

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.

10 DE SAMENHANG TUSSEN DE KWALITEITSASPECTEN VAN DE VERWIJZING

10.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de samenhang tussen de kwaliteitsaspecten beschreven (10.2). Daar waar een samenhang tussen de kwaliteitsaspecten bestaat worden deze kwaliteitsaspecten gezamenlijk met de verklarende variabelen geanalyseerd (10.3). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting en beschouwing (10.4).

10.2 De samenhang tussen de kwaliteitsaspecten

De aspecten van het proces hangen op enkele onderdelen met elkaar samen; de samenhang is echter matig (zie tabel 10.1 op de volgende pagina). De aspecten van de uitkomst hangen daarentegen meer elkaar samen. Het proces van de verwijzing is vrijwel niet van invloed op de uitkomst van de verwijzing.

Hieronder wordt de samenhang nader toegelicht.

De samenhang tussen de procesaspecten

Tussen het handelen van de huisarts (doelmatigheid en communicatie) enerzijds en het handelen van de specialist (doelmatigheid en communicatie) anderzijds bestaat in het geheel geen samenhang. Voor de huisarts geldt dat doelmatiger handelen samen gaat met het schrijven van kwalitatief betere verwijsbrieven.

Specialisten die doen wat de huisarts wil wat betreft de duur van de specialistische zorg, doen ook vaker wat de huisarts wil op diagnostisch gebied en schrijven tevens uitgebreidere specialistenbrieven.

De samenhang tussen de uitkomstaspecten

Tussen de verandering in de twee aspecten van de gezondheidstoestand bestaat een significante samenhang, evenals tussen de twee aspecten die de verandering van de ongerustheid meten, tussen de verandering van de kennis van de huisarts en de patiënt op diagnostisch gebied en tussen de tevredenheid over het gedrag van de artsen. Het doorgaan met het zoeken van hulp, gedurende of na afronding van de verwijzing hangt samen met de klachtenverandering, de ongerustheidsverandering, de verandering van de kennis van de patiënt op diagnostisch gebied en de tevredenheid over het gedrag van de huisarts. Verder hangt de verandering van de gezondheidstoestand samen met de verandering van de ongerustheid en de verandering van de diagnostische kennis.

De samenhang tussen de proces- en de uitkomstaspecten

Tussen de proces en de uitkomstaspecten bestaat een drietal verbanden. Bij verwijzingen waarbij de specialist méér op diagnostisch- en therapeutisch gebied heeft gedaan dan de huisarts wilde, is er vaker sprake van ongerustheidsafname (respectievelijk objectieve en subjectieve verandering).

Bij verwijzingen, waarbij de specialistenbrief uitgebreider is, gaat de patiënt vaker door met het zoeken van hulp. Waarschijnlijk is hier sprake van een schijnverband. Zowel de uitgebreidheid van de specialistenbrief als het doorgaan met het zoeken van

hulp hangt positief samenhang met de aard van de klachten (moeilijker te diagnostiseren en te behandelen klachten en psychosociale factoren spelen een grotere rol). Dus wat de verwijzing oplevert, is nauwelijks afhankelijk van het proces van de verwijzing.

Tabel 10.1 De samenhang tussen de kwaliteitsaspecten

	PROCES								
	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)			
PROCES									
(1) doelmatigheid ha	.11	-.02	.10	.07	<u>.24</u>	-.10			
(2) doelmatigheid sp	-	.01	.02	.11	-.01	.09			
(3) overeenst diagnostiek	-	-	.03	<u>.15</u>	-.11	.01			
(4) overeenst therapie	-	-	-	.02	.08	.09			
(5) overeenst duur	-	-	-	-	-.09	<u>.17</u>			
(6) kwal verwijsbrief	-	-	-	-	-	-.07			
(7) kwal specialistenbrief	-	-	-	-	-	-			
	UITKOMST								
	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	
UITKOMST									
(8) FT T1-T2 (long)	<u>-.17</u>	<u>.18</u>	-.08	.06	.03	-.02	-.03	-.01	
(9) klachten T2-T1 (retro)	-	*-.15	<u>.28</u>	*.13	.09	.07	*.12	<u>-.25</u>	
(10) ongerustheid T1-T2 (long)	-	-	<u>-.31</u>	.09	.06	-.08	*-.12	*.12	
(11) ongerustheid T2-T1 (retro)	-	-	-	-.06	.03	<u>.18</u>	<u>.29</u>	-.08	
(12) tevredenheid ha gedrag	-	-	-	-	<u>.30</u>	-.05	.02	<u>.17</u>	
(13) tevredenheid sp gedrag	-	-	-	-	-	.01	<u>.16</u>	-.09	
(14) diagn kennis ha T1-T2	-	-	-	-	-	-	<u>.24</u>	.00	
(15) diagn kennis pat T1-T2	-	-	-	-	-	-	-	*-.15	
(16) verder hulpzoeken pat	-	-	-	-	-	-	-	-	
	UITKOMST								
	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
PROCES									
(1) doelmatigheid ha	.04	-.06	-.02	-.10	.04	.09	-.10	-.07	.03
(2) doelmatigheid sp	-.00	-.04	.11	.01	-.00	.02	-.09	.11	.05
(3) overeenst diagnostiek	-.03	.02	*.11	-.07	.04	.08	.03	.05	-.07
(4) overeenst therapie	-.05	-.01	.02	<u>-.17</u>	.03	-.03	.05	-.03	.10
(5) overeenst duur	.04	-.09	-.04	.01	.07	-.02	-.04	.05	-.00
(6) kwal verwijsbrief	-.02	.02	-.03	-.05	.07	.08	-.04	-.01	.05
(7) kwal specialistenbrief	-.08	-.13	-.04	.03	-.08	-.05	.01	-.09	<u>.20</u>

