

huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

Over de verwijzingsgewoonten in de huisartspraktijk

DOOR DR. H. A. M. RUHE, HUISARTS TE HILVARENBEEK

In het in 1963 verschenen boek van de econoom Godefroi over het ziekenfondswezen in Nederland staat te lezen: „De grote toeneming van de vraag (naar geneeskundige hulp) in een korte tijd heeft de hierboven genoemde aspecten (massificering, specialisering, human engineering) van de medische vooruitgang echter geaccentueerd. Niet alleen dat de overbelaste huisarts geen tijd en zin meer heeft om in te gaan op de persoonlijke moeilijkheden van zijn patiënten, hij zal ze ook eerder doorsturen naar de specialist”. „De huisarts, die het te druk heeft, is eerder geneigd patiënten, die hij zelf had kunnen behandelen, door te sturen naar de specialist. Dientengevolge krijgt ook de specialist steeds meer met tijdgebrek te kampen. Het vervangen van de huisarts door de specialist is bovendien ook medisch niet altijd gewenst”.

Het zal zeker wel eens voorkomen dat een huisarts uit gebrek aan tijd, interesse of om een andere niet-medische reden een patiënt doorstuurt naar een specialist. Dit is echter niet de gebruikelijke gang van zaken. Een andere vraag is of de huisarts inderdaad wel altijd op de juiste wijze selecteert bij de verwijzing. Er bestaat in een groot aantal gevallen geen communis opinio over de vraag of specialistische hulp wel of niet nodig is. Aan de huisarts wordt tijdens zijn opleiding niet geleerd op welk moment de specialist moet worden geconsulteerd. Er wordt op vertrouwd dat hij, gelijk hij heeft beloofd, naar beste weten zal handelen. In de praktijk blijkt dat de opvattingen hierover sterk uiteenlopen. Vandaar de grote verschillen in verwijzingsfrequentie tussen de huisartsen onderling.

Zoals Huygen in zijn voorwoord bij het in 1964 verschenen proefschrift van Bremer heeft opgemerkt, er is nog nooit een systematisch onderzoek verricht naar de achtergrond van de grote verschillen in verwijzingsfrequentie. Hij vraagt zich af of door sommige huisartsen te veel en door anderen te weinig wordt verwezen. Zonder de pretentie te

hebben dat het een systematisch onderzoek betreft, wil ik toch de uitkomsten publiceren van een door mij verricht beperkt onderzoek over de verwijzingsgewoonten van een aantal huisartsen uit Tilburg en omgeving. De keuze van deze streek werd uitsluitend bepaald door het feit dat ik in die omgeving praktiseer en zodoende de medewerking kon krijgen van de ter plaatse werkzame ziekenfondsen, huisartsen en specialisten. Over de verwijzingsgewoonten in de particuliere praktijk wordt niets medegedeeld. Daar zijn geen gegevens over beschikbaar.

Basis van ons onderzoek waren de cijfers over het verwijzen; deze werden verstrekt door de ziekenfondsen. Voor een onderzoek naar de verklaring van de inderdaad grote verschillen tussen de huisartsen onderling werd gebruik gemaakt van gegevens over de kosten van de huisartsreceptuur in de fondspraktijk en verder van enkele persoonlijke antecedenten van de betrokkenen, zoals vestigingsduur, plaats van vestiging en administratieve gewoonten bij de praktijkvoering. Ook werden, met toestemming der betrokkenen, een paar vragen gesteld aan de Tilburgse specialisten die met de huisartsen uit stad en omgeving regelmatig samenwerken.

