

## 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.*

## SAMENVATTING

Dit proefschrift heeft als onderwerp de kwaliteit van verwijzingen van de huisarts naar de specialist. Het doel is inzicht te krijgen in de factoren die de kwaliteit van het proces en de uitkomst van verwijzingen verklaren. Om het doel te realiseren is er voor gekozen om meerdere aspecten van de kwaliteit van verwijzingen en meerdere actoren in het onderzoek te betrekken en het onderzoek op arts-patiënt niveau te laten plaatsvinden.

De laatste jaren staat de kwaliteit van zorg maatschappelijk steeds meer in de belangstelling, zowel bij de overheid, de beroepsgroepen, als de patiëntenorganisaties. Ook op wetenschappelijk gebied is er een toenemende belangstelling voor dit onderwerp; tot op heden is er op dit terrein echter nog maar weinig onderzoek gedaan. (hoofdstuk 1).

In hoofdstuk 2 is beschreven hoe is gekomen tot het model om de kwaliteit van verwijzingen te onderzoeken. Het model is exploratief van aard. De aspecten waarop de kwaliteit van verwijzingen is onderzocht, zijn: de doelmatigheid van het handelen van de artsen, de kwaliteit van de communicatie tussen de artsen en de uitkomst van de verwijzing. De uitkomst is gemeten aan de hand van de aspecten: de verandering van de gezondheidstoestand (functionele toestand, ziektegevoel en klachten), de ongerustheid en de diagnostische kennis, de tevredenheid van de patiënten over het gedrag van de artsen en het aantal patiënten dat doorgaat met het zoeken van hulp gedurende of na afronding van de verwijzing. Tussen de kwaliteitsaspecten wordt een samenhang verondersteld. Tevens is aangegeven van welke factoren wordt verondersteld dat deze de kwaliteit van verwijzingen verklaren.

In hoofdstuk 3 zijn de onderzoekopzet, de uitvoering van het onderzoek en de meetinstrumenten beschreven. Op drie momenten tijdens het verwijzingsproces zijn gegevens bij de huisarts, de specialist en de patiënt verzameld. De gegevens zijn geïnventariseerd met behulp van vragenlijsten, interviews, verwijs- en specialistenbrieven. Het gaat om niet-acute verwijzingen naar de interne geneeskunde, neurologie of dermatologie, verspreid over 8 ziekenhuizen in Groningen en Friesland. De huisartsen zijn aselekt uit de verzorgingsgebieden van de 8 ziekenhuizen getrokken. Het onderzoek is gestart op het moment dat de huisarts besluit om de patiënt te verwijzen. De huisarts heeft iedere patiënt, die aan de onderzoekscriteria voldeed, vanaf een door ons vastgestelde datum (variërend van oktober 1989 tot februari 1990) gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. De deelnemende specialisten zijn die specialisten waarnaar de door de huisarts aangemelde patiënten zijn verwezen. De doelmatigheid van het handelen van de huisarts en de specialist en de kwaliteit van de communicatie tussen beiden is beoordeeld door onafhankelijke artsen, de onderzoekers en de betrokken huisartsen en specialisten. De verandering van de functionele toestand, het ziektegevoel, de ongerustheid en de kennis op diagnostisch gebied (diagnose en diagnostische zekerheid) is gemeten door de onderzoekers, door de scores op drie of twee meetmomenten met elkaar te vergelijken (objectieve verandering). Daarnaast is aan de patiënt, de huisarts en de specialist op het tweede meetmoment een oordeel achteraf gevraagd over de verandering van de klachten en de ongerustheid. Veel van de gebruikte meetinstrumenten zijn door ons zelf ontwikkeld,

omdat er weinig meetinstrumenten beschikbaar waren. De gebruikte schalen hebben de verwachte structuur en de interne consistentie varieert van matig tot goed. Bij de beoordelingen door onafhankelijke artsen of door de onderzoekers varieert de interbeoordelaarsovereenstemming van zwak tot redelijk.