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

long=longitudinaal: dit is de verandering die objectief is gemeten

retro=retrospectief: dit is de door de patiënt ervaren verandering

De samenhang tussen het nut/noodzaak van de verwijzing en de proces- en uitkomstaspecten

Hoewel het nut (onafhankelijk beoordeeld) en de noodzaak (volgens de betrokken actoren) al in de andere hoofdstukken aan de orde zijn geweest, komen we er hier nog een keer op terug, om deze te relateren aan andere procesaspecten en de uitkomst van de verwijzing; deze relaties zijn niet in tabel 10.1 opgenomen. Het nut van de verwijzing en het oordeel van de betrokkenen over de noodzaak van de verwijzing achteraf kan worden gezien als een overall evaluatie van het handelen van de artsen en de uitkomst van de verwijzing.

Nuttiger verwijzingen leveren niet méér op dan minder nuttige verwijzingen. Wel blijkt dat bij verwijzingen, waarbij de specialistische zorg langer duurde dan de bedoeling van de huisarts was, de verwijzing vaker als nuttig wordt gezien (Kendall's tau(c) = -.13, $p < .01$).

Uit de samenhang tussen de noodzaak van de verwijzing volgens de betrokkenen en de kwaliteitsaspecten komt naar voren dat: Bij verwijzingen, waarbij de klachten van de patiënt zijn afgenomen, is de specialist vaker van mening dat de verwijzing noodzakelijk is geweest ($\Phi = .22$, $p < .01$).

Bij verwijzingen, die de patiënt noodzakelijk vindt, is door de specialist doelmatiger gehandeld, is de ongerustheid van de patiënt vaker afgenomen en is de kennis van de patiënt op diagnostisch gebied vaker toegenomen (Pearson's R respectievelijk .14, .12 en .14, voor allen geldt $p < .05$). Tussen de noodzaak van de verwijzing volgens de huisarts en de uitkomst van de verwijzing bestaat in het geheel geen samenhang.

10.3 De verklaring van de kwaliteit van verwijzingen (analyse met de andere kwaliteitsaspecten en de verklarende variabelen)

Zoals in paragraaf 10.2 is beschreven, is er nauwelijks samenhang tussen de procesaspecten en tussen de proces en uitkomstaspecten. Tussen de uitkomstaspecten daarentegen wel. Het is niet onwaarschijnlijk dat de gevonden samenhangen tussen proces en uitkomst op toevalsfluctuaties berusten (er zijn slechts 3 van de 63 verbanden significant); daarom worden de procesaspecten bij de verdere analyse van de uitkomstaspecten buiten beschouwing gelaten. Nagegaan wordt in hoeverre de uitkomstaspecten, naast de variabelen die in hoofdstuk 9 bij de verklarende analyses naar voren kwamen, nog extra aan elkaars uitkomst bijdragen. Eerst komen de veranderingsaspecten aan de orde (gezondheidstoestand, ongerustheid en diagnostische kennis), gevolgd door de tevredenheid en het doorgaan met het zoeken van hulp. Bij de longitudinaal gemeten ongerustheidsverandering (de objectief gemeten verandering) wordt niet de retrospectieve ongerustheidsverandering in de analyse meegenomen (de door de patiënt ervaren verandering) en vice versa, omdat het in beide gevallen inhoudelijk om het zelfde begrip gaat. De tevredenheid over het gedrag van de huisarts wordt niet verder geanalyseerd, omdat de andere aspecten op een later tijdstip zijn gemeten en dus niet de tevredenheid kunnen verklaren. Het doorgaan met het zoeken van hulp kan als een resultante worden gezien van wat de verwijzing heeft opgeleverd en van de tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de artsen. Daarom wordt het doorgaan met het zoeken van hulp niet bij de andere uitkomstaspecten betrokken.

