

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.

11 SLOTBESCHOUWING

Inleiding

Ter afsluiting van het proefschrift volgt in dit hoofdstuk een algehele beschouwing over het onderzoek. Achtereenvolgens komen aan de orde: de onderzoeksopzet, de meetinstrumenten, het verklaringsmodel en de resultaten van de beschrijving en verklaring van de kwaliteit van verwijzingen. Hierbij wordt een aantal aanbevelingen gedaan om de kwaliteit te optimaliseren.

De onderzoeksopzet

De kwaliteit van de verwijzing is onderscheiden in *het proces*: de doelmatigheid van het handelen van de artsen en de kwaliteit van de communicatie tussen de artsen en in *de uitkomst*: wat heeft de verwijzing voor de patiënt en de huisarts opgeleverd, hoe tevreden zijn de patiënten over het gedrag van de artsen en hoeveel patiënten gaan door met het zoeken van hulp.

Om het proces en de uitkomst van de verwijzing te meten heeft het onderzoek plaats gevonden op het niveau van het arts-patiënt contact; de verwijzing is in de tijd gevolgd en beoordeeld door onafhankelijke artsen en de onderzoekers en vanuit het perspectief van de betrokken huisarts, specialist en patiënt. Omdat dit nogal arbeidsintensief is, is besloten om het onderzoek te beperken tot 300 verwijzingen. Dit aantal blijkt voldoende geweest te zijn om relevante verschillen tussen groepen (verwijzingen) te onderkennen. Ook het aantal door de huisartsen aangemelde verwijzingen (gemiddeld 6 per huisarts) is voldoende geweest om verschillen in verwijzingen, die afhankelijk zijn van kenmerken van de huisartsen, te onderkennen.

Omdat de uitgangssituatie en de verwachtingen van de verwijzing gemeten dienden te worden, is het onderzoek gestart in de huisartspraktijk. Dit heeft als nadeel dat de huisarts wist dat 'erop hem gelet' werd; wat mogelijk tot gevolg zou kunnen hebben dat de huisarts beter zijn of haar best doet. Gezien de resultaten van het onderzoek is het niet erg waarschijnlijk dat dit effect een grote rol heeft gespeeld.

Met betrekking tot de eerste onderzoeksvraag - hoe is de kwaliteit van verwijzingen? - kan worden geconcludeerd dat de bevindingen een betrouwbaar beeld geven van het onderzochte type verwijzingen - niet-acute nieuwe verwijzingen naar de interne geneeskunde, de neurologie en de dermatologie - in Nederland, exclusief de randstad. Deze conclusie is gebaseerd op de vergelijking van de respondentgroepen op een aantal kenmerken en de hoge respons. Wat betreft de verklaring van de kwaliteit van verwijzingen kan worden geconcludeerd dat de bevindingen ten aanzien van het onderzochte type verwijzingen generaliseerbaar zijn voor het gehele land. De variabelen, waarvan is verondersteld dat deze samenhangen met de kwaliteit van verwijzingen, variëren voldoende.

De keuze om meerdere specialismen in het onderzoek op te nemen, ten einde verschillen in de kwaliteit per specialisme te kunnen aantonen, blijkt zinvol te zijn geweest. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat de verwijzingen naar verschillende specialismen niet 'op één hoop geveegd' kunnen worden.

De uitkomstaspecten: de verandering van de functionele toestand, het ziektegevoel en de ongerustheid, die in de tijd zijn gemeten - direct na het eerste consult bij de huisarts, na afloop van de verwijzing of drie maanden na het eerste consult en drie maanden na het tweede meetmoment - hebben laten zien dat er tussen het tweede en derde meetmoment geen significante verandering meer optreedt op deze gebieden. In vervolgonderzoek kan daarom worden besloten een meting op de langere termijn voor deze aspecten achterwege te laten.

In dit onderzoek is de beslissing om te verwijzen als uitgangspunt genomen. Er is niet gebruik gemaakt van een controlegroep van vergelijkbare patiënten die *niet* zijn verwezen. Dit zou het mogelijk hebben gemaakt na te gaan of de gezondheidstoestand, de ongerustheid en de diagnostische zekerheid ook in dezelfde mate veranderen als de patiënt niet zou zijn verwezen. Een dergelijk onderzoek brengt ethische bezwaren met zich mee. Een mogelijkheid zou zijn geweest om het effect van 'tijd' op de verandering te meten, door na te gaan of het delay tussen het tijdstip van verwijzen en het eerste consult bij de specialist van invloed zou zijn geweest op de verandering. Bij de in ons onderzoek betrokken specialismen is er echter slechts een beperkt delay (de meeste patiënten kunnen binnen 14 dagen terecht bij de specialist en een tiende moet langer dan een maand wachten).

De meetinstrumenten

Veel van de instrumenten om de kwaliteit van verwijzingen te meten en te verklaren is door ons zelf ontwikkeld, omdat er weinig instrumenten beschikbaar waren.

In het algemeen kan worden gesteld dat de interne consistentie van de meeste schalen redelijk tot goed is. De factoranalyses geven de inhoudelijk verwachte structuur. De interne consistentie van de schaal die de uitkomst van de verwijzing meet, is zo gering gebleken dat besloten is geen schaal van de verschillende elementen te vormen. De problemen van de meetinstrumenten betreffen met name de reproduceerbaarheid en de 'gevoeligheid' van de instrumenten.

Om *de doelmatigheid van het handelen van huisarts en specialist* te bepalen is gebruik gemaakt van een beoordeling door onafhankelijke artsen van een aantal aspecten van doelmatigheid op basis van ziektegeschiedenissen. Ziektegeschiedenissen zijn een beperkte weergave van de werkelijkheid, met name wat betreft de anamnese van de huisarts en de specialist. Uit de reacties van de onafhankelijke artsen blijkt dat zij bij de meeste verwijzingen over voldoende informatie beschikten om een oordeel over de doelmatigheid te kunnen geven. Als men van mening was dat de informatie gebrekkig was, betrof dit meestal het handelen van de huisarts. Gebruik van audio- of video-opnamen kunnen de informatie over het handelen van de artsen vergroten. Dit was voor ons in verband met de hoge arbeidsintensiviteit niet te realiseren.

Bij de beoordeling van de doelmatigheid - en *de kwaliteit van de verwijsbrief* - is de overeenstemming tussen de onafhankelijke artsen over het algemeen matig, wat inherent is aan het gebruik van impliciete criteria. Deze bevinding is overeenkomstig de resultaten van het onderzoek van Grundmeijer en van Weert.¹ Dokters handelen niet alleen verschillend maar oordelen ook verschillend. Uit de test-hertest voor de doelmatigheid van het

handelen van de artsen blijkt dat de intra-beoordelaars betrouwbaarheid redelijk is. Mogelijk kan de reproduceerbaarheid van de beoordeling van de doelmatigheid worden vergroot door een meer gedetailleerde beoordeling uit te voeren, door niet in het algemeen te vragen: 'is er te veel diagnostiek onderzoek gedaan?', maar door over elk diagnostisch onderzoek een oordeel te vragen. Men kan bijvoorbeeld vragen of er te veel bloedonderzoek, te veel röntgenonderzoek etc. is verricht. Een andere mogelijkheid is meerdere beoordelaars in gezamenlijke sessies tot overeenstemming te laten komen. Hoe groot de reproduceerbaarheid van deze methode is bij de beoordeling van de doelmatigheid van artsen, is niet bekend, deze zou hoger kunnen zijn dan bij individuele beoordelingen. Dit geldt met name voor de diagnostiek bij bepaalde klachten, omdat hiervoor vrijwel geen standaarden bestaan. De vraag blijft of er tussen artsen überhaupt consensus is te bereiken. Bovendien is het zeer bewerkelijk en alleen zinvol voor het ontwikkelen van nieuwe standaarden.

Een consequentie van het gebruik van impliciete criteria is dat een deel van de variantie in de doelmatigheidsscores en de scores voor de kwaliteit van de verwijsbrief een gevolg is van de lage inter-beoordelaarsovereenstemming. De variantie ten gevolge van de lage inter-beoordelaarsovereenstemming is uniek voor iedere verwijzing en bevindt zich dus op het niveau van de verwijzing. Dit heeft consequenties voor de interpretatie van de verdeling van de variantie bij de variantie-analyses. De variantie op huisarts- en specialistniveau is volledig toe te schrijven aan huisartsen- en specialistenkenmerken, terwijl de variantie op verwijzingsniveau deels het gevolg is van de gebruikte meetinstrumenten.