In principe werd de medewerking gevraagd van alle huisartsen, die lid waren van de afdeling Tilburg en omstreken van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en op 1 januari 1965 waren gevestigd; bovendien van alle te Tilburg op die datum werkzame klinische specialisten. De getallen werden verstrekt door het Algemeen Ziekenfonds A.A.Z. voor Tilburg en omstreken alsmede door het Algemeen Ziekenfonds, Centraal Ziekenfonds (C.Z.) voor het Bisdom Den Bosch; beide ziekenfondsen zijn te Tilburg gevestigd, zij verzorgen praktisch de gehele bevolking van de afdeling Tilburg. Van het A.A.Z. waren cijfers over de jaren 1951, 1952,

1957, 1958, 1959, 1963 en 1964 beschikbaar; van het C.Z. getallen over de jaren 1963 en 1964.

Aan 53 huisartsen werd om medewerking gevraagd, van 49 werd deze verkregen. Van deze 49 vielen er vijf af, omdat deze artsen ofwel pas heel kort waren gevestigd, ofwel omdat zij hun patiënten meestal naar andere centra dan Tilburg verwezen. Van de 44 overblijvenden werd door loting een vierde van deelname uitgesloten en drievierde, dus 33 werden aangehouden voor nader onderzoek. Dit geschiedde om geheimhouding te waarborgen. Van deze 33 huisartsen waren twintig te Tilburg en dertien buiten Tilburg werkzaam. Van de laatsten bezaten tien artsen een apotheek.

Aan de 49 deelnemende huisartsen werden de volgende vragen gesteld over hun praktijkvoering en verwijsgewoonten.

Of zij een kaartstelsel hadden van al hun patiënten. Hierop antwoordden 42 ja en 7 neen.

Of zij dit kaartstelsel ook bij hun praktijkvoering gebruikten. Antwoord: 13 altijd, 26 regelmatig, 2 zelden, 8 nooit. Er was één huisarts die wel een kaartstelsel had maar het nooit gebruikte.

Of zij de gewoonte hadden bij het verwijzen naar een specialist de patiënt mondeling of schriftelijk „behoorlijk” bij de specialist te introduceren. Slechts twee antwoordden dat zij dat niet, de overigen antwoordden dat zij dat wel deden. Zeer velen vermeldden daarbij dat zij dat bij de oogarts alleen deden in bijzondere gevallen.

Aan 28 specialisten werd vervolgens een formulier gestuurd met de volgende vragen.

1. Vindt u het in verband met de optimale vervulling van uw taak van belang dat de huisarts u bij verwijzing van een patiënt mondeling of schriftelijk over het voorgelegde probleem inlicht? Hierop antwoordde slechts één specialist neen. Deze vraag werd uitsluitend gesteld omdat bij vele huisartsen de overtuiging bestond dat hun brieven niet door de specialisten werden gelezen.

2. Hebben de hieronder met name genoemde huisartsen (dat zijn dus de 33 hierboven vermelde) de gewoonte om door middel van een brief of mondeling, verwezen patiënten bij u te introduceren? Te beantwoorden met: altijd, soms, nooit, onbekend.

3. Zijn die inlichtingen voor u van waarde bij

de hulpverlening? Eveneens te beantwoorden met: altijd, soms, nooit, onbekend.

Hoe de antwoorden van de specialisten luiden komt straks ter sprake. 21 beantwoordden de toegonden vragenlijst geheel of ten dele, 2 weigerden, 5 lieten niets van zich horen.

Uit de door de ziekenfondsen verstrekte gegevens werd een aantal tabellen gemaakt. In *tabel 1* worden de verwijzingspercentages vermeld van gemiddeld alle huisartsen uit Tilburg en omgeving. Dat wil dus zeggen het gemiddelde aantal verwijzingskaarten per jaar en per honderd ziekenfondsleden, afgegeven door hun huisartsen. Hier zijn dus niet meegerekend de door de specialisten onderling afgegeven verwijzingskaarten wanneer deze bij de hulpverlening aan door de huisarts verwezen patiënten elkaar wensen te raadplegen. Afzonderlijk worden vermeld de gemiddelden voor de stad Tilburg, voor de huisartsen uit de omgeving zonder apotheek en voor de apotheekhoudende artsen. Vervolgens worden gegeven de cijfers voor de meest en voor de minst verwijzende huisarts. Deze laatste cijfers betreffen alleen die huisartsen die in ons onderzoek werden betrokken.