Uit deze analyses komt naar voren dat de bijdrage van de variabelen die in hoofdstuk 9 zijn genoemd, bij de verklarende analyse van de uitkomstaspecten, blijft bestaan. Deze

zijn in de tabellen opgenomen.

De verandering van de functionele toestand

Tabel 10.2 Multiple regressieanalyse van de variantie in de verandering van de functionele toestand (verschilscore) N=223

	B	Beta	significantie t-waarde
functionele toestand T1 <.001	-.35	-.45	
comorbiditeit: wel of geen verbetering .001	-9.58	-.21	
klachtenverandering (retro) .003	-4.47	-.18	
ernst klachten .007	2.78	.16	
comorbiditeit: wel of geen ongerustheidsverandering (long)	3.47 .64	.15 .13	.03 .03
R ²	29 %		

Klachten- en ongerustheidsverandering dragen nog extra bij aan de verklaring van de verandering van de functionele toestand. De verklaarde variantie neemt met deze twee aspecten nog met 6 % toe. De functionele toestand bij aanvang van de verwijzing blijft de belangrijkste variabele.

De verandering van de klachten

Tabel 10.3 Logistische regressieanalyse van het al dan niet afnemen van de klachten tussen T1 en T2 (N=227)

	B	SE	R	significantie (Wald)
ongerustheidsverandering (retro)	1.26	.34	.21	<.001
verwachting klachtenafname (pat) <.001	1.16	.34	.19	
aard klachten	.72	.23	.16	.002
functionele toestandverandering (long) .009	-.04	.02	-.13	
specialisme	-.81	.35	-.11	.02

Bij 64 % van de patiënten zijn de klachten afgenomen. In hoofdstuk 9 is aangegeven

dat met drie variabelen bij 69 % van de verwijzingen juist voorspeld kan worden of de klachten zullen afnemen. Met de verandering van de ongerustheid en de functionele toestand neemt het aantal juiste voorspellingen nog met 8 % toe. Ongerustheidsverandering legt het meeste gewicht in de schaal; verwachting klachtenafname komt nu op de tweede plaats.

De verandering van de ongerustheid (longitudinaal)

Tabel 10.4 Multiple regressieanalyse van de variantie in de verandering van de ongerustheid (verschilscore) (N=264)

	B	Beta	significantie t-waarde
ongerustheid T1	-.66	-.69	
<.001			
functionele toestandverandering (long)	.03	.15	
<.001			
klachtenverandering (retro)	-.77	-.15	
.001			
specialisme	.70	.13	
.006			
diagnostische kennisverandering huisarts	-.63	-.11	.01
nog onder controle op T2	.59	.11	.02
tevredenheid specialist		-.12	-.10
.04			
R ²	50 %		

De verandering van de functionele toestand en de klachten van de patiënt, de verandering van de diagnostische kennis van de huisarts en de tevredenheid over het gedrag van de specialist dragen nog extra bij aan de verklaring. De verklaarde variantie neemt met deze aspecten nog met 7 % toe. De ongerustheid bij aanvang van de verwijzing blijft de belangrijkste variabele. De verandering van de functionele toestand en de klachten blijken nu belangrijker dan het specialisme en of men nog onder controle staat op T2.

De verandering van de ongerustheid (retrospectief)

Tabel 10.5 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	-1.92	.42	-.27	
klachtenverandering (retro) <.001	1.70	.38	.26	
diagnostische kennisverandering patiënt <.001	1.58	.37	.25	
specialisme	.94	.41	.11	.02

Bij 67 % van de verwijzingen is de ongerustheid van de patiënten afgenomen. In hoofdstuk 9 is aangegeven dat met twee variabelen bij 77 % van de verwijzingen juist voorspeld kan worden of de ongerustheid zal afnemen. Met de klachten- en diagnostische kennisverandering neemt het aantal juiste voorspellingen nog met 3 % toe. Deze zijn nu belangrijker dan het specialisme.