Wat betreft het meten van *de uitkomst van de verwijzing* geldt voor een aantal aspecten dat de gebruikte meetinstrumenten weinig 'gevoelig' zijn voor de onderzochte populatie. Maar weinig patiënten die naar een polikliniek worden verwezen voelen zich ziek en als men zich ziek voelt is dat maar een beetje. Het meten van het ziektegevoel meet weliswaar een (deel) aspect van de gezondheidstoestand, maar voegt niet veel toe aan de verandering van de klachten en kan daarom in volgend onderzoek achterwege worden gelaten. De score op de beperking in de functionele toestand is bij aanvang van de verwijzing gemiddeld 15 op een schaal van 0 tot 100. Dit ondanks het feit dat bij de samenstelling van de lijst uit de 'Sickness Impact Profile', uitsluitend de onderdelen zijn opgenomen, die bij minder invaliderende aandoeningen van toepassing zijn. Ook maken de meeste patiënten zich bij aanvang van de verwijzing niet erg ongerust (gemiddelde score 7.2 op een schaal van 4 tot 16). De vraag is of een 'gevoeliger' instrument de werkelijkheid beter in kaart zou brengen of dat de beperking in de functionele toestand en de mate van ongerustheid van de patiënten bij het onderzochte type verwijzingen in de werkelijkheid wel meevalt.

In dit onderzoek is voor het meten van de verandering van de gezondheidstoestand en de ongerustheid gebruik gemaakt van een meting in de tijd (longitudinaal) en een retrospectieve meting. De longitudinale meting is bedoeld om de verandering zo objectief mogelijk vast te stellen, de retrospectieve meting om na te gaan hoe de patiënt de verandering achteraf heeft beleefd. Een vergelijking tussen beide metingen heeft laten zien dat de samenhang niet erg sterk is en dat tussen het tweede en derde meetmoment geen significante verandering bij de aspecten die in de tijd zijn gemeten optreedt, terwijl in deze periode een aanzienlijk deel van de patiënten nog wel klachtenverandering ervaart

en in mindere mate ongerustheidsverandering. Bij een oordeel achteraf speelt altijd een zekere mate van vertekening een rol, hoewel de patiënten bij de vraag naar de verandering achteraf zijn geconfronteerd met hun door henzelf aangegeven ongerustheid of klachten op het vorige meetmoment. De vertekening geldt waarschijnlijk het meest voor de ongerustheidsverandering, omdat ongerustheid een diffuser begrip is dan klachten. Voor de vergelijking van de verandering van de functionele toestand en de klachten zou kunnen gelden dat de patiënten niet meer beperkt zijn in hun functioneren, maar nog wel klachten hebben, die daarna nog kunnen verbeteren. Daarnaast speelt de wijze waarop de functionele toestand is gemeten een rol. Aan de patiënten is gevraagd: in hoeverre ervaart u een beperking in uw gezondheidstoestand en niet in hoeverre ervaart u een beperking in uw gezondheidstoestand door de klachten waarvoor u bent verwezen. Hiervoor is gekozen, omdat we ervan uitgingen dat het voor de patiënten, met name ouderen, moeilijk zou zijn een onderscheid te maken tussen de beperkingen ten gevolge van de klachten waarvoor men is verwezen of ten gevolge van andere klachten, ziekte of handicap (comorbiditeit). Uit de resultaten blijkt dat comorbiditeit van patiënten van invloed is op de verandering van de functionele toestand en niet op de klachtenverandering. De verbetering van de functionele toestand is bij de patiënten die een verbetering in de comorbiditeit gedurende de verwijzing ervaren, groter dan bij degene die geen verbetering in de comorbiditeit ervaren en de functionele toestand van de patiënten met comorbiditeit verbetert minder dan bij de patiënten zonder comorbiditeit.

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.

In het tweede hoofdstuk is met betrekking tot de tevredenheid van patiënten over het gedrag van artsen aangegeven dat sommige onderzoekers menen dat patiënten geen onderscheid kunnen maken tussen het instrumentele en het affectieve handelen van artsen, anderen menen van wel. In ons onderzoek komt naar voren dat, wanneer patiënten naar hun verwachtingen over het gedrag van de specialist wordt gevraagd, de patiënten wel een onderscheid maken tussen beide aspecten van het handelen; bij de tevredenheid niet. Blijkbaar kunnen patiënten, als naar hun verwachtingen wordt gevraagd, afstandelijker een onderscheid maken tussen 'aandacht van de specialist voor de klachten' en 'aandacht van de specialist voor de patiënt als persoon', dan bij de tevredenheid. Bij de tevredenheid zullen beide componenten meer met elkaar zijn verweven. Vindt de patiënt dat de specialist onvoldoende aandacht aan de klachten heeft besteed, dan is de kans groot dat de patiënt ook vindt dat de specialist te weinig persoonlijke aandacht heeft gegeven en vice versa.

In dit onderzoek is, naast een *onafhankelijke beoordeling* op basis van impliciete criteria, gebruik gemaakt van *objectieve* en *subjectieve* beoordelingen. Een objectieve beoordeling op basis van expliciete criteria heeft het voordeel dat de reproduceerbaarheid van de resultaten groter is, maar het nadeel dat onderdelen alleen op aan- of afwezigheid kunnen worden beoordeeld, zoals is gebeurd bij de beoordeling van de specialistenbrief. Een subjectieve beoordeling heeft het voordeel dat de persoon in kwestie de gegeven omstandigheden meeweegt in zijn beoordeling. Bijvoorbeeld 'voldoet de standaard van de

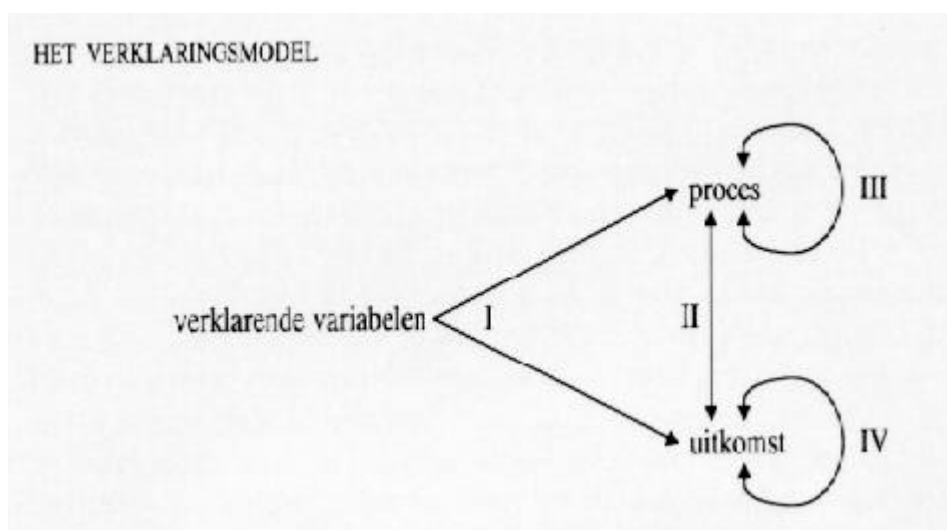
verwijsbrief in de praktijk?’ Een nadeel is dat dit oordeel kan zijn gekleurd door ‘ongewenste’ contextuele factoren of door opvattingen van de beoordelaar. Zo blijkt dat hoe intensiever de (werk)relatie tussen huisarts en specialist is, des te positiever de huisarts is over de berichtgeving van de specialist en ook dat hoe meer de specialist taken aan de huisarts toekent, des te kritischer de specialist is over de kwaliteit van de verwijsbrief. Het is echter de vraag of deze brieven beter zijn, of dat de huisarts bij een brief van een specialist met wie hij intensief samenwerkt milder is in zijn oordeel of beter begrijpt wat de specialist bedoelt. Bij een beoordeling door onafhankelijke artsen spelen natuurlijk ook opvattingen van de beoordelaar een rol, maar zullen ‘ongewenste’ contextuele factoren geen rol spelen, omdat voor hen de verwijzing anoniem is.

Voor het meten van de *verklarende variabelen* is een aantal instrumenten ontworpen. De overeenstemming tussen de beoordelaars over de aard en de ernst van de klachten is groter dan bij de beoordeling van de doelmatigheid van het handelen van de artsen. Bij de aard en de ernst van de klachten is er dus meer sprake van een gezamenlijk referentiekader bij de beoordelaars.

