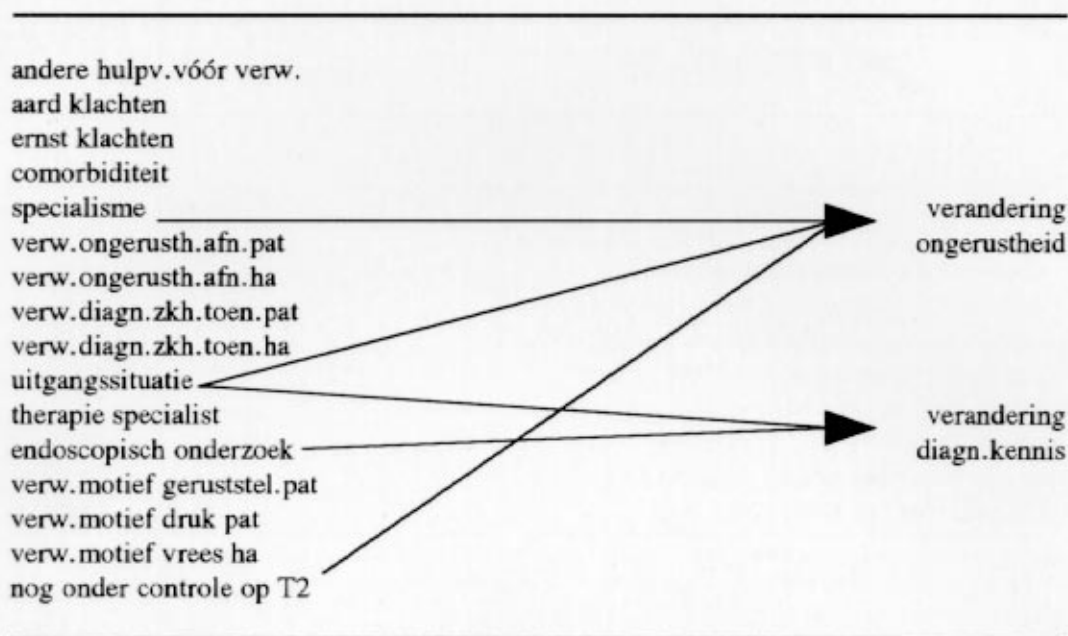
* betekent uitkomst multiple regressie; ** betekent uitkomst logistische regressie

In figuur 9.2 zijn de variabelen opgenomen waarmee een samenhang werd verondersteld en waarmee uiteindelijk de uitkomst kan worden verklaard (met pijlen aangegeven).

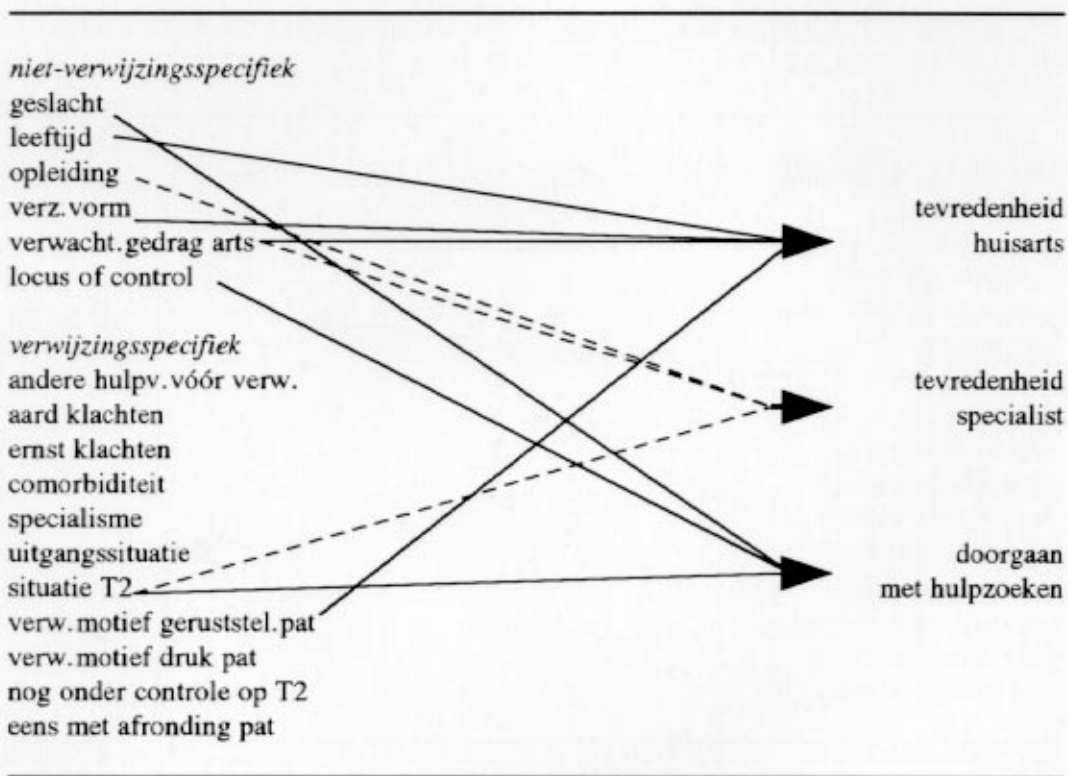
Figuur 9.2a De verklaring van de uitkomst van de verwijzing (functionele toestand en klachten)