In hoofdstuk 4 komt naar voren dat de respons van de drie onderzoeksgroepen hoog is. In het onderzoek zijn 309 verwijzingen opgenomen. Uit vergelijking van de responsgroepen met populatiecijfers en andere onderzoeken blijkt dat in ons onderzoek relatief veel vrouwelijke en meer ervaren huisartsen zijn opgenomen. De huisartsengroep vormt verder een getrouwe afspiegeling van de Noordelijke regio: relatief veel apotheekhoudende huisartsen in een solopraktijk in landelijke gebieden. Tevens zijn in het Noorden relatief veel kleine ziekenhuizen. In de specialistengroep zitten relatief veel jonge artsen, waarvan een aantal in opleiding is tot specialist. De morbiditeit, één van de belangrijkste kenmerken van de verwijzingen, komt redelijk overeen met de morbiditeit van verwijzingen in ander onderzoek. Wanneer wordt gekeken naar de opvattingen en verwachtingen van de respondenten blijken de huisartsen zichzelf een bredere taak te geven dan de specialisten de huisartsen toebedelen. Patiënten hebben vóór het bezoek aan de specialist vaak geen uitgesproken mening over het gedrag van de specialist in de arts-patiënt relatie en zijn frequenter dan huisartsen van mening dat de huisarts 'dienstbaar' naar de patiënt moet zijn (tegenwoordig moet komen aan de wensen van de patiënt en het zekere voor het onzekere moet nemen).

In de hoofdstukken 5 tot en met 9 staan de beschrijving van de kwaliteitsaspecten en de verklaring van de kwaliteit centraal. In hoofdstuk 10 wordt de samenhang tussen de kwaliteitsaspecten besproken.

Bij de 309 onderzochte verwijzingen gaat het over het algemeen om klachten die matig ernstig zijn en waarbij een behandeling meestal noodzakelijk wordt geacht. De klachten zijn redelijk te diagnostiseren en te behandelen en bij één op de vijf spelen psychosociale factoren een rol. Bij de meeste patiënten bestaan de klachten ongeveer een half jaar en één op de drie patiënten heeft hiervoor al eens een andere hulpverlener bezocht, meestal een andere specialist. Bij eenderde van de patiënten bestaat comorbiditeit (andere klachten, ziekte of handicap waarvoor men niet is verwezen), meestal een chronische ziekte.

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

Op het moment van verwijzen voelen de meeste patiënten zich niet ziek, maar wel enigszins beperkt in hun functioneren. Een grote meerderheid van de patiënten maakt zich een beetje ongerust over de klachten; slechts een kleine groep maakt zich erg ongerust. Bijna driekwart van de patiënten weet op het moment van verwijzen niet zeker wat de oorzaak van de klachten is; bij de huisarts ligt dit percentage iets lager. Bij de meeste verwijzingen laat de huisarts de specialist vrij te bepalen welk onderzoek en welke behandeling gegeven moeten worden.

De verwachtingen ten aanzien van de uitkomst van de verwijzing (klachten-, ongerustheid- en diagnostische kennisverandering) zijn bij de huisartsen hoger dan bij de patiënten.

*De doelmatigheid van het handelen van de huisarts* krijgt bij een beoordeling door onafhankelijke artsen een 6.8 als gemiddelde 'rapportcijfer'. De huisartsen hebben in minder dan de helft van de gevallen aanvullend onderzoek verricht, vooral bloedonderzoek, en bij bijna driekwart van de verwijzingen een behandeling ingesteld, meestal medicamenteus. De patiënt is volgens het oordeel van de onafhankelijke artsen nogal eens te vroeg verwezen; de huisarts had vaak méér kunnen doen voordat hij de patiënt verwees, vooral op diagnostisch gebied, en in een kwart van de gevallen is de noodzaak van de verwijzing twijfelachtig.

Patiënten vinden vrijwel alle verwijzingen noodzakelijk. Bij ongeveer de helft van de verwijzingen wordt door de betrokken huisarts of de specialist getwijfeld aan de noodzaak van de verwijzing. Kritiek van de betrokken huisarts en specialist op de diagnostiek en therapie van de huisarts betekent meestal dat men van mening is dat de huisarts méér had kunnen doen voordat hij de patiënt verwees.

*De doelmatigheid van het handelen van de specialist* krijgt een hogere beoordeling van de onafhankelijke artsen dan de huisarts; het gemiddelde 'rapportcijfer' is een 8.2. De specialisten hebben bij de meeste verwijzingen aanvullend onderzoek verricht en een behandeling ingesteld, met name medicamenteus. Bij ruim een kwart van de verwijzingen wordt onderzoek dat door de huisarts is gedaan, door de specialist herhaald; meestal betreft het Hb en BSE.