Voor het meten van de opvatting over de wederzijdse taakafbakening zijn nieuwe instrumenten ontworpen, gebaseerd op instrumenten van Dopheide.² Voor de uitspraken is een selectie uit de bestaande items op dit gebied gemaakt. De interne consistentie van de gebruikte lijst is goed. De lijst met aandoeningen is aangepast aan de in dit onderzoek opgenomen specialismen. Daarnaast is in het onderhavige onderzoek de taakopvatting van de artsen twee maal gemeten. Eén maal zijn uitspraken over de taakopvatting zonder context aangeboden en één maal met context (twee jaar na de eerste meting); de uitspraken zijn vervlochten in ziektegeschiedenissen. De reden hiervan is dat wij wilden nagaan of huisartsen en specialisten van mening blijven verschillen over wie welke taak verricht, ook als de uitspraken in een concrete situatie worden aangeboden. De opvattingen van beide groepen blijven redelijk constant.

De resultaten

Voordat de resultaten van de beschrijving en verklaring van de kwaliteit van verwijzingen worden besproken, wordt ingegaan op het verklaringsmodel. Bij de beschrijving van de resultaten wordt een aantal aanbevelingen gedaan die van belang kunnen zijn voor de verbetering van de zorg.



Het verklaringsmodel, dat op de volgende pagina schematisch is weergegeven, is exploratief en moet dan ook worden gezien als een bijdrage aan de verdere ontwikkeling van onderzoek op dit terrein.

De relaties die in het verklaringsmodel in het tweede hoofdstuk zijn verondersteld, zijn in dit onderzoek voor een deel bevestigd.

- I: De aanname dat de verklarende variabelen (waar de structuurvariabelen deel van uitmaken) een rechtstreeks effect hebben op zowel het proces als de uitkomst van de verwijzing is bevestigd.
- II: De veronderstelling dat het proces van invloed is op de uitkomst is niet bevestigd. De doelmatigheid van het handelen van de artsen en de kwaliteit van de communicatie tussen de artsen hebben nauwelijks effect op de uitkomst. Ook de medische interventies zijn nauwelijks van invloed op wat de verwijzing oplevert. Voor het theoretisch concept van Donabedian³, dat het proces van invloed is op de uitkomst, zijn dus geen empirische bouwstenen aangeleverd. Verschillende verklaringen zijn hiervoor mogelijk. 1) Er valt ook geen relatie tussen het proces en de uitkomst te verwachten. De meeste klachten gaan ook over zonder medische interventies (het natuurlijk beloop van de klachten).⁴ Met andere woorden het theoretisch concept van Donabedian klopt niet. Dit lijkt ons onwaarschijnlijk. Want 2) in het onderhavige onderzoek zijn niet alle aspecten van het proces meegenomen, zoals de interpersoonlijke werkstijl van de artsen. Balint geeft aan dat de genezing van patiënten meestal niet alleen is te danken aan een technische of medicinale interventie; aandacht, empathie en respect van de arts voor de patiënt zijn belangrijker.⁵ Een dergelijk effect wordt ook wel het 'placebo-effect' genoemd. Ook Bensing vindt een relatie tussen de tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de huisarts en de interpersoonlijke werkstijl van de huisarts en niet met de medisch-technische werkstijl.⁶ Hoewel de interpersoonlijke werkstijl door ons niet direct is onderzocht, zijn er wel aanwijzingen die in deze richting gaan. Zo blijkt uit de resultaten dat de verandering van de diagnostische kennis en de ongerustheid van de patiënt mede afhankelijk is van het oordeel van de patiënt over het gedrag van de specialist: over de persoonlijke aandacht die hij heeft gehad en de aandacht die aan de klachten is besteed. Op basis hiervan kan worden geconcludeerd dat het

theoretisch concept van Donabedian wel klopt, alleen niet voor de door ons onderzochte aspecten van het proces. 3) Een andere verklaring kan zijn dat de communicatie en de doelmatigheid wel enige invloed op de uitkomst van de verwijzing hebben, maar het natuurlijk beloop en de wijze waarop artsen patiënten bejegenen hebben een grotere invloed op de uitkomst. De door ons gebruikte instrumenten zijn te ‘onnauwkeurig’ en ‘ongevoelig’ geweest om dit zwakke verband aan te tonen.

- III: Tussen de procesaspecten zijn enkele relaties gevonden. Deze relaties kunnen echter niet worden geïnterpreteerd als een oorzaak-gevolg relatie, het gaat meer om een ‘èn/èn’ relatie. Zo schrijven huisartsen die doelmatiger handelen, ook betere verwijfsbrieven. Beide kwaliteitsaspecten worden deels door dezelfde variabelen beïnvloed, zoals de taakopvatting van de huisarts en de ernst van de klachten waarvoor de patiënt is verwezen.
- IV: De gevonden samenhang tussen de uitkomstaspecten is overeenkomstig de verwachting. De verandering van de ongerustheid is van invloed op de verandering van de gezondheidstoestand en de verandering van de diagnostische kennis is van invloed op de verandering van de ongerustheid en vice versa. 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.⁷ Of de aanwezigheid van stress nu een oorzaak of een gevolg is van een klacht, de patiënt zoekt hulp voor het totale ongemak.

Patiënten die kritiek hebben op het gedrag van de specialist hebben ook vaker kritiek op het gedrag van de huisarts. De tevredenheid over het gedrag van de artsen hangt, evenals het doorgaan met zoeken van hulp, niet samen met andere uitkomstaspecten.

DE EERSTE ONDERZOEKSVRAAG: HOE IS DE KWALITEIT VAN VERWIJZINGEN?

In het algemeen kan worden geconstateerd dat, als het gaat om de *doelmatigheid van het handelen van de artsen* de specialist er ‘beter’ afkomt dan de huisarts. De huisartsen zouden méér op diagnostisch en therapeutisch gebied kunnen doen, terwijl de specialisten even vaak méér als minder hadden kunnen doen op diagnostisch gebied. Bij de huisarts gaat het vooral om een uitgebreidere anamnese, meer hematologisch onderzoek en adequater medicatie voorschrijven. Het onderzoek dat de specialist achterwege zou kunnen laten of meer had kunnen doen is zeer divers en varieert van bloedbeeld/BSE tot recto-/colonoscopie en CT-scans. Ook voor de specialist geldt een adequater voorschrijfgedrag en meer aandacht voor het tijdstip van ontslag uit specialistische zorg.

Vergelijking met het onderzoek van Grundmeijer en van Weert, die ongeveer op dezelfde aspecten de doelmatigheid hebben laten beoordelen, is lastig.¹ In hun onderzoek is de beoordeling de analyse-eenheid, terwijl in ons onderzoek de verwijzing de analyse-eenheid is. De beoordeling van het handelen van de huisarts stemt in grote lijnen met elkaar overeen. Op de therapie van de huisarts is in ons onderzoek echter meer kritiek dan

in het onderzoek van Grundmeijer en van Weert. In beide onderzoeken is de richting van de kritiek gelijk: meestal had de huisarts meer kunnen doen.

Op het handelen van de specialist is in ons onderzoek meer kritiek dan in het onderzoek van Grundmeijer en van Weert; dit geldt zowel voor de diagnostiek, de therapie als de duur van de specialistische zorg. Ook hier komt de richting van de kritiek wel overeen. Dat de specialisten in ons onderzoek meer kritiek krijgen dan de specialisten in hun onderzoek valt niet te verklaren door het feit dat zij alleen het handelen van internisten hebben onderzocht, terwijl in ons onderzoek ook dermatologen en neurologen zijn betrokken. Het blijkt dat internisten (en dermatologen) in ons onderzoek juist wat vaker kritiek krijgen dan de neurologen. Op het nut van de verwijzing door de huisarts is in ons onderzoek juist wat minder kritiek dan in het onderzoek van Grundmeijer en van Weert. In beide onderzoeken worden verwijzingen nuttig gevonden, omdat de diagnose is bevestigd of uitgesloten of omdat een therapie is ingesteld. Als de verwijzing niet nuttig wordt gevonden is dit meestal, omdat de huisarts het beter zelf had kunnen doen; de specialist kan niet veel toevoegen. Naast het onderzoek van Grundmeijer en van Weert is er nauwelijks ander onderzoek dat zich op de door ons onderzochte aspecten van de doelmatigheid van het handelen heeft gericht, behalve waar het gaat om de noodzaak van de verwijzing. Zoals in het tweede hoofdstuk is aangegeven lopen de bevindingen over de noodzaak van de verwijzingen nogal uiteen. Opmerkelijk in ons onderzoek is dat de verwijzende huisarts zelf vaker twijfelt aan de noodzaak van de verwijzing dan de onafhankelijke beoordelaars (respectievelijk 8 % onnodig en 30 % twijfel tegenover 10 % onnodig en 14 % twijfel).