Voor 1951 en 1957 waren geen afzonderlijke cijfers beschikbaar over niet-apotheekhoudende dorpsartsen, omdat hun aantal te gering was.

In *tabel 2* zijn de onkosten vermeld van de door de huisartsen afgegeven recepten. Hier moest een onderscheid worden gemaakt voor de wel- en niet-apotheekhoudende artsen. Immers, voor de niet-apotheekhoudenden, betreft het alleen hun eigen receptuur en niet die der door hen geconsulteerde specialisten, voorzover deze gewend zijn recepten af te geven. Bij de apotheekhoudenden geeft het opgegeven getal de kosten weer van de door hen afgeleverde medicamenten die buiten abonnement worden vergoed, dus ook indien zij op het recept van een specialist zijn verstrekt. De getallen geven de bedragen in guldens weer.

Bij nadere beschouwing der cijfers blijkt dat de huisartsen die het vaakst verwijzen lang niet altijd ook de duurste voorschrijvers zijn. Wel lijkt het zo te zijn dat er op dit gebied spoedig sprake is van gewoontevorming. Een frequente verwijzer blijft dat in de loop der jaren en, hoewel in mindere mate, blijft een dure voorschrijver dat ook gedu-

Tabel 1. Verwijzingspercentage per jaar.

Jaar	Stad	Omgeving		Hoogste Verwijzingspercentage	Laagste Verwijzingspercentage
		Zonder apotheek	Met apotheek		
1951	24,7		16,5	34,7	9,8
1957	26,7		21,88	33,0	12,4
1958	28,27	24,35	22,14	37,5	12,8
1959	30,57	26,51	23,32	38,2	12,6
1963	33,20	26,77	25,20	48,4	13,4
1964	36,6	28,59	25,20	45,3	16,1

rende zijn gehele huisartsenloopbaan. Het omgekeerde is eveneens het geval. Dit blijkt uit de tabellen 3 en 4. Deze tabellen betreffen uitsluitend die huisartsen, die zowel in 1951 als in 1964 en in de er tussenin liggende jaren werkzaam waren. In het totaal bedroeg hun aantal twintig, twee van hen waren echter in 1964 uit de ziekenfondsadministratie verdwenen. Wij duiden deze artsen aan met de letters A tot en met T. Hierbij is voor het jaar 1951 A de meest verwijzende arts en T de minst verwijzende. Voor de volgende jaren worden met dezelfde letters steeds dezelfde artsen aangeduid. Tabel 3 betreft de verwijzingen, tabel 4 de receptuurkosten. In deze laatste tabel komen veertien niet-apotheekhoudende en zes apothekhoudende artsen voor. Wij moesten deze gescheiden houden. In beide tabellen zijn de artsen per jaar gerangschikt van links naar rechts als van hoogste tot laagste verwijzer, respectievelijk duurste tot goedkoopste voorschrijver.

Het zou bijzonder interessant zijn om ook op een of andere wijze te trachten te onderzoeken of de verwijzingsgewoonten van de huisarts iets te maken hebben met zijn bekwaamheid, toewijding