Bij ruim de helft van de verwijzingen krijgt de diagnostiek van de specialist kritiek van de onafhankelijke artsen. Het gaat even vaak om diagnostiek die de specialist méér had kunnen doen als om diagnostiek die hij achterwege had kunnen laten. Op de therapie van de specialist is minder kritiek dan op de therapie van de huisarts. Meestal had de specialist méér kunnen doen, met name op medicamenteus gebied. Bij ongeveer één op de tien verwijzingen houdt de specialist de patiënt te lang onder controle. In een kleiner aantal gevallen heeft de specialist de patiënt te vroeg uit specialistische controle ontslagen.

De betrokken huisarts en specialist hebben weinig kritiek op de diagnostiek van de specialist. De betrokken huisarts twijfelt vaker aan de noodzaak van de continuering van de specialistische zorg dan de betrokken specialist en patiënt. De patiënten vinden juist vaker dat ze onterecht uit de specialistische zorg zijn ontslagen.

Het handelen van de specialist komt meestal overeen met de bedoeling van de huisarts, omdat de huisarts de specialist bij een grote meerderheid van de verwijzingen vrij laat het beleid te bepalen. Bij de verwijzingen, waarbij de huisarts een beperkte bedoeling heeft, is de overeenstemming niet zo groot: op diagnostisch gebied bij ruim eenderde van de verwijzingen, op therapeutisch bij ruim de helft en wat betreft de duur bij tweederde van de verwijzingen. Het ontbreken van overeenstemming betekent vrijwel altijd dat de specialist te veel heeft gedaan.

De betrokken huisarts en specialist zijn bij ongeveer driekwart van de verwijzingen beiden van mening dat het diagnostisch en therapeutisch handelen van de specialist overeenstemt met de bedoeling van de huisarts.

De doelmatigheid van het handelen van de huisarts en de specialist wordt vrijwel volledig door de omstandigheden van de verwijzing bepaald. Het gaat vooral om de aard en ernst van de klachten en het specialisme. De doelmatigheid hangt in geringe mate van de taakopvatting van de huisarts en de specialist af; als de huisarts een brede taak wordt toegekend, wordt er doelmatiger gewerkt.

*De kwaliteit van de verwijsbrieven* wisselt sterk; eenderde van de verwijsbrieven krijgt een 'onvoldoende' bij een beoordeling door onafhankelijke artsen en de onderzoekers. Het meest negatief komt de verzorging van de verwijsbrief uit de beoordeling. De meeste brieven zijn niet getypt en daarom vaak minder goed leesbaar. De beschrijving van de personalia, de klachten van de patiënt en de probleemdefinitie zijn over het algemeen voldoende; de beschrijving van de verdere anamnese en het lichamenlijk onderzoek schiet nogal eens tekort. De duidelijkheid van de vraagstelling laat vaak te wensen over, met name op therapeutisch gebied. De huisarts vermeldt vaak niet of slechts gedeeltelijk de door hem verrichte diagnostiek en therapie in de verwijsbrief. Als de huisarts in de brief het geneesmiddelengebruik van de patiënt vermeldt, doet hij dit over het algemeen goed; schrijft hij niets in de verwijsbrief over het geneesmiddelengebruik, dan wordt dit vaak gemist. Ook worden de psychosociale omstandigheden van de patiënt vaak in de brief gemist.

De betrokken specialisten vinden dat een meerderheid van de brieven van de huisarts 'model' kan staan voor een goede verwijsbrief, wel hebben zij bij tweederde van de verwijsbrieven kritiek op onderdelen. De psychosociale omstandigheden vindt de specialist het meest frequent onvoldoende. De minste kritiek is op de vraagstelling in de verwijsbrief.

De volgende items van de verwijsbrief acht de specialist het meest van belang: persoonsgegevens patiënt, klacht patiënt, anamnese, lichamenlijk onderzoek, probleemdefinitie, reeds ingestelde behandeling, vroegere ziekten en de leesbaarheid van de brief.