Bij ruim een kwart van de verwijzingen heeft de specialist diagnostiek van de huisarts herhaald. Voor het optreden van doublures in de diagnostiek door de specialist maakt het niet uit of de huisarts nu wel of niet zijn diagnostiek zorgvuldig in de verwijsbrief heeft vermeld. Dit betekent niet dat het vermelden van diagnostiek in de verwijsbrief wel achterwege gelaten kan worden. In het kader van professionalisering en standaardisering van de huisartsgeneeskunde worden aan de verwijsbrieven eisen gesteld, waaronder het vermelden van door de huisarts verrichte diagnostiek. Als de huisarts de uitslagen niet opschrijft, moet de specialist de onderzoeken in ieder geval herhalen; daarbij kunnen de uitslagen van de huisarts voor de specialist ook als referentiepunt dienen. Bovendien dienen de specialisten, in het licht van de doelmatigheid van de zorg, onnodige doublures te voorkomen.

Bij een overgrote meerderheid van de verwijzingen heeft de specialist gedaan wat de huisarts wilde, maar dit komt omdat de huisarts de specialist ook meestal vrijliet en de specialist dus per definitie gedaan heeft wat de huisarts wilde.

In de NHG-standaard 'De verwijsbrief naar de tweedelijns' wordt als één van de doelen van de verwijsbrief genoemd: De huisarts invloed laten uitoefenen op het verloop, de aard en de omvang van de verdere behandeling.⁸ Een voorwaarde om dit doel te bereiken is dat de verwijsbrief ten minste aan de volgende richtlijn van de NHG-standaard voldoet: De vraagstelling van de huisarts aan de specialist omvat zo duidelijk mogelijk omschreven, concrete vragen ten aanzien van diagnostiek en/of beleid in andere zin. Uit de resultaten is gebleken dat veel verwijsbrieven niet aan deze richtlijn voldoen; de vraagstelling is vaak voor meerdere uitleg vatbaar en de huisarts laat de specialist meestal

vrij. Houding en gedrag ten aanzien van verwezen patiënten zijn bij de meeste huisartsen niet met elkaar in overeenstemming. Uit de taakopvatting blijkt dat veel huisartsen meer invloed willen op wat er met hun verwezen patiënten gebeurt: zij zien de specialist in de eerste plaats als consulent van de huisarts en zij zijn niet bang (te) veel op het terrein van de specialist te komen. In de praktijk laten de meeste huisartsen het beleid echter over aan de specialist. Dit komt overeen met de bevindingen van Kersten, die stelt dat huisartsen slechts in beperkte mate werkelijk pogingen doen om invloed uit te oefenen in de tweedelij. ⁹ De discrepantie tussen houding en gedrag zou als volgt kunnen worden verklaard: 1) De meeste huisartsen willen wel meer invloed in de tweedelij, maar de ervaring heeft geleerd dat de specialist toch geen rekening houdt met hun wensen en daarom geven zij de specialist de vrije hand. Uit het onderzoek blijkt immers dat als de huisarts graag wil dat de specialist zich beperkt in zijn handelen, de specialist dit vaak niet doet en de specialist blijkt ook niet veel waarde te hechten aan de vraagstelling in de verwijsbrief. 2) De 'doorsnee-huisarts' is wel tevreden met de huidige situatie en wil eigenlijk niet meer invloed uitoefenen in de tweedelij. Hun antwoorden op de taakopvattinglijst moeten dan meer worden gezien als 'sociaal gewenst gedrag', in navolging van de heersende opvatting binnen de beroepsgroep. Uit de resultaten komt naar voren dat de meeste huisartsen vinden dat de specialist hun vraag heeft beantwoord.

Als blijkt dat de groep huisartsen die werkelijk meer invloed op de tweedelij willen uitoefenen, beperkt is, dan kan men zich afvragen of het zinvol is afspraken te maken over de onderlinge taakafbakening in de vorm van protocollen, geldend voor alle huisartsen en specialisten. Het valt te overwegen huisartsen die pogingen willen doen om invloed uit te oefenen op de tweedelij, instrumenten te geven waarmee zij die invloed inderdaad kunnen uitoefenen, bijvoorbeeld door middel van de zogenaamde advieskaart. In een eerder deelonderzoek is de mogelijkheid van de introductie van een advieskaart onderzocht. ¹⁰ Van de verwijzingen waarbij in dit onderzoek geen overeenstemming bestond tussen de bedoeling van de huisarts en de verrichte specialistische zorg op therapeutisch gebied, zou de huisarts in tweederde van de gevallen een advieskaart hebben gebruikt. Dit betekent dat de specialist niet zonder overleg met de huisarts een behandeling had kunnen instellen. Met de keuze voor de korte kaart heeft men gekozen voor een instrument waarmee de huisarts te kennen geeft dat de specialistische zorg beperkt dient te blijven, maar waarbij de verantwoordelijkheid van de huisarts en de specialist ten opzichte van de patiënt in vergelijking met de verwijskaart niet wezenlijk verandert. In tegenstelling tot de korte kaart is de advieskaart een instrument waarmee de huisarts te kennen geeft mede verantwoordelijkheid te willen dragen voor de behandeling van de patiënt. Op de vraag of voor de invoering van de advieskaart voldoende draagvlak aanwezig is, kan op grond van de resultaten van de deelstudie geen eenduidig antwoord worden gegeven. De ene helft van de artsen is voorstander van invoering, de andere helft niet. Noch onder huisartsen, noch onder specialisten is een grote meerderheid vóór invoering (61 % van de huisartsen en 44 % van de specialisten). Dit percentage duidt erop dat de huisartsen wel meer invloed willen op de tweedelij, maar dat er ook een groep huisartsen is waarvoor dit niet geldt. De huisartsen die voorstander zijn van de advieskaart, zouden bij 60 % van de onderzochte verwijzingen gebruik hebben gemaakt van de advieskaart. De advieskaart zou met name gebruikt worden bij minder ernstige klachten, wanneer de huisarts twijfelt aan de noodzaak van de verwijzing, wanneer de patiënten 'druk' hebben uitgeoefend om verwezen te worden en wanneer de patiënten ter

‘geruststelling’ zijn verwezen. Bovendien wil de huisarts dat de specialist zich beperkt tot een behandelingsadvies of geen therapie instelt. Bij 28 % van deze verwijzingen heeft de specialist een behandeling gegeven. Wanneer de huisartsen werkelijk een advieskaart hadden gebruikt, had de specialist niet zonder overleg met de huisarts een behandeling kunnen geven.

De kwaliteit van de communicatie tussen huisarts en specialist krijgt een minder goede beoordeling dan de doelmatigheid van het handelen van de beide beroepsgroepen. De leesbaarheid van de verwijsbrief laat met name te wensen over; bijna tweederde van de brieven wordt met de hand geschreven. Mogelijk zal de toenemende automatisering in de huisartsenpraktijk, waar het schrijven van de verwijsbrief met de computer onderdeel van uitmaakt, een stimulans zijn voor een betere verzorging.

Het grootste knelpunt dat uit de eerdere onderzoeken naar voren komt is het ontbreken van een duidelijke vraagstelling.^{9 11-14} Zock et al stellen echter dat een expliciete vraag niet in elke verwijsbrief voorkomt, maar dat dit ook niet altijd noodzakelijk is, omdat uit de verwijsbrief vaak al blijkt wat de vraag van de huisarts is (een impliciete vraag).¹⁵ Wij komen echter tot dezelfde conclusie als van Dungen en Wijkkel, namelijk dat de vraagstelling vaak op vele manieren is te interpreteren.¹⁶

Met betrekking tot de vraag: ‘voldoet de standaard in de praktijk?’ kan worden geconcludeerd dat de richtlijnen van de standaard op twee punten niet overeenkomen met de wensen van de specialist. Ten eerste wordt aan de vraagstelling van de huisarts door de specialist weinig waarde gehecht, terwijl hieraan in de standaard een groot gewicht wordt toegekend.