Figuur 9.2b De verklaring van de uitkomst van de verwijzing (ongerustheid en diagnostische kennis)



Figuur 9.2c De verklaring van de uitkomst van de verwijzing (tevredenheid en doorgaan met zoeken van hulp)



De verandering van de gezondheidstoestand, de ongerustheid en de diagnostische kennis wordt voornamelijk door de uitgangssituatie bepaald: hoe ongunstiger de uitgangssituatie, hoe meer er verbetert. De verbetering van de functionele toestand van de patiënt kan niet duidelijk worden toegeschreven aan de verwijzing, omdat er een positieve samenhang bestaat met de (verandering van de) comorbiditeit.

De verbetering van de functionele toestand is bij de patiënten die een verbetering in de comorbiditeit ervaren groter dan bij degene die geen verbetering in de comorbiditeit ervaren. De functionele toestand van de patiënten met comorbiditeit verbetert minder dan bij de patiënten zonder comorbiditeit.

De neurologische verwijzingen blijken minder klachten- en ongerustheidsafname op te leveren dan de dermatologische of de internistische verwijzingen. Ernstiger en problematischer klachten (moeilijker te diagnostiseren en te behandelen klachten en psychosociale factoren spelen een grotere rol) leveren minder verbetering van de functionele toestand op, respectievelijk minder afname van de klachten. De verwachting van de patiënt is, in tegenstelling tot de verwachting van de huisarts, een voorspeller voor wat de verwijzing aan klachtenverandering oplevert. De patiënten die nog onder controle of behandeling staan van de specialist op het tweede meetmoment hebben minder ongerustheidsafname ervaren dan de patiënten die niet meer onder controle staan.

Voor de verandering van de kennis van de huisarts op diagnostisch gebied maakt het aantal diagnostische verrichtingen of welke diagnostiek de specialist heeft verricht niet uit. De verandering van de kennis bij de patiënt hangt samen met het al dan niet verrichten van endoscopisch onderzoek.

Patiënten zijn tevredener over het gedrag van de huisarts wanneer men ouder of particulier verzekerd is en niet ter geruststelling is verwezen. Hoe lager de verwachting over het gedrag van de huisarts (de huisarts hoeft niet tegemoet te komen aan de wensen van de patiënt en het zekere voor het onzekere nemen), hoe tevredener.

Patiënten zijn tevredener over het gedrag van de specialist wanneer men hoger opgeleid is, minder ongerust is, een positiever (voor)oordeel over het gedrag van de specialist heeft en zekerder over de diagnose is.

Onzekerheid over de diagnose en een slechtere functionele toestand komt bij de doorzoekers frequenter voor, dan bij de patiënten die stoppen met het zoeken van hulp. De doorzoekers zijn vaker vrouwen dan mannen en patiënten die van mening zijn dat ziekte en gezondheid minder door hen zelf wordt bepaald en meer door een arts.