en dergelijke. Het algemeen bekende feit, dat in de steden meer wordt verwezen dan in de dorpen werd ook in ons beperkte onderzoek bevestigd. Maar zowel in de stad als op het platteland treft men gradaties aan in bekwaamheid en toewijding bij de daar werkzame huisartsen. Verder zou het kunnen zijn dat de verwijzingsfrequentie samenhangt met de praktijkgrootte. Oppervlakkig zou men kunnen zeggen: hoe groter de praktijk, hoe minder tijd de dokter heeft, des te meer moet hij dus uit handen geven. Maar met evenveel recht kan men beweren dat een bepaalde dokter erg in trek is omdat hij zo veel zelf doet, kan of weet. Terwijl de ene dokter meer is geneigd om bij allerlei problemen, welke zijn patiënten hem voorleggen, het een tijdje aan te zien of het niet vanzelf weer terecht komt, kan een andere arts het in het belang van de goede gang van zaken achten voor zijn oordeelvorming zoveel mogelijk gegevens te verzamelen, ook die welke hij zichzelf niet kan verschaffen en waar hij dus de specialist voor inschakelt. Destijds heeft *Van der Wielen* getracht de bekwaamheid en de toewijding van de huisarts te meten. Er wordt over getwist of hij daarin is geslaagd. In elk geval had hij voor zijn onderzoek

Tabel 2. Receptuurkosten per jaar van niet-apotheekhoudende en apothekhoudende artsen.

Jaar	Niet-apotheekhoudende artsen			Apothekhoudende artsen		
	Gemiddelde	Receptuurkosten Hoogste	Laagste	Gemiddelde	Receptuurkosten Hoogste	Laagste
1957	4,78	5,80	3,38	1,88	3,93	0,61
1958	6,76	8,48	3,74	2,47	2,98	0,59
1959	7,82	12,93	3,81	2,48	5,29	1,27
1963	12,12	21,64	5,15	3,40	5,97	1,43
1964	14,51	24,55	6,61	4,48	8,26	2,81

Tabel 3. Rubricering op grond van aantal verwijzingen per jaar.

Jaar	De twintig artsen gesplitst in vier groepen van vijf																			
1951	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
1952	A	B	J	C	D	G	E	K	H	L	M	I	F	N	O	P	R	T	Q	S
1957	E	B	D	J	C	A	I	L	H	F	K	M	G	O	N	Q	P	T	R	S
1958	E	B	D	J	C	A	F	G	H	L	I	M	K	O	N	Q	R	P	T	S
1959	E	B	D	A	C	H	L	G	K	J	F	I	M	O	Q	N	P	R	T	S
1963	B	D	H	A	E	L	G	F	I	C	K	J	M	O	P	R	N	Q	T	S
1964	E	D	A	H	B	-	F	G	K	O	I	-	J	M	P	N	R	Q	T	S

Tabel 4. Rubricering op grond van receptuurkosten per jaar *

Jaar	Niet-apotheekhoudende artsen						Apothekhoudende artsen													
1951	H	E	B	M	F	I	O	K	C	D	Q	A	G	L	P	S	R	J	N	-
1952	B	H	F	E	M	I	Q	O	K	A	C	D	L	G	P	-	R	J	N	-
1957	B	H	M	I	E	K	D	A	C	O	F	G	L	Q	R	T	P	N	J	S
1958	B	M	I	E	H	G	C	A	K	O	D	E	L	Q	R	P	S	N	J	T
1959	B	I	M	E	H	C	G	O	A	Q	K	F	D	L	S	J	R	N	P	T
1963	B	O	H	A	F	G	E	I	M	C	K	D	Q	L	S	R	J	N	P	T
1964	B	H	O	A	F	M	I	K	-	E	D	G	Q	-	S	R	J	P	T	N

* Voor 1951 en 1952 ontbreken de opgaven van een, respectievelijk twee apothekhoudende artsen.

zeer veel tijd en hulp van medewerkers nodig. Onze mogelijkheden waren slechts beperkt tot het stellen van enkele eenvoudige vragen. Mogelijkheid tot controle op de gegeven antwoorden was er nauwelijks. Bovendien moest geheimhouding worden beloofd.