De verandering van de kennis van de huisarts op diagnostisch gebied

Tabel 10.6 Logistische regressieanalyse van het al dan niet toenemen van de kennis van de huisarts op diagnostisch gebied tussen T1 en T2 (N=266)

	B	SE	significantie	
			R	(Wald)
zekerheid van de huisarts over de diagnose op T1 <.001	-2.06	.33	-.35	
diagnostische kennisverandering patiënt	.79	.34	.11	.01
ongerustheidsverandering (retro)	.77	.34	.10	.02

De kennis van de huisarts op diagnostisch gebied is bij 74 % van de verwijzingen toegenomen. In hoofdstuk 9 is aangegeven dat met de zekerheid van de huisarts op het moment van verwijzing bij 77 % van de verwijzingen juist voorspeld kan worden of de kennis zal toenemen. Met de verandering van de ongerustheid en de diagnostische kennis van de patiënt neemt het aantal juiste voorspellingen nog met 2 % toe. De uitgangssituatie blijft de belangrijkste bijdrage leveren.

De verandering van de kennis van de patiënt op diagnostisch gebied

Tabel 10.9 Logistische regressieanalyse van het al dan niet toenemen van de kennis op diagnostisch gebied bij de patiënt tussen T1 en T2 (N=233)

	B	SE	significantie	
(Wald)			R	
ongerustheidsverandering (retro) <.001	1.25	.32	.21	
zekerheid van de patiënt over de diagnose op T1 <.001	-1.39	.39	-.19	
tevredenheid specialist .004		.25	.09	.15
diagnostische kennisverandering huisarts endoscopie .03	.86	.36 .93	.11 .43	.02 .10

De kennis van de patiënt is bij 65 % van de verwijzingen toegenomen. In hoofdstuk 9 is aangegeven dat met twee variabelen bij 68 % van de verwijzingen juist voorspeld kan worden of de kennis zal toenemen. Met de variabelen verandering van de ongerustheid, verandering van de diagnostische kennis van de huisarts en de tevredenheid over het gedrag van de specialist neemt het aantal juiste voorspellingen nog met 5 % toe. Evenals bij de klachtenverandering is ongerustheidsverandering voor de verandering van de diagnostische kennis van de patiënt relatief belangrijk. Niet alleen zijn patiënten, waarbij de ongerustheid minder is afgenomen, ontevredener over de specialist, maar ook blijkt dat patiënten, waarbij de diagnostische kennis niet is toegenomen, ontevredener zijn.

De tevredenheid over het gedrag van de specialist

Alleen de tevredenheid over de huisarts draagt nog bij aan de verklaring. De verklaarde variantie neemt nog toe met 7 %. De totaal verklaarde variantie is 21 %. Patiënten die kritiek hebben op het gedrag van de specialist, hebben ook kritiek op het gedrag van de huisarts.

Het doorgaan met het zoeken van hulp

Uit deze analyse blijkt dat de andere uitkomstaspecten niet extra bijdragen aan de voorspelling, terwijl uit tabel 10.1 wel een samenhang tussen het doorgaan met het zoeken van hulp en een aantal uitkomstaspecten naar voren kwam.

10.4 Samenvatting en beschouwing

Samenvatting

De aspecten van het proces hangen op enkele onderdelen met elkaar samen; de samenhang is echter matig. Tussen het handelen van de huisarts (doelmatigheid en com-

municatie) enerzijds en het handelen van de specialist (doelmatigheid en communicatie) anderzijds bestaat in het geheel geen samenhang. Voor de huisarts geldt dat doelmatiger handelen samen gaat met het schrijven van kwalitatief betere verwijsbrieven.

Specialisten die doen wat de huisarts wil wat betreft de duur van de specialistische zorg, doen ook vaker wat de huisarts wil op diagnostisch gebied en schrijven tevens uitgebreidere specialistenbrieven.

Het proces van de verwijzing is vrijwel niet van invloed op de uitkomst van de verwijzing. Bij verwijzingen waarbij de specialist méér op diagnostisch- en therapeutisch gebied heeft gedaan dan de huisarts wilde, is er vaker sprake van ongerustheidsafname bij de patiënt.

Nuttiger verwijzingen leveren niet méér op dan minder nuttige verwijzingen. Als de klachten van de patiënt zijn afgenomen, dan is de specialist vaker van mening dat de verwijzing noodzakelijk is geweest. Als de patiënt de verwijzing noodzakelijk vindt, dan is de ongerustheid van de patiënt vaker afgenomen, de kennis van de patiënt op diagnostisch gebied vaker toegenomen en heeft de specialist doelmatiger gehandeld. De noodzaak van de verwijzing volgens de huisarts hangt in het geheel niet samen met de uitkomst van de verwijzing.