Beschouwing

De meeste patiënten die naar een polikliniek worden verwezen, voelen zich niet ziek en als men zich ziek voelt is dat maar in beperkte mate. Hoewel de meeste patiënten beperkt zijn in hun functioneren, is de gemiddelde score in de beperking van de functionele toestand ook niet erg hoog. Een afname in de gemiddelde score van 15 % naar 11 % lijkt absoluut gezien miniem, maar betekent toch een verbetering van 25 %.

Bij de uitkomstaspecten die in de tijd zijn gemeten, treedt tussen het eerste en het tweede meetmoment een significante verbetering op; tussen het tweede en het derde meetmoment niet. Een aanzienlijk deel van de patiënten ervaart na het tweede meetmoment nog een afname van de klachten en in beperktere mate een afname van de ongerustheid (de uitkomstaspecten die achteraf door de patiënt zijn beoordeeld). Mogelijk zijn patiënten niet meer beperkt in hun functioneren, maar hebben zij nog wel klachten, die daarna nog

kunnen verbeteren. Een voorbeeld van deze mogelijkheid is een patiënt met huiduitslag. Deze patiënt is niet beperkt in het functioneren op het tweede meetmoment. De huiduitslag is echter nog wel aanwezig en kan na verloop van tijd verder afnemen. Of er al dan niet een positief effect van een verwijzing wordt gemeten, is dus afhankelijk van de gebruikte meetinstrumenten en de tijdstippen waarop de metingen plaatsvinden.

Om de verandering op diagnostisch gebied te meten kan het begrip diagnostische zekerheid worden gebruikt. Het is echter niet voldoende om alleen naar de verandering van de diagnostische zekerheid te kijken, ook een verandering van de diagnose is van belang. De uitkomsten hebben laten zien dat in nogal wat gevallen de diagnose van de huisarts wordt vervangen door een andere diagnose.

Er is weinig onderzoek verricht naar de uitkomst van de verwijzing (verandering gezondheidstoestand, ongerustheid en diagnostische kennis) en niet eerder is onderzoek gedaan naar de verklaring van de variantie in de uitkomst van de verwijzing. In de onderzoeken van de Jongh¹ en Grundmeijer en van Weert² wordt naar een verschil in de uitkomst gekeken, maar de variantie wordt niet verklaard.

In het onderzoek van Grundmeijer en van Weert leveren de verwijzingen weliswaar minder klachten en ongerustheidsafname op als in het onderhavige onderzoek; echter het type klacht geeft ook verschillen in de verandering van de klachten- ongerustheid en diagnostische kennis te zien (het gaat in hun onderzoek alleen om internistische verwijzingen). In het onderhavige onderzoek is de huisarts op het moment van verwijzen bij de internistische verwijzingen minder zeker over de diagnose, dan de huisartsen in het onderzoek van Grundmeijer en van Weert, terwijl na afronding van de verwijzing het percentage zekere diagnoses ongeveer gelijk is. Zij vonden dat de diagnose bij iets meer dan de helft van de verwijzingen veranderde en dit is ongeveer een tiende lager dan het aantal gewijzigde diagnoses in ons onderzoek. De onderzoeken zijn op dit punt niet volledig vergelijkbaar. Het belangrijkste verschil is dat een nadere specificatie van de diagnose in ons onderzoek wel als een verandering is gescoord (een tiende), terwijl zij dit niet als verandering hebben beschouwd.

De Jongh onderzocht in zijn eigen praktijk in hoeverre 92 verwijzingen hebben geleid tot een subjectieve afname van de klachten en ongerustheid van de patiënt en of de uitkomsten overeenkomen met de verwachtingen van de huisarts en de patiënt.

De Jongh concludeert dat de verwachtingen van de patiënt in het algemeen hoog gespannen waren, maar anders uitpakten. De verwachting van de huisarts is volgens hem meer in overeenstemming met wat de verwijzing volgens de huisarts heeft opgeleverd. In ons onderzoek is de verwachting van de patiënt een betere voorspeller voor wat de verwijzing oplevert dan de verwachting van de huisarts. De verwachting ten aanzien van de verandering van de ongerustheid en diagnostische zekerheid blijken geen voorspellers voor de verandering.