Alvorens hier verder op in te gaan moet nog worden vermeld welke antwoorden de specialisten gaven op de gestelde vragen over de wijze, waarop de patiënten naar hen worden verwezen en hoe ik heb getracht deze antwoorden te coderen. Zoals reeds vermeld konden de specialisten op de vragen of de betrokken huisarts de gewoonte had hen in te lichten over de reden waarom een patiënt werd

verwezen en op de vraag of die inlichtingen voor hen waardevol waren, antwoorden: altijd, soms, niet, onbekend. Voor het woord altijd werden twee punten gegeven, voor soms een, voor niet nul en voor onbekend geen punt. Hoe deze punten tot een eindgetal werden verwerkt wordt vermeld in de toelichting op tabel 5 en 6.

Toelichting bij tabel 5. De eerste kolom vermeldt het volgnummer van de huisarts wat betreft zijn verwijzingspercentage. De tweede kolom geeft het verwijzingspercentage weer over de jaren 1963 en 1964. De derde kolom geeft de grootte van de ziekenfondspraktijk aan. Hierbij wil klein zeggen

Tabel 5. Voor een verklaring raadplege men de toelichting.

Volgnummer	Verwijzing (%)	Fondspraktijk-grootte	Specialistencijfer	Volgnummer	Kaartsysteem	Kosten geneesmiddel	Lid N.H.G.	Leeftijd	Vestigingsplaats
01	14,68	Klein	308	21	+	+	+	—	A
02	17,60	Middelmatig	328	13	+	+	—	+	A
03	19,51	Groot	387	1	+	—	—	+	A
04	19,96	Groot	311	20	—	—	—	+	D
05	21,63	Groot	296	26	+	—	—	+	A
06	22,90	Middelmatig	339	9	+	—	+	+	A
07	22,99	Middelmatig	341	7	—	—	—	±	A
08	23,16	Klein	341	8	+	±	—	—	A
09	23,69	Middelmatig	329	12	+	±	—	—	D
10	24,40	Groot	339	10	+	+	+	±	A
11	25,92	Groot	354	3	+	±	—	±	A
12	26,51	Middelmatig	263	31	+	—	—	+	S
13	28,61	Middelmatig	334	11	+	±	+	—	S
14	29,29	Klein	284	28	+	—	—	±	S
15	29,81	Groot	328	14	+	—	+	—	S
16	29,94	Groot	325	15	+	±	+	—	S
17	30,27	Groot	320	16	+	+	—	+	A
18	30,47	Middelmatig	343	5	+	—	+	—	S
19	30,61	Middelmatig	318	18	+	—	+	—	S
20	30,86	Groot	343	6	+	+	+	+	S
21	30,71	Middelmatig	304	22	—	—	—	±	S
22	32,36	Groot	318	19	+	—	—	+	S
23	32,63	Middelmatig	375	2	+	+	+	—	D
24	34,92	Middelmatig	287	27	+	±	—	—	S
25	35,14	Middelmatig	264	30	+	±	—	+	S
26	36,55	Klein	304	23	—	—	—	+	S
27	36,67	Groot	261	33	—	±	—	±	S
28	36,79	Groot	351	4	+	±	+	—	S
29	40,34	Groot	263	32	—	±	—	±	S
30	40,60	Groot	304	24	—	+	—	±	S
31	41,82	Middelmatig	320	17	+	—	+	±	S
32	42,78	Middelmatig	281	29	—	—	—	+	S
33	44,22	Klein	302	25	+	+	—	+	S

minder dan 2000 patiënten, middelmatig tussen 2000 en 3000 en groot meer dan 3000 patiënten. De vierde kolom geeft het specialistencijfer weer. Een en ander is berekend door de punten die werden gegeven bij elkaar op te tellen, de zo verkregen uitkomst te delen door het aantal puntengevende specialisten en deze uitkomst met honderd te vermenigvuldigen. Op deze wijze kon dus een huisarts maximaal het cijfer 400 bereiken. Een specialist, die een bepaalde huisarts geen punt gaf omdat hij zich daar niet toe in staat achtte, bijvoorbeeld omdat hij het niet wist of omdat hij met die huisarts nooit samenwerkte, werd niet meegeteld in de deler. In kolom 5 zijn de huisartsen volgens het specialistencijfer gerangschikt. Hij, die de meeste punten kreeg, kreeg nummer 1, die de minste punten ontving werd 33.