Ten tweede blijken de specialisten de onderdelen: ‘klacht, verdere anamnese en lichamelijk onderzoek’ uit de NHG-standaard bij veel verwijzingen relevant te vinden. Dit onderdeel is echter niet in de minimumbrief van de NHG-standaard opgenomen. Gezien de resultaten van deze studie zou het daar mogelijk wel thuishoren.

Een item dat vaak wordt gemist in de verwijsbrief zijn de psychosociale omstandigheden van de patiënt. De huisarts heeft de mogelijkheid ‘de klachten/aandoening van de patiënt te plaatsen in de levenslijn van de patiënt, rekening houdend met ontwikkelingen binnen diens directe sociale omgeving en gelet op de gehele praktijkpopulatie’.¹⁷ De specialisten hebben deze mogelijkheid niet, zij hebben meestal te maken met een geïsoleerde hulpvraag.

In de specialistenbrieven worden de onderdelen: ‘prognose, een beleidsadvies aan de huisarts, welke informatie de specialist patiënt heeft verstrekt en psycho-sociale factoren’ het minst vermeld in de brief. Deze resultaten komen overeen met andere onderzoeken, die de brieven op aan- of afwezigheid hebben beoordeeld. Als het oordeel van de betrokken huisartsen als maatstaf wordt genomen voor de snelheid van de specialistenbrieven dan hoeven de specialisten de brieven niet sneller te schrijven; de betrokken huisartsen vinden dat de meeste specialistenbrieven ‘op tijd’ zijn. Ook is een overgrote meerderheid van de huisartsen tevreden over de kwaliteit van de specialistenbrieven.

Een aantal malen heeft de inhoud van de specialistenbrief aandacht gehad in de medische vakliteratuur. In de loop der tijd hebben verschillende auteurs criteria opgesteld waaraan een goede specialistenbrief zou moeten voldoen. Er is echter nog steeds geen standaard

voor de specialistenbrief, zoals voor de verwijfsbrief is opgesteld. Daar dit onderzoek wederom bevestigt dat bepaalde onderdelen zoals: ‘de prognose, een beleidsadvies aan de huisarts, welke informatie de specialist aan de patiënt heeft verstrekt en psycho-sociale factoren’, het minst vermeld worden in de brieven, lijkt het wenselijk dat wordt nagegaan wat de argumentatie is van de specialisten om deze onderdelen onvoldoende in de brieven te vermelden.

Tussen de onafhankelijke of objectieve beoordeling en de subjectieve beoordeling over de communicatie bestaat een zwakke tot matige samenhang. Aan welke beoordeling meer waarde moet worden gegeven hangt af van wat men voor ogen staat. Uiteraard moeten degenen aan wie de brief is gericht ermee ‘uit de voeten’ kunnen; echter in deze tijd mogen ook professionele eisen aan de communicatie worden gesteld.

Er is weinig onderzoek verricht naar *de uitkomst van de verwijzing* (de verandering van de gezondheidstoestand, de ongerustheid en de diagnostische kennis).

In zijn algemeenheid kan worden geconcludeerd dat in de meeste gevallen de verwijzing ‘niet voor niets’ is geweest. Bij vrijwel iedere verwijzing treedt een verbetering van ten minste één uitkomstaspect op. Slechts weinig verwijzingen leveren niets op en de diagnostische kennis van de huisarts neemt met name toe; geruststelling van de patiënt is zelden de enige verandering. Dit betekent echter niet dat de verbeteringen niet zouden zijn opgetreden als de patiënt niet zou zijn verwezen. Hierover kan op basis van dit onderzoek geen uitspraak worden gedaan. Uit de resultaten blijkt dat bij een kwart van de verwijzingen de huisartsen de verwijzing wel vaker in heroverweging kunnen nemen.

Bij het meten van de effectiviteit van de verwijzing is door ons geen gewicht aan de verschillende aspecten toegekend. Hiervoor zijn geen absolute standaarden vast te stellen. Het gewicht dat men aan een aspect toekent hangt af van de invalshoek van waaruit men het begrip effectiviteit benadert 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. Stuurt de huisarts de patiënt alleen in ter geruststelling dan is de verbetering van dit ene aspect voldoende. De verwijzing is dan dus primair gericht op de ongerustheidsverandering; de uitkomst van de rest van de aspecten is van secundair belang.

Ook de Jongh constateerde een verbetering van de klachten en ongerustheid bij de meeste patiënten na een verwijzing.¹⁸ In het onderzoek van Grundmeijer en van Weert leveren de verwijzingen minder klachten en ongerustheidsafname op als in het onderhavige onderzoek.¹ 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 tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de artsen in het onderhavige onderzoek is in het algemeen redelijk, maar niet bijzonder groot, in tegenstelling tot de uitkomsten van andere onderzoeken. Dit verschil in resultaat kan mogelijk worden toegeschreven aan het feit dat in ons onderzoek bepaalde aspecten over het gedrag van de artsen meer gewicht hebben gekregen dan in andere onderzoeken, zoals de informatieverstrekking en patiëntenparticipatie.

11 % Van de patiënten neemt geen genoegen met wat de verwijzing heeft opgeleverd. Niet eerder is onderzoek gedaan naar het aantal patiënten dat doorgaat met het zoeken van hulp gedurende of na afronding van de verwijzing. Men zou kunnen concluderen dat dit aantal te verwaarlozen 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', zoals de resultaten van dit onderzoek bevestigen. Met evenveel recht kan men echter concluderen dat het aantal niet te verwaarlozen is, gezien in het licht van de toename van de medische consumptie, die niet alleen een financieel vraagstuk vormt, maar ook een medicaliseringsvraagstuk. Bij de doorzoekers is het doorzoeken in veel gevallen een stap in een al langer bestaand proces van medische consumptie.

Sinds de zeventiger jaren is er veel veranderd in de gezondheidszorg: de structuur, de technologie, het aantal en het soort voorzieningen; maar ook de patiënt is (mede) veranderd. Lieten patiënten vroeger veel aan de artsen over - 'de dokter weet het het beste' - en bepaalden artsen de kwaliteit van zorg aan de hand van impliciete criteria, onder invloed van een emancipatoir proces is de patiënt mondiger geworden. Vele patiëntenorganisaties en platformen zijn sinds de zeventiger jaren ontstaan. De patiënt zou echter niet alleen mondiger zijn geworden, maar ook veeleisender. 'De patiënt wordt steeds meer cliënt en laat zich steeds minder opsluiten in de rol van uitsluitend hulpzoeker en behandelde. Als mondige consument op een markt van groeiend aanbod zal hij ook de arts tot een rolverschuiving dwingen: van hulp- naar dienstverlening'.¹⁹ Formeel hebben de Kwaliteitsconferenties in Leidschendam in de jaren 1989 en 1990 bevestigd dat ook de patiënt vanuit hun eigen visie eisen aan de te verlenen zorg mogen formuleren en een oordeel over de kwaliteit van de verleende zorg mogen uitspreken. Recentelijk hebben de patiëntenplatformen criteria geformuleerd over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Wat vooral belangrijk is voor de vertegenwoordigers van de platformen zijn de rechten van de patiënt: recht op informatie, recht op het vragen van een 'second opinion' aan een andere arts en het recht om zelf te beslissen over de behandeling.²⁰ Hier ligt een dilemma. Het bevredigen van de vraag naar zorg zal waarschijnlijk meer tevreden patiënten opleveren, maar ook medicaliserend werken. De vraag die beantwoord dient te worden is of alles wat kan, ook moet, en of alles wat gewenst wordt of waar men meent recht op te hebben, ook kan. De professionele verantwoordelijkheid brengt met zich mee dat de zorg soms een andere inhoud kan hebben dan de zorg die gericht is op het verkrijgen van een tevreden patiënt. In deze zin kan de tevredenheid van de patiënt beter als middel gezien worden om goede kwaliteit te realiseren, dan als doel (streefwaarde) van de gezondheidszorg.

Spreeuwenberg presenteert een aantal modellen van de wijze waarop artsen patiënten kunnen benaderen.²¹ Deze drie modellen hebben primair betrekking op menselijke aspecten van de arts-patiënt relatie. De wijze waarop de medisch-technische aspecten door de arts worden gehanteerd, is een gevolg van deze relatie tussen arts en patiënt.