Zoals verwacht blijkt dat, hoe ongunstiger de Ausgangssituatie is, hoe meer de verwijzing oplevert; er valt nu éénmaal meer te verbeteren. Ook is niet gebleken dat bij ouderen de gezondheidstoestand minder frequent verbetert, dan bij jongeren.

Verwacht werd dat bij de patiënten die al eens eerder een andere hulpverlener hadden geraadpleegd voor dezelfde klachten, de verwijzing minder zou opleveren, omdat er al meer aan 'gedokterd' zou zijn, dan bij de patiënten die niet eerder een andere hulpverlener hebben bezocht. De verwachting is niet uitgekomen.

De veronderstelling dat de uitkomst van de verwijzing beïnvloed wordt door de aard en de ernst van de klachten en of men nog onder controle staat van de specialist na drie maanden, blijkt te kloppen.

De verbetering van de functionele toestand bij de patiënten die vanaf het begin van de verwijzing comorbiditeit hebben is geringer dan bij de patiënten die geen comorbiditeit hebben vanaf het begin. Deze uitkomst werd verwacht. Hieruit kan men afleiden dat het meten van de verandering van de functionele toestand minder gevoelig is, als bij de patiënten comorbiditeit bestaat. Wanneer men in een groep patiënten met veel comorbiditeit (bijvoorbeeld ouderen) de uitkomst van een medische interventie wil meten, is het mogelijk dat de uitkomst van een interventie wordt ondergesneeuwd door de invloed van de comorbiditeit. Men zou kunnen overwegen om bij het meten van de functionele toestand steeds na te gaan of de beperking door de te onderzoeken klacht of door de comorbiditeit wordt veroorzaakt. Dit zal in de praktijk moeilijk realiseerbaar zijn, omdat juist voor patiënten met veel comorbiditeit moeilijk is aan te geven welke van de klachten verantwoordelijk is voor een bepaalde beperking. Dit betekent dat een inventarisatie van de comorbiditeit gewenst is, om de gevonden verschillen hiervoor te controleren.

Gebleken is dat verwijzingen ‘ter geruststelling’ of ‘onder druk’ of waarbij de huisarts ‘vreest iets over het hoofd te zien’, evenveel opleveren dan de verwijzingen waarbij deze motieven geen rol spelen.

De vraag of de verbeteringen die zijn opgetreden bij de verwijzingen in het onderhavige onderzoek, zijn toe te schrijven aan het specialistisch handelen of dat deze verbeteringen ook zouden zijn opgetreden als de patiënt niet was verwezen is niet te beantwoorden, omdat geen gebruik is gemaakt van een controle groep. Dergelijk onderzoek zou zeer wenselijk zijn, maar is niet goed mogelijk door ethische bezwaren. De verwachting dat het voor de verandering van de gezondheidstoestand uit zou maken of de specialist een therapie heeft gegeven, blijkt niet te kloppen. De verandering van de kennis van de patiënt op diagnostisch gebied heeft laten zien dat alleen endoscopisch onderzoek een bijdrage hieraan heeft geleverd; dit is onderzoek dat niet door de huisarts kan worden uitgevoerd.

De onderzoeken naar de relatie tussen demografische kenmerken, ernst van de klachten en de tevredenheid over het gedrag van artsen gaven geen eensluidende resultaten te zien. In het onderhavige onderzoek blijkt dat ouderen, particulierverzekerden en patiënten met een hogere opleiding tevredener zijn dan jongeren en patiënten met een lagere opleiding. Hieruit kan niet de conclusie worden getrokken dat de kwaliteit van zorg aan ouderen beter is en dat ouderen daarom tevredener zijn. Ouderen zijn vaak terughoudender in hun oordeel over de ontvangen zorg, omdat zij meer de neiging hebben om de rol van de ‘goed aangepaste’ te vervullen.^{3 4} Dat particulier verzekerden en hoger opgeleiden tevredener zijn dan ziekenfondsverzekerden en lager opgeleiden zou te maken kunnen hebben met het gedrag van de artsen. Zo zou de huisarts minder communicatief en informatief zijn ten op zichte van patiënten uit lagere dan ten opzichte van patiënten uit hogere sociaal-economische milieus.^{5 6}