In kolom 6 wil het plus-teken zeggen dat de huisarts zijn kaartsysteem altijd of regelmatig gebruikt en het min-teken dat hij het zelden gebruikt of geen kaartsysteem heeft. In kolom 7 wordt met + aangegeven dat de kosten der voorgeschreven medicamenten boven het gemiddelde lagen, met — dat deze beneden het gemiddelde bleven en met ± dat de kosten ongeveer met het gemiddelde overeenstemden.

In kolom 8 betekent het plus-teken dat de betrokkene actief lid was van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.), het min-teken dat hij geen lid of passief lid was. Kolom 9 geeft de leeftijd van de huisarts aan, met dien verstande, dat plus betekent langer dan twintig jaar gevestigd, plus-minus tien tot twintig jaar en min korter dan tien jaar. In kolom 10 tenslotte wordt met A aan-

Tabel 6. Voor een verklaring raadplege men de toelichting.

Volgnummer	Specialistencijfer	Fondspraktijk-grootte	Verwijzing (%)	Volgnummer	Kaartsysteem	N.H.G.	Leeftijd	Vestigingsplaats
1	387	Groot	19,51	03	+	—	+	A
2	375	Middelmatig	32,63	23	+	+	—	D
3	354	Groot	25,92	11	+	—	±	A
4	351	Groot	36,79	28	+	+	—	S
5	343	Middelmatig	30,47	18	+	+	—	S
6	343	Groot	30,86	20	+	+	+	S
7	341	Middelmatig	22,99	07	—	—	±	A
8	341	Klein	23,16	08	+	—	—	A
9	339	Middelmatig	22,90	06	+	+	+	A
10	339	Groot	24,40	10	+	+	±	A
11	334	Middelmatig	28,61	13	+	+	—	S
12	329	Middelmatig	23,69	09	+	—	—	D
13	328	Middelmatig	17,60	02	+	—	+	A
14	328	Groot	29,81	15	+	+	—	S
15	325	Groot	29,94	16	+	+	—	S
16	320	Groot	30,27	17	+	—	+	A
17	320	Middelmatig	41,82	31	+	+	±	S
18	318	Middelmatig	30,61	19	+	+	—	S
19	318	Groot	32,36	22	+	—	+	S
20	311	Groot	19,96	04	—	—	+	D
21	308	Klein	14,68	01	+	+	—	A
22	304	Middelmatig	30,71	21	—	—	±	S
23	304	Klein	36,55	26	—	—	+	S
24	304	Groot	40,60	30	—	—	±	S
25	302	Klein	44,22	33	+	—	+	S
26	296	Groot	21,63	05	+	—	+	A
27	287	Middelmatig	34,92	24	+	—	—	S
28	284	Klein	29,29	14	+	—	±	S
29	281	Middelmatig	42,78	32	—	—	+	S
30	264	Middelmatig	35,14	25	+	—	+	S
31	263	Middelmatig	26,51	12	+	—	+	S
32	263	Groot	40,34	29	—	—	±	S
33	261	Groot	36,67	27	—	—	±	S

geduid dat het een apotheekhoudende arts betreft, D is een dorpsarts en S een huisarts uit de stad Tilburg.

De 33 huisartsen zijn in drie groepen van elf verdeeld. Men zou kunnen zeggen dat deze groepen respectievelijk de lage, de middelmatige en de frequente verwijzers vertegenwoordigen.

Toelichting bij tabel 6. In deze tabel, die dezelfde elementen bevat als *tabel 5* — alleen de kostenfactor der geneesmiddelen is weggelaten — is bij de rangschikking der huisartsen uitgegaan van het door ons berekende cijfer dat uitdrukt hoe de specialist oordeelt over de wijze waarop door de huisarts, bij de verwijzing van een patiënt, met hem contact wordt gemaakt. Ook in deze tabel zijn de huisartsen in drie groepen van elf gerangschikt.