- 1) In het mechanistische model reduceert de arts zichzelf tot object; hij fungeert enkel als instrument voor de uitvoering van de wensen van de patiënt. Door deze mechanistische uitvoering van de behoeften, wensen van de patiënt en opvattingen reduceert de arts niet alleen zichzelf, maar ook de patiënt tot een object.
- 2) In het paternalistische model overheersen de normen, waarden en opvattingen van de arts. Er is geen sprake van een dialoog tussen arts en patiënt. De normen, waarden en opvattingen van de patiënt worden getoetst aan die van de arts en als het ware door zijn optiek gefilterd. Deze ongelijkwaardigheid reduceert de patiënt tot object van handelen van de arts.
- 3) In het participatiemodel wordt de deskundigheid dienstbaar gemaakt aan het subject-zijn. Er is een onverbreekelijke relatie tussen objectiverende activiteiten en de erkenning van het subject; er wordt expliciet plaats ingeruimd voor de opvattingen, normen en waarden van arts en patiënt. Beide partners erkennen en herkennen elkaar als object en subject.

Spreeuwenberg geeft aan dat in dit laatste model ruimte is voor ontwikkeling en groei, ook om naar het dragen van verantwoordelijkheid toe te groeien. De arts, die een patiënt heeft die het moeilijk vindt om persoonlijke verantwoordelijkheid te aanvaarden voor zijn ziekte en gezondheid, moet blijven proberen zijn patiënt bij beslissingen te betrekken en hem zo leren een echte samenwerking aan te gaan.

Het voordeel van dit model is dat het de belangen van beide partners in het oog houdt. Door de samenwerking worden de rechten en plichten van zowel arts als patiënt gewaarborgd. Het participatie-model is gebaseerd op mondigheid en verantwoordelijkheid. Een mondige hulpverlener-hulpvrager- relatie vereist van beide partijen extra inspanningen én sociale vaardigheden.²²

Naast medische-technische vaardigheden zijn sociale vaardigheden dermate belangrijk dat ook daaraan professionele eisen mogen worden gesteld. In dit onderzoek zijn niet de sociale vaardigheden van de artsen onder de loupe genomen en daarom kan niet worden geconcludeerd dat de artsen daarin tekort schieten. Echter uit de beoordeling door de patiënt kunnen door de artsen concrete punten ter verbetering worden gehaald. De tevredenheid van de patiënt over het gedrag van de artsen in het onderhavige onderzoek is in het algemeen redelijk, maar niet bijzonder groot, in tegenstelling tot de uitkomsten van andere onderzoeken; dit komt wellicht door de keuze van andere items. Patiënten vinden dat de artsen hen meer zouden moeten betrekken bij hun beslissingen, mededeelzamer moeten zijn, vooral over de oorzaak van de klachten. Of zoals de doorzoekers in de interviews hebben aangegeven: men wil erkenning voor de klachten en men wil vooral serieus genomen worden. 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. De artsen doen er dus goed aan na te gaan welke gedachten de patiënt zelf heeft over de klachten, waarover hij zich ongerust maakt. Bügel geeft aan dat reacties als: 'Kom, kom, is het zo erg' averechts werken. Formuleren als: 'Ik begrijp dat u zich ongerust maakt of ik begrijp dat u last heeft van de klachten', schaden nooit.²³ Angstre-

ductie is vooral een emotionele behoefte, waarbij de persoon van de arts een belangrijke rol kan spelen.

Bensing beveelt op grond van haar onderzoek aan extra te investeren in specifieke onderwijs- en onderzoekprogramma's die geschikt zijn voor de psycho-sociale hulpverlening en de hulpverlening voor somatiserende patiënten.⁵ In dit geval gaat het om de huisarts-patiënt relatie, maar het geldt evenzeer voor de specialist-patiënt relatie. In steeds meer ziekenhuizen wordt de laatste jaren bewust meer aandacht besteed aan het 'klantvriendelijk' werken. Zo wordt steeds vaker gebruik gemaakt van voorlichtingsmateriaal en hebben vele ziekenhuizen een coördinator patiëntenvoorlichting. Recentelijk is in één van de ziekenhuizen in het noorden van het land gestart met het observeren van specialistische consulten. Na het consult wordt met de specialist doorgenomen in hoeverre de sociale vaardigheden van de specialist kunnen worden verbeterd.

DE TWEDE ONDERZOEKSVRAAG: WAT VERKLAART DE KWALITEIT VAN VERWIJZINGEN?

Een aantal verklarende variabelen blijkt wel samen te hangen met een kwaliteitsaspect, maar de bijdrage van deze variabelen verdwijnt bij de verklarende analyse, door de samenhang die bestaat met andere variabelen. Wanneer dit het geval is, is geconcludeerd dat de veronderstelling niet is bevestigd.

Een aantal van de onderzochte verklarende variabelen is van invloed op meerdere aspecten van de kwaliteit van de verwijzing, andere variabelen hebben in het geheel geen invloed op de kwaliteitsaspecten.

Bij het proces van de verwijzing hebben we te maken met verklarende variabelen op twee niveaus. Ten eerste de niet-verwijzingsspecifieke variabelen: de huisartsen- en specialistenkenmerken. Bij alle verwijzingen waar dezelfde huisarts of specialist betrokken is, zijn deze variabelen gelijk. Ten tweede de verwijzingsspecifieke variabelen. Deze variabelen variëren per verwijzing.

De kwaliteit van de communicatie hangt voor een belangrijk deel af van de huisarts of de specialist, terwijl de doelmatigheid van het handelen van huisarts en specialist vrijwel volledig van de omstandigheden van de verwijzing afhangt. De kwaliteit van de verwijsbrief wordt voor bijna driekwart door de huisarts bepaald en slechts voor ruim een kwart door de omstandigheden van de verwijzing. Bij de specialistenbrief hangt een kwart tot een derde van de variatie in de kwaliteit af van de specialist.

Van de onderzochte niet-verwijzingsspecifieke variabelen blijkt de taakopvatting van de huisarts en de specialist het belangrijkste te zijn. De veronderstelling uit het tweede hoofdstuk is bevestigd: als de huisarts en de specialist de huisarts een brede taak toekennen, handelt deze doelmatiger en voor de huisarts geldt eveneens dat deze betere verwijsbrieven schrijft. Voor de kwaliteit van de specialistenbrief is de taakopvatting van de specialist niet van groot belang. Het volgen van de richtlijnen van de NHG-standaard voor de verwijsbrief gaat ook samen met een betere verwijsbrief.

De demografische kenmerken van de huisarts en specialist hangen nauwelijks samen met de doelmatigheid van het handelen. Alleen blijkt het handelen van neurologen vaker overeen te komen met de wens van de huisarts en ook het handelen van neurologen wordt doelmatiger gevonden dan het handelen van internisten en dermatologen. Tevens blijkt dat huisartsen ook doelmatiger handelen als zij naar een neuroloog verwijzen. Deze

bevinding is niet in overeenstemming met de veronderstelling uit het tweede hoofdstuk dat bij dermatologische verwijzingen doelmatiger zou worden gehandeld door huisarts en specialist. Als gekeken wordt naar de uitkomst van de verwijzing blijken neurologische verwijzingen zich ook te onderscheiden van verwijzingen naar de internist en de dermatoloog. Verwijzingen naar de neuroloog leveren minder klachten- en ongerustheidsafname op. Ook gaan patiënten die naar de neuroloog zijn verwezen vaker door met het zoeken van hulp. De gevonden verschillen tussen de neurologie enerzijds en de interne en dermatologie anderzijds kunnen te maken hebben met de verschillen in morbiditeit tussen de specialismen. Bij de patiënten die doorgaan met het zoeken van hulp komen twee 'neurologische' diagnoses significant vaker voor, namelijk: spanningshoofdpijn en het costo claviculair compressie syndroom. Een verklaring voor het doelmatiger werken van huisarts en specialist bij neurologische verwijzingen ligt niet direct voor de hand.

De veronderstelling dat demografische kenmerken van de huisarts samenhangen met de doelmatigheid van het handelen van de huisarts is gebaseerd op het gegeven dat uit ander onderzoek naar voren is gekomen dat deze kenmerken samenhangen met de hoogte van het verwijscijfer. Het feit dat tussen deze kenmerken en de doelmatigheid van het handelen geen samenhang bestaat, bevestigt dat de hoogte van het verwijscijfer geen oordeel toelaat over de kwaliteit van het verwijsbeleid van de huisarts.