Het type klacht blijkt ook in ons onderzoek geen rol te spelen voor de mate van tevredenheid. Dat patiënten die ter geruststelling zijn verwezen ontevredener zijn over de huisarts dan degene die niet ter geruststelling zijn verwezen, is overeenkomstig de

verwachting. Onderzoek naar de relatie tussen de verwachtingen van patiënten over het gedrag van artsen en de tevredenheid over het gepercipieerde gedrag heeft, zoals in dit onderzoek, niet plaatsgevonden. Enerzijds gaat het om de normatieve verwachtingen van de patiënt over het gedrag van de huisarts (hoe deze zou moeten handelen), anderzijds over het beeld dat de patiënt zich van te voren heeft gevormd over het gedrag van de specialist. Bij zowel de tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de huisarts als de tevredenheid over het gedrag van de specialist wordt de tevredenheid bepaald door de verwachtingen. Dit resultaat is overeenkomstig de hypothese van Mechanic dat de mate van tevredenheid wordt beïnvloed door de mate waarin het gedrag van de arts overeenkomt met de verwachtingen van de patiënt of de concepten die de patiënt heeft gevormd door eerdere ervaring of van horen zeggen.⁷ Hieruit volgt dat de zorgaanbieder een belangrijke invloed kan hebben door het verwachtingspatroon of de beeldvorming van de patiënt te beïnvloeden. Veel van de patiënten in dit onderzoek verwachten van de huisarts dat deze zich dienstbaar opstelt, dit in tegenstelling tot de opvatting van de huisartsen. Volgens Freidson bestaat er een fundamentele discrepantie tussen de rolverwachtingen van de patiënt en de rolopvattingen van de arts. Dit ontbreken van complementariteit houdt een constante conflictsituatie in. Freidson geeft aan dat de huisarts op het ontmoetingspunt van het 'lay-referral system' en het 'professional referral system' staat. Dit betekent dat hij zich in een spanningsveld bevindt. Hij heeft enerzijds de neiging om aan het verwachtingspatroon van de patiënt tegemoet te komen. Anderzijds heeft hij zijn professionele verantwoordelijkheid, die hem ervan weerhoudt al te ongenueanceerd op de wensen van de patiënt in te gaan.⁸

In tegenstelling tot de tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de huisarts is de tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de specialist vooral afhankelijk van hoe ongerust de patiënt zich voelt of hoe onzeker de patiënt is over de diagnose. Ook het doorgaan met het zoeken van hulp is vooral afhankelijk van de gezondheidstoestand en de zekerheid over de diagnose.

Een aantal kenmerken, dat uit andere onderzoeken naar het gebruik van alternatieve genezers naar voren komt, blijkt ook voor de doorzoekers in ons onderzoek op te gaan. Ook in de door ons onderzochte populatie zijn het met name vrouwen die doorgaan met het zoeken van hulp en gaat het met name om spanningsklachten, atopische klachten, klachten van het bewegingsapparaat en moeilijk te diagnostiseren klachten. De veronderstelling dat de doorzoekers zich meer zullen laten leiden door hetgeen anderen van hun ziekte vinden, dan dat zij zelf invloed kunnen uitoefenen op hun gezondheid en ziekte lijkt te kloppen. Een belangrijk motief voor de meeste patiënten om verder hulp te zoeken is, dat zij vinden dat meer aandacht aan de klachten had moeten worden besteed. Uit de verhalen van de patiënten komt bij de meesten naar voren dat zij 'erkenning' zoeken voor hun klachten of voor henzelf. Reacties van artsen als: 'wij hebben niets kunnen vinden', lokken de reactie uit: misschien kan een ander wel iets vinden. De reactie: 'er is niets aan de hand' wordt door de patiënten opgevat als een ontkenning van de klachten. Ze voelen zich niet serieus genomen.