* * *

Beschouwingen. Het enige wat uit ons onderzoek overduidelijk blijkt is, dat de dorpsarts in de ziekenfondspraktijk veel minder gebruik maakt van specialistische hulp dan de stadsarts. Verder komt naar voren dat iedere huisarts op het gebied van verwijzen zijn vaste gewoonten heeft en deze ook houdt gedurende zijn gehele bestaan als huisarts. Er is geen samenhang tussen de onkosten van zijn receptuur en zijn verwijzingsgewoonten. Evenmin is er een aanwijzing dat de meer ervarene, oudere huisdokter minder zou verwijzen dan de jonge. Met de grootte van de praktijk heeft de verwijzingsfrequentie evenmin iets te maken.

De vraag blijft of de verwijzingsgewoonten, in getallen uitgedrukt, iets hebben te maken met de toewijding of ambitie van de huisarts voorzover het tenminste mogelijk is daar iets over te weten te komen. Om daar een indruk over te krijgen zijn drie criteria in aanmerking gekomen. Ten eerste wordt het niet-gebruiken van een kaartsysteem als een tekortkoming beschouwd. In *tabel 5* is te zien dat van de elf het minst verwijzende huisartsen (allen plattelandsartsen) twee geen kaartsysteem hadden. Bij de elf middelmatig verwijzenden ontbrak bij een huisarts het kaartsysteem; bij de het meest verwijzenden in vijf van de elf gevallen. Hier ligt mijns inziens een aanwijzing dat het ontbreken van een kaartsysteem de frequentie van het verwijzen doet toenemen. Hoe zij, die een kaartsysteem bezaten, dit hanteerden is door mij niet systematisch gecontroleerd. Waar ik de gelegenheid had dit na te gaan klopte de opgave met de realiteit.

Als volgend criterium werd het al dan niet actief lid zijn van het N.H.G. gebruikt. Hierbij werd van het standpunt uitgegaan dat het actief lid zijn een aanwijzing is dat de betrokkene interesse heeft voor zijn beroep en er op uit is zijn kwaliteit te verbeteren. Bovendien kon ik de wijze, waarop de huisartsen hun N.H.G.-lidmaatschap beleefden, zelf waarnemen.

Uit *tabel 5* blijkt dat de actieve N.H.G.-ers

tamelijk gelijkmatig zijn verspreid over de gehele tabel, met een geringe concentratie in de midden-groep.

Blijft over het criterium dat in het specialistencijfer tot uitdrukking komt. Pro memorie: dit cijfer geeft aan in hoeverre volgens het oordeel van de specialisten de huisartsen de gewoonte hebben hun verwijzingen te doen vergezellen van inlichtingen en in hoeverre die inlichtingen de hulpverlening door de specialist ten goede komen. Twee specialisten achtten het niet mogelijk deze vragen te beantwoorden. Twee anderen vonden het beantwoorden van deze vragen te bewerkelijk, een van hen gaf het op na zeven huisartsen van een kenmerk te hebben voorzien, een andere na twaalf.

Eén specialist gaf aan schrijver dezes een grote stapel huisartsenbriefjes ter inzage en liet het aan hem over het uit te zoeken. Hij kreeg ook de strookjes waarop niets stond behalve de naam van de dokter. Uit deze stapel kon alleen worden gedistilleerd wie wel en wie geen inlichtingen gaf, van sommige huisartsen was niets aanwezig. Wat de waarde der inlichtingen betreft werd in deze gevallen onbekend genoteerd. Er was slechts één specialist die over alle huisartsen zijn mening gaf; anderen vulden een of verschillende malen: onbekend in.