In *de specialistenbrieven* ontbreken vaak de onderdelen prognose, psychosociale factoren, aan de patiënt verstrekte informatie en beleidsadvies aan de huisarts. Een beleidsadvies ontbreekt nogal eens in de gevallen, waarin ten tijde van het schrijven van de specialistenbrief het contact met de patiënt nog niet is afgerond. De diagnose en de vervolgfafspraken op de polikliniek worden in de meeste brieven wel vermeld. Ook de voorgeschreven of geadviseerde medicatie is meestal volledig vermeld. Het duurt gemiddeld 18 dagen na het eerste consult van de patiënt tot de specialist de eerste brief aan de huisarts stuurt.

De betrokken huisarts vindt meestal dat de berichtgeving van de specialist op tijd is geweest, niet te lang is en model kan staan voor een goede specialistenbrief. De onderdelen prognose en aan de patiënt verstrekte informatie komen er relatief het slechtste af, maar ook hier is ruim driekwart van de huisartsen tevreden. De huisarts baseert zijn 'overall' oordeel over de specialistenbrief vooral op de bespreking van anamnese en onderzoek, de voorgeschiedenis, de vervolgfafspraken en de aan de patiënt verstrekte informatie en minder op de beantwoording van de vraagstelling en aanvullend onderzoek.

De kwaliteit van de verwijsbrief hangt voor het grootste deel van de huisarts af; de

omstandigheden van de verwijzing zijn van minder groot belang. De inhoud en de snelheid van de specialistenbrief worden daarentegen voornamelijk door de omstandigheden van de verwijzing bepaald.

Huisartsen met korte praktijkervaring, met een brede taakopvatting en huisartsen die werken volgens de NHG-standaard voor de verwijsbrief schrijven betere verwijsbrieven. Brieven naar de dermatoloog zijn over het algemeen beter dan brieven naar de internist of de neuroloog.

Dermatologen schrijven sneller een brief aan de huisarts dan internisten en neurologen; ook specialisten werkzaam in kleinere ziekenhuizen geven de huisarts sneller bericht. De brieven van de dermatologen zijn minder uitgebreid dan de brieven van de internisten en de neurologen; met name de prognose, een beleidsadvies aan de huisarts en informatie over vervolgspraken ontbreken vaak. De brieven van specialisten werkzaam in een academische ziekenhuis zijn het meest volledig. Het type klacht heeft op de verwijsbrief en de specialistenbrief verschillende uitwerking. Bij problematische klachten is de kwaliteit van de verwijsbrief minder goed; de specialistenbrief krijgt bij problematische klachten (moeilijker te diagnostiseren en te behandelen en psychosociale factoren spelen een grotere rol) juist een betere beoordeling.

Wat betreft *de verandering van de gezondheidstoestand, de ongerustheid en de diagnostische kennis* heeft bijna iedere verwijzing iets positiefs opgeleverd; er zijn slechts 5 verwijzingen die niets opleveren. Het meest frequent verbetert de kennis van de huisarts op diagnostisch gebied. Vier verwijzingen leveren alleen een afname van de ongerustheid van de patiënt op.

De functionele toestand, het ziektegevoel en de ongerustheid van de patiënt verbeteren significant in de eerste drie maanden, daarna niet meer (objectief gemeten). De meeste patiënten ervaren in de eerste drie maanden een afname van de klachten en de ongerustheid, maar ook daarna ervaart nog de helft van de patiënten een afname van de klachten en een kwart een afname van de ongerustheid (oordeel van de patiënten achteraf).

De betrokken 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 bij de patiënt zijn afgenomen. Als zij hierover wel een oordeel hebben komt dit nogal eens niet overeen met de ervaring van de patiënt.

Bij ruim een kwart van de verwijzingen verandert er niets aan de diagnostische kennis van de huisarts. Een geringe vooruitgang in diagnostische kennis treedt op bij ruim een derde van de verwijzingen. Bij de overige verwijzingen treedt een sterke vooruitgang op. De vooruitgang bestaat vaak uit een toename van de diagnostische zekerheid van de huisarts. De diagnose van de huisarts blijft bij 4 van de 10 verwijzingen ongewijzigd, 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 tweederde van de patiënten is sprake van een toename van de kennis op diagnostisch gebied; bij de overige patiënten is de kennis gelijk gebleven.