Wanneer wordt gekeken naar het aantal patiënten dat getypeerd is als doorzoeker, kan men concluderen dat het een te verwaarlozen aantal is: 'er zullen altijd patiënten zijn die net zo lang doorgaan met het zoeken van hulp totdat zij erkenning krijgen voor de klachten' of er zullen altijd patiënten zijn die menen dat zij zelf weinig aan hun

gezondheid kunnen doen. Of zoals Krol in zijn inaugurele rede aangeeft: de patiënt ‘wil alles wat kan’ en wil als gezonde toebereid steeds vaker weten dat hij iets niet heeft.⁹ Met evenveel recht kan men echter concluderen dat het aantal niet te verwaarlozen is, gezien in het licht van de toename in medische consumptie, dat niet alleen een financieel vraagstuk is, maar ook medicaliseringsvraagstuk. Bij de onderzoekers is het doorzoeken in veel gevallen een stap in een al langer bestaand proces van medische consumptie. Hoe kunnen deze verwijzingen nu meer effect sorteren? Wanneer uitgegaan wordt van het standpunt van de patiënt dienen de huisarts en de specialist deze patiënten meer het gevoel te geven dat zij hun klachten serieus nemen. ‘Dat er niets aan de hand is’ willen ze misschien in eerste instantie wel geloven, maar ze blijven met de vraag zitten hoe het dan komt dat ze klachten houden. De artsen doen er dus goed aan na te gaan welke gedachten de patiënt zelf heeft over de klachten. Bügel geeft aan dat reacties als: ‘Kom, kom, is het zo erg’ averechts werken. Formuleringen als: ‘Ik begrijp dat u zich ongerust maakt of ik begrijp dat u last heeft van de klachten’, schaden nooit.¹⁰

Ook in dit onderzoek hebben patiënten druk uitgeoefend om verwezen te worden en zijn patiënten ter geruststelling verwezen. Dat dit onterechte verwijzingen zijn, kan niet zondermeer worden geconcludeerd; deze verwijzingen leveren niet significant minder op. De huisarts is bij deze verwijzingen vaak onzeker over de diagnose en kan mogelijk niet zelf de patiënt geruststellen.

Bij het meten van de effectiviteit van de verwijzing is door ons geen gewicht aan de verschillende aspecten toegekend. Er zijn ook geen absolute standaarden om dit vast te stellen. Het gewicht dat men aan een aspect toekent hangt af van de invalshoek van waaruit men het begrip effectiviteit benaderd of van het doel waarmee de patiënt is verwezen. Als het effect van de verwijzing wordt bekeken vanuit een kostenmotief, bijvoorbeeld om het ziekteverzuim terug te dringen of het beperken van de gezinszorg, dan is de verbetering van de functionele toestand het meest belangrijk. Wanneer de door de patiënt ervaren klachten- of ongerustheidsverandering centraal staat, dan zijn de retrospectieve aspecten relatief belangrijker.

Wanneer de effectiviteit wordt bekeken vanuit het doel waarvoor de patiënt is verwezen, dan zal men andere gewichten toekennen aan de uitkomstaspecten. Stuurde de huisarts de patiënt alleen in ter geruststelling dan is de verbetering van dit ene aspect voldoende. De verwijzing is dus primair gericht op de ongerustheidsverandering, de uitkomst van de rest van de aspecten is van secundair belang.

Een andere belangrijke vraag is of de effectiviteit van de verwijzing samengaat met de doelmatigheid van de verwijzing. Hierop zal in het volgende hoofdstuk worden ingegaan.

Literatuur

1. Jongh TOH de. Verwijzing: verwachtingen en effecten. *Med Contact* 1986;41:511-5.
2. Grundmeijer H, Weert H van. *Patiënt, huisarts en internist*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992. Proefschrift.
3. Zee J van der. *De vraag naar de diensten van de huisarts*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.
4. Wendte JF. *Patiënten in het ziekenhuis: de betekenis van medische gegevens voor de meningen van patiënten over hun verblijf in het ziekenhuis*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1984. Proefschrift.
5. Cassee ETh. *Naar de dokter*. Meppel: Boom, 1973.
6. Persoon JMG. *Veranderingen in de patiënt-huisartsrelatie*. Nijmegen: Dekker en van de Vegt, 1975.
7. Mechanic D. *Medical Sociology*. New York: Free press, 1968.
8. Freidson E. *De medische professie*. Lochem-Poperinge: De Tijdstroom, 1981.
9. Krol LJ. *De stille revolutie in de geneeskunde*. Amsterdam: inaugurele rede, 1989.
10. Bügel PC. *Tactiek voor de huisarts*. Amsterdam: Elsevier (Medica Reeks), 1986.