Naast de variabelen die de variantie in de uitkomst verklaren, die in hoofdstuk 9 aan de orde zijn geweest, blijkt een positieve samenhang tussen de verandering van de ongerustheid en de verandering van de gezondheidstoestand en de diagnostische kennis van de patiënt te bestaan. Patiënten die kritiek hebben op het gedrag van de specialist, hebben ook kritiek op het gedrag van de huisarts. Patiënten die doorgaan met het zoeken van hulp laten zich meer leiden door hoe onzeker ze nog zijn over de diagnose en de beperking die zij nog ervaren in hun functioneren), dan door wat de verwijzing aan verandering op deze gebieden heeft opgeleverd.

Beschouwing

Het meest opvallende is het vrijwel ontbreken van een samenhang tussen de aspecten van het proces en tussen het proces en de uitkomst van de verwijzing. Hoe doelmatig huisarts en specialist handelen of hoe goed of hoe slecht huisarts en specialist met elkaar communiceren heeft dus nauwelijks invloed op de uitkomst van de verwijzing. In hoofdstuk 11 zal nader worden ingegaan op het waarom van het ontbreken van een samenhang tussen het proces en de uitkomst.

De gevonden samenhang tussen de verandering van de ongerustheid en de verandering van de gezondheidstoestand en tussen de verandering van de diagnostische kennis en de verandering van de ongerustheid en vice versa is overeenkomstig de verwachting. Wat oorzaak of gevolg is, is moeilijk aan te geven. Voor de patiënt zal de verwijzing in veel gevallen primair bedoeld zijn om een oplossing te krijgen voor de klachten of om te weten waardoor de klachten worden veroorzaakt, doch ook ongerustheidsreductie speelt een belangrijke rol voor de patiënt om een arts te raadplegen. Ben-Sira geeft aan dat, hoewel het manifeste doel van de patiënt is een oplossing te krijgen voor zijn klachten of symptomen, de patiënt vaak het latente doel heeft om ook een oplossing te krijgen voor zijn angsten.¹ Of de aanwezigheid van stress een oorzaak of een gevolg is van een klacht, de patiënt zoekt hulp voor het totale ongemak.

In hoofdstuk 9 is aangegeven dat de uitkomst nauwelijks afhankelijk is van de interventies van de specialist. Uit de resultaten van dit hoofdstuk blijkt dat de verandering

van de ongerustheid en diagnostische kennis van de patiënt mede afhankelijk is van hoe tevreden de patiënt is over het gedrag van de specialist: het oordeel van de patiënt over de persoonlijke aandacht die hij heeft gehad van de specialist en over de aandacht die de specialist heeft besteed aan de klachten. Balint geeft aan dat de genezing van patiënt meestal niet alleen is te danken aan een technische of medicinale interventie; aandacht, empathie en respect van de arts zijn voor de patiënt belangrijker.² Ook Bensing vond een relatie tussen de tevredenheid van de patiënt en de interpersoonlijke werkstijl van de huisarts en niet met de medisch-technische werkstijl.³ Een dergelijk effect, ook wel placebo-effect genoemd, is een reële component van een therapeutisch resultaat, dat in ieder arts-patiënt-contact een rol speelt.⁴ Naast een natuurlijk beloop van de klachten (de meeste ziekten gaan ook over zonder medische interventie) en het strikt therapiegebonden effect (het effect dat werkelijk aan de farmacologische werking van een geneesmiddel kan worden toegeschreven), speelt het placebo-effect (de suggestie van de patiënt dat deze een effectieve behandeling heeft gekregen).

De gevonden samenhang tussen de uitkomstaspecten komt redelijk overeen met het antwoord van de patiënten op de vraag: hoe het komt dat de klachten en de ongerustheid zijn afgenomen. Op T2 schrijft een deel van de patiënten de klachtenafname ook zelf toe aan de ongerustheidsafname. De meeste patiënten schrijven de klachtenverbetering echter toe aan het specialistisch handelen (hiervan is geen nadere aanduiding gegeven). Verder worden ook spontane verbetering en afname van spanningen als redenen genoemd. Gelijk blijven of toenemen van de klachten is meestal de reden dat de ongerustheid niet is afgenomen volgens de patiënt. Door de patiënten wordt 'weten wat er aan de hand is' het meest frequent genoemd als reden dat de ongerustheid is afgenomen.

Literatuur

1. Ben-Sira A. The function of the professional's affective behavior in client satisfaction: A revised approach tot social interaction theory. *J Hlth Soc Behav* 1976;17:3-11.
2. Balint M. *De dokter, de patiënt, de ziekte*. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum, 1975.
3. Bensing J. *Doctor-patient communication and the quality of care*. Utrecht: NIVEL, 1991. Proefschrift.
4. Everdingen JJE van, Klazinga NS. Een leugen is alleen zinvol als medicijn. *Mediator* 1994;3:7-8.