Demografische kenmerken van huisarts en specialist hangen meer met de kwaliteit van de communicatie samen dan met de doelmatigheid van het handelen. Artsen met minder praktijkervaring schrijven betere brieven dan meer ervaren artsen; dit komt overeen met de veronderstelling uit het tweede hoofdstuk. Het blijkt echter dat deze relatie niet bestaat bij artsen die volgens de richtlijnen van de NHG-standaard voor de verwijsbrief werken. Bij de huisartsen die zeggen niet volgens de standaard te werken zijn de brieven van huisartsen met veel ervaring veel minder goed dan de brieven van minder ervaren huisartsen. De grootste winst in de kwaliteit van verwijsbrieven kan dus geboekt worden bij huisartsen met veel ervaring die niet werken volgens de NHG-standaard. Hun jongere collega's schrijven, ook zonder zich bewust te zijn van de richtlijnen van de standaard, al veel betere brieven.

Andere demografische kenmerken die van belang zijn, zijn voor de huisarts de praktijkvorm en voor specialisten het specialisme en het type ziekenhuis waarin de specialisten werkzaam zijn. De brieven van huisartsen werkzaam in gezondheidscentra zijn op onderdelen beter dan brieven van andere huisartsen. Brieven van specialisten uit academische ziekenhuizen zijn uitgebreider dan brieven van specialisten uit niet-academische ziekenhuizen, terwijl specialisten uit kleine ziekenhuizen sneller brieven schrijven dan specialisten uit grotere ziekenhuizen. Hageman et al. menen dat de situatie van ziekenhuis tot ziekenhuis zo verschilt dat ieder ziekenhuis zelf criteria moet opstellen waaraan een specialistenbrief zou moeten voldoen.²⁴ Helaas beargumenteren zij hun opvatting niet; ons inziens zijn er ook geen argumenten te bedenken dat dit zinvol zou zijn.

Ook in overeenstemming met de veronderstellingen in het tweede hoofdstuk is dat dermatologen sneller bericht sturen naar de huisarts dan internisten of neurologen. Wat betreft de relatie tussen het specialisme en de inhoud van de berichtgeving is geen veronderstelling geuit. De dermatologen blijken echter minder uitgebreide brieven te schrijven dan neurologen en internisten. De betrokken huisarts is het minst tevreden over de brieven van de dermatoloog. Als gekeken wordt naar de items van de specialistenbrief

die zijn beoordeeld - diagnose, prognose, beleidsadvies, psychosociale factoren, aan de patiënt verstrekte informatie, vervolgspraken en voorgeschreven medicatie - ligt een verklaring hiervoor niet voor de hand. Bij dermatologische verwijzingen lijken de onderzochte items niet van minder belang dan bij internistische of neurologische verwijzingen.

De kenmerken van de patiënt zijn van invloed op de tevredenheid over het handelen van de artsen. Jongeren, ziekenfondsverzekerden en lager opgeleiden zijn ontevredener over het gedrag van de artsen. Hieruit kan niet de conclusie worden getrokken dat de kwaliteit van de zorg aan ouderen beter is dan aan jongeren. Ouderen zijn vaker terughoudender in hun oordeel over de ontvangen zorg, omdat zij meer de neiging hebben om de rol van de 'goed aangepaste' patiënt te vervullen.^{25 26} 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.²⁷ Blijkbaar is het voor artsen moeilijker om met patiënten, die uit een ander milieu komen en vaak een andere leefwereld hebben dan de zijne, om te gaan.

De tevredenheid van patiënten over het gedrag van huisarts en specialist wordt ook bepaald door de verwachtingen die ze van te voren hadden. 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.²⁸ 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.²⁹

Voor het doorgaan met het zoeken van hulp blijkt, zoals verondersteld, de gezondheidsoriëntatie van de patiënt van belang. De patiënten die van mening zijn dat anderen hun gezondheid bepalen - extern georiënteerden - gaan vaker door met het zoeken van hulp dan patiënten die van mening zijn dat zijzelf invloed kunnen uitoefenen op hun gezondheid - intern georiënteerden. Verder blijken het vooral vrouwen te zijn die verder hulp zoeken. Andere niet-verwijzings specifieke patiëntenkenmerken hangen niet samen met het doorgaan met het zoeken van hulp.

Het enige patiëntenkenmerk, namelijk de leeftijd, waar een samenhang werd verondersteld met de verandering van de gezondheidstoestand, is niet bevestigd.

Als gekeken wordt naar de omstandigheden van de verwijzing, de verwijzings specifieke variabelen, is het type klacht zowel van invloed op de doelmatigheid, de kwaliteit van de communicatie, als de uitkomst van de verwijzing. Huisartsen handelen doelmatiger bij ernstiger en minder problematische klachten (beter diagnostiseerbaar en behandelbaar en geringere rol van psycho-sociale factoren). Dit komt overeen met de veronderstelling in het tweede hoofdstuk. Bij het handelen van de specialist is de relatie met het type klacht echter niet eenduidig. Bij ernstiger en minder problematische klachten handelt de specialist op therapeutisch gebied vaker in overeenstemming met de bedoeling van de huisarts, terwijl op diagnostisch gebied juist het omgekeerde het geval is. Bij ernstiger klachten is de specialist dus minder bereid de diagnostiek te beperken, zoals de huisarts wenst. Dit is ook wel begrijpelijk als gekeken wordt naar de positie van de specialist in de gezondheidszorg. Van de specialisten wordt verwacht dat zij meer aandacht schenken aan ziektebeelden die in de huisartspraktijk weinig voorkomen.³⁰ Elke hypothese wordt uitputtend nage trokken, grote zekerheid wordt nage streefd, voordat tot handelen wordt overgegaan.³¹ Voor specialisten geldt meestal het principe: de patiënt is ziek, totdat het tegendeel is bewezen.³² De gezonden lijken op zieken, anders waren zij niet verwezen.³³ Het type klacht heeft op de verwijsbrief en de specialistenbrief een verschillende uitwerking. Bij problematischer klachten is de kwaliteit van onderdelen van de verwijsbrief minder goed, met name de vraagstelling is minder duidelijk. De specialistenbrief krijgt bij problematische klachten juist een betere beoordeling. Mogelijk geven problematische klachten aanleiding om de huisarts uitgebreider te informeren, bijvoorbeeld over psycho-sociale omstandigheden of om een beleidsadvies aan de huisarts te geven met het oog op de continuïteit van de zorg.

Zoals verwacht werd, verbeteren patiënten met een slechtere uitgangssituatie meer dan patiënten met een relatief goede uitgangssituatie, de mogelijkheden om te verbeteren zijn bij deze patiënten nu eenmaal groter.

Tegen de verwachting in blijkt bij ernstiger klachten de verbetering van de functionele toestand van de patiënt geringer te zijn dan bij minder ernstige klachten. Men zou verwachten dat ernstiger klachten samengaan met een slechtere uitgangssituatie, doch dit blijkt niet het geval te zijn. De veronderstelling dat bij problematischer klachten de klachten en de ongerustheid minder zouden verbeteren dan bij minder problematischer klachten, blijkt te kloppen. Voor de verbetering van de functionele toestand is ook de aanwezigheid van comorbiditeit van belang. Aanwezigheid van comorbiditeit geeft minder verbetering van de functionele toestand van patiënten. Deze resultaten zijn overeenkomstig de veronderstellingen in het tweede hoofdstuk.

Bij het doorgaan met zoeken van hulp blijkt het met name te gaan om spanningsklachten, atopische klachten, klachten van het bewegingsapparaat en moeilijk te diagnostiseren klachten. Dit is ook het type klachten dat uit de onderzoeken naar het gebruik van alternatieve genezers naar voren komt. De duur van de klachten, het aantal huisartsconsulten en eerder contact met andere hulpverleners hangen nauwelijks samen met de uitkomst van de verwijzing.