*De tevredenheid over het gedrag van de huisarts* is bij de patiënten over het algemeen redelijk, het gemiddelde 'rapportcijfer' is een 6½. De meeste patiënten vinden

dat de huisarts voldoende aan de klachten heeft gedaan of naar de oorzaak van de klachten heeft gezocht. De patiënten zijn minder positief over de uitleg die de huisarts heeft gegeven over wat hij denkt dat er aan de hand is en over wat de patiënt in het ziekenhuis staat te wachten. Bijna een kwart van de patiënten is niet betrokken bij de beslissing om verwezen te worden en bijna een vijfde deel van de patiënten had eerder verwezen willen worden.

*De tevredenheid over het gedrag van de specialist* is iets groter dan over het gedrag van de huisarts, het gemiddelde rapportcijfer is bijna een 7. Het meest positief is de patiënt over de aandacht die de specialist aan de klachten heeft besteed; het minst positief 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.

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 verandering van de gezondheidstoestand, de ongerustheid en de diagnostische kennis wordt voornamelijk bepaald door de uitgangssituatie. Hoe ongunstiger de uitgangssituatie, hoe meer er verbetert. Verder spelen specialisme, aard en ernst van de klachten, comorbiditeit en verwachtingen van de patiënt bij één of meer aspecten een rol. Neurologische verwijzingen blijken minder klachten- en ongerustheidsafname op te leveren dan dermatologische of internistische verwijzingen. Ernstiger en problematischer klachten (moeilijker te diagnostiseren of te behandelen klachten en psychosociale factoren spelen een rol) leveren minder verbetering van de gezondheidstoestand op. 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. Bij patiënten die een verbetering in de comorbiditeit ervaren is de verbetering in de functionele toestand groter dan bij degene die geen verbetering in de comorbiditeit ervaren. Ook verbetert de functionele toestand van patiënten zonder comorbiditeit meer dan bij patiënten met comorbiditeit. 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 staan van de specialist op het tweede meetmoment hebben minder ongerustheidsafname ervaren dan de patiënten die uit de specialistische zorg zijn ontslagen.

De tevredenheid over het gedrag van de huisarts en de specialist hangt deels af van de verwachtingen of het beeld dat de patiënten hadden over het gedrag. Verder blijkt dat oudere en particulier verzekerde patiënten en patiënten die niet ter geruststelling zijn verwezen, tevredener zijn over het gedrag van de huisarts. Patiënten zijn tevredener over het gedrag van de specialist als ze hoger opgeleid zijn en als ze minder ongerust en zekerder over de diagnose zijn.

Vrouwen blijken vaker door te gaan met het zoeken van hulp dan mannen. Het gaat

vooral om spanningsklachten, atopische klachten, klachten van het bewegingsapparaat en moeilijk te diagnostiseren klachten. Doorzoekers zijn vaker van mening dat hun gezondheid van artsen afhankelijk is dan van henzelf. Het doorgaan met zoeken van hulp is vooral afhankelijk van de functionele toestand en de zekerheid over de diagnose.

Uit de hoofdstukken 5 tot en met 9, die hierboven zijn besproken, is naar voren gekomen dat de verklarende variabelen rechtstreeks van invloed zijn op zowel het proces als de uitkomst van de verwijzing.

In hoofdstuk 10 is de samenhang tussen de verschillende aspecten van de kwaliteit van de verwijzing geanalyseerd. Het proces van de verwijzing blijkt nauwelijks van invloed op de uitkomst van de verwijzing. Met andere woorden, de medische interventies, de doelmatigheid van het handelen van de artsen en de kwaliteit van de communicatie tussen de artsen is nauwelijks bepalend voor de uitkomst. Ook de procesaspecten hangen nauwelijks met elkaar samen. 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. Wel blijkt dat huisartsen die doelmatiger handelen ook vaker betere verwijsbrieven schrijven. Specialist 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. Tussen de uitkomstaspecten bestaat wel een samenhang. 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. Patiënten die kritiek hebben op het gedrag van de specialist hebben ook vaker kritiek op het gedrag van de huisarts.

Tot slot kan op basis van de ervaringen tijdens het onderzoek en de resultaten van het onderzoek worden geconcludeerd dat de gekozen onderzoeksopzet de mogelijkheid heeft gegeven om meer zicht te krijgen op de complexiteit van de verwijzing. De relaties die in het verklaringsmodel zijn verondersteld zijn deels bevestigd. De belangrijkste conclusie is evenwel het ontbreken van een relatie tussen het proces en de uitkomst van de verwijzing.