De werkrelatie tussen huisarts en specialist is niet van belang voor de kwaliteit van het

proces van de verwijzing. Specialisten komen niet vaker aan de wensen van de huisarts tegemoet als er een intensieve werkrelatie bestaat. Ook de kwaliteit van de communicatie is niet lager bij een intensieve werkrelatie, zoals in het tweede hoofdstuk is verondersteld. Verwijsmotieven van de huisarts en beleidsmotieven van de specialist spelen nauwelijks een rol in het proces van de verwijzing. Verwijzingen onder druk van de patiënt of ter geruststelling van de patiënt zijn dus niet ondoelmatiger dan verwijzingen waarbij dit geen rol heeft gespeeld. Alleen als de huisarts bang is iets over het hoofd te zien handelt hij ondoelmatiger dan wanneer dit niet het geval is. Wat betreft de uitkomst van de verwijzing zijn de verwijsmotieven van de huisarts alleen voor de tevredenheid van de patiënt van belang. Als geruststelling van de patiënt geen rol heeft gespeeld bij de verwijsbeslissing is de patiënt tevredener over het gedrag van de huisarts. Er kan dus niet geconcludeerd worden dat huisartsen van verwijzen moeten afzien als de patiënt druk uitoefent om verwezen te worden, alleen maar omdat de patiënt zich ongerust maakt. Verwijzingen onder druk van patiënten leveren immers net zo veel op als verwijzingen waarbij dit geen rol heeft gespeeld.

De verwachtingen van de huisarts over wat de verwijzing zal opleveren, voorspellen in het geheel niet de uiteindelijke uitkomst van de verwijzing. Alleen de verwachting van de patiënt over de klachtenafname is een voorspeller voor de door de patiënt gerapporteerde klachtenafname. De verwachtingen ten aanzien van de verandering van de ongerustheid en diagnostische zekerheid blijken geen voorspellers voor de gerapporteerde verandering. Volgens de Jongh is de verwachting van de huisarts een betere voorspeller dan de verwachting van de patiënt ten aanzien van de uitkomst van de verwijzing.¹⁸ Hij heeft echter de verwachting van de huisarts gerelateerd aan de uitkomst volgens de huisarts en niet aan de uitkomst volgens de patiënt, zoals in het onderhavige onderzoek.

De veronderstelling dat er vaker een verandering in de gezondheidstoestand optreedt als de specialist een therapie heeft gegeven, dan wanneer hij geen therapie heeft gegeven, wordt niet bevestigd. Ook tussen de diagnostiek van de specialist en de verandering in de diagnostische kennis bestaat nauwelijks samenhang.

Verrassend is dat de verandering in gezondheidstoestand en diagnostische kennis bij patiënten die op het tweede meetmoment, drie maanden na het eerste bezoek bij de specialist, nog onder controle staan, gelijk is aan de verandering bij patiënten die ontslagen zijn uit specialistische zorg. Wel is minder ongerustheidsafname opgetreden bij patiënten die nog onder controle staan. Of de patiënt het eens is met het afronden van de specialistische zorg hangt niet samen met de uitkomst van de verwijzing.

Niet verrassend is dat als de patiënt op het tweede meetmoment weet wat de oorzaak van de klachten is en als de patiënt minder ongerust is, dat de patiënt tevredener over het gedrag van de specialist is. Ook voor het doorgaan met het zoeken van hulp is de situatie op het tweede meetmoment - de gezondheidstoestand en de zekerheid over de diagnose - van belang.

In de inleiding is aangegeven dat deze studie primair ten doel heeft inzicht te geven in de kwaliteit van verwijzingen en in de factoren die de kwaliteit van verwijzingen verklaren. Om dit doel te realiseren is er voor gekozen om meerdere aspecten en meerdere actoren in het onderzoek te betrekken en het onderzoek op arts-patiënt niveau te laten plaatsvinden. Enerzijds geeft deze keuze de mogelijkheid om meer zicht te krijgen op de complexiteit

van het verwijfsproces. Anderzijds heeft deze keuze ook de beperking dat bepaalde aspecten niet goed uitgediept kunnen worden. Ondanks de beperkingen in dit onderzoek, menen wij dat de resultaten een beeld geven van hoe het is gesteld met de kwaliteit van verwijfsingen en van de factoren waardoor de kwaliteit wordt beïnvloed.

Dit onderzoek is exploratief van aard en heeft mogelijkheden en beperkingen aangegeven voor verder onderzoek op het terrein van de kwaliteit van zorg. Uit het enthousiasme van de deelnemende patiënten, artsen en beoordelaars kan worden afgeleid dat het aan de bereidheid van het veld niet hoeft te liggen om onderzoek op dit terrein te continueren.

Literatuur

1. Grundmeijer H, Weert H van. Patiënt, huisarts en internist. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992. Proefschrift.
2. Dopheide JP. Verwijfsingen door de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.
3. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol II: The criteria and standards of quality. Health Ann Arbor: Administration Press, 1982.
4. Everdingen JJE van, Klazinga NS. Een leugen is alleen zinvol als medicijn. Mediator 1994;3:7-8.
5. Balint M. De dokter, de patiënt, de ziekte. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum, 1975.
6. Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. Utrecht: NIVEL, 1991. Proefschrift.
7. Ben-Sira A. The function of the professional's affective behavior in client satisfaction: A revised approach to social interaction theory. J Hlth Soc Behav 1976;17:3-11.
8. De verwijfsbrief naar de tweedelij (standaard 001 van het Nederlands Huisartsen Genootschap). Huisarts Wet 1989;32:102-5.
9. Kersten TJJMT, Verhage-Spliet CMTh. De invloed van de verwijfsbrief op de procedure in de tweedelij. Tijdsch Soc Gezondh 1990;68:341-5.
10. Engelsman C, Geertsma A, Haayer-Ruskamp FM, Heuvel WJA van den. De advieskaart: bruikbaarheid, haalbaarheid en effectiviteit. Med Contact 1991;25:783-85.
11. Edens R. Verwijfsbrieven getoetst. Med Contact 1977;32:311-6.
12. Kuyvenhoven MM, Melker RA de. Verwijfsingen naar interne en chirurgische specialismen. Huisarts Wet 1986;29:365-8.
13. Bremer GJ. Een onderzoek van verwijfsbrieven. Huisarts Wet 1989;32:100-1.
14. Beugeling A, Wouden JC van der. De verwijfsbrief in zijn context. Med Contact 1989;44:873-6.
15. Zock AL, Leeuwenburg J, Pleumeekers H. De verwijfsbrief getoetst. Huisarts Wet 1989;32:505-8.
16. Dungen L van, Wijkkel D. Samenwerking na verwijfsing. Amsterdam: Onderzoekscentrum 1e-2e lijn, Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, 1993.
17. Grol R, Smits A, Franssen H, Huygen F, Weel C van. Continuïteit in de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 1987;30:275-9.
18. Jong TOH de. Verwijfsing: verwachtingen en effecten. Med Contact 1986;41:511-5.
19. Thung PJ. Morgen brengen. Scripta Medico Philosophica 1990;7:61-73.
20. Brink C van den. Systeem voor kwaliteitsbevordering huisartszorg. Maandblad Patientebeweging 1993;7/8:6-8.
21. Spreeuwenberg C. Huisarts en Stervenshulp. Deventer: van Loghum Slaterus, 1981.
22. Horst F van. De mondige patiënt: naar medezeggenschap in de gezondheidszorg. In: Leerboek Medische Sociologie, onder redactie van Aakster CW, Kuiper G. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1984.
23. Bügel PC. Tactiek voor de huisarts. Amsterdam: Elsevier (Medica Reeks), 1986.
24. Hageman HJ, Giffen H van, Meyboom WA. Verslaglegging van specialist aan huisarts. Med Contact 1984;16:513-14.
25. Zee J van der. De vraag naar de diensten van de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.

26. Wendte JF. Patiënten in het ziekenhuis: de betekenis van medische gegevens voor de meningen van patiënten over hun verblijf in het ziekenhuis. Leiden: Rijkuniversiteit, 1984. Proefschrift.
27. Cassee ETh. Naar de dokter. Meppel: Boom, 1973.
28. Mechanic D. Medical Sociology. New York: Free press, 1968.
29. Freidson E. De medische professie. Lochem-Poperinge: De Tijdstroom, 1981.
30. Gerritsma JGM, Smal JA. De werkwijze van huisarts en internist; een vergelijkend onderzoek met behulp van een interactieve patiëntensimulatie. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1982. Proefschrift.
31. Grol R (red), Eijk J van, Huygen F, Mesker P, Mesker-Niesten J, Mierlo G van, Morkink H, Smits A. Huisarts en somatische fixatie; theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie. Nijmegen: Universitair Huisartsen Instituut, 1981.
32. Everwijn SEM, Melker RA de. De werkwijze van huisarts en specialist. Huisarts Wet 1985;28:302-6.
33. Knottnerus JA, Volovics A. Het onderscheidende vermogen van diagnostische tests. Huisarts Wet 1989;32:338-46.