Hoe men ook over de waarde van het specialisatencijfer wil denken, het vertoont geen enkele relatie met de verwijzingsfrequentie. Onder de elf het hoogst gewaardeerden bevindt zich een arts zonder kaartsysteem; verder zijn er zeven actieve N.H.G.-ers in deze groep. Bij de elf daarop volgende zijn vijf N.H.G.-ers en twee artsen zonder kaartsysteem. Bij de elf artsen die het laagst gewaardeerd waren is niet één N.H.G.-er en zijn er vijf artsen zonder kaartsysteem.

Samenvattend kan worden geconcludeerd, dat de bewering van Godefroi over het toenemende aantal verwijzingen als gevolg van overbelasting en in samenhang daarmee het doorsturen van fondspatiënten, die de huisarts zelf had kunnen helpen, onjuist is. Verder dat wat de achtergronden van de grote verschillen in verwijzingsfrequentie betreft, aanwijzingen zijn verkregen dat een niet optimale praktijkvoering het verwijzen in de hand werkt (en niet omgekeerd dat frequent verwijzen wijst op een minder goede praktijkvoering). Tenslotte dat het actieve lidmaatschap van het N.H.G. bevorderlijk is voor het vinden van objectieve normen voor de indicatie tot verwijzen.

Samenvatting. Bij een oriënterend onderzoek over de verwijzingsgewoonten in de ziekenfondspraktijk dat plaats vond onder de huisartsen van Tilburg en omgeving werden aanwijzingen verkregen dat bijna iedere huisarts kort na zijn vestiging bepaalde gewoonten krijgt die hij gedurende zijn verdere loopbaan houdt. De frequentie van het verwijzen, welke zeer uiteenliep, hield geen verband met de grootte van de ziekenfondspraktijk, evenmin met de leeftijd van de betrokken huisarts of met zijn receptuurgewoonten. Wel werd in de dorpspraktijken veel minder verwezen dan in de stad waar het specialistencentrum is gevestigd. Voorts leek een

onvoldoende patiëntenregistratie het frequent verwijzen te bevorderen, doch niet omgekeerd. Het oordeel over de verwijzingsgewoonten der betrokken huisartsen gegeven door de specialisten naar wie werd verwezen, vertoonde geen enkele samenhang met de frequentie van het verwijzen. De indruk werd verkregen dat een optimale instelling van de huisarts ten aanzien van zijn werk bevorderlijk is voor het vinden van objectieve normen voor de indicatie tot verwijzen.

Summary. Referral habits in general practice. A preliminary investigation into referral habits in panel practice, made among general practitioners in Tilburg and surroundings, disclosed indications that nearly every general practitioner, shortly after establishing himself in practice, acquires certain habits which he retains throughout his career. The frequency of referral, which varied considerably, was not correlated with the size of the panel practice, nor with the age of the practitioner in question, nor with his

prescription habits. In village practices, referrals were less frequent than in city practices (near the specialist centre). Moreover, insufficient patient registration seemed to promote frequent referrals; the reverse, however, did not apply. The opinion about the referral habits of general practitioners as formulated by the specialists to whom they referred, was not dependent on the frequency of referral. The impression was gained that an optimal attitude of the general practitioner with regard to his work is conducive to the establishment of objective standards for referral indications.

- Bremer, G. J. (1964) Het verwijzen in de huisartspraktijk. Van Gorcum, Assen.
Godefroi, L. S. (1963) Het ziekenfondswezen in Nederland. Martinus Nijhoff, 's-Gravenhage.
Wielen, Y. van der (1960) De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg. Van Gorcum, Assen.

Medisch-sociale problemen bij hemofilie*

DOOR PROF. DR. S. VAN CREVELD

Gedurende vele jaren is hemofilie een ziekte geweest, waarvoor de belangstelling grotendeels bleef beperkt tot de naaste omgeving van de lijder. Dat vele hemofilici van jongs af veel lijden moesten doorstaan ten gevolge van het feit dat zij vaak intra-articulaire of intramusculaire bloedingen doormaakten die vaak met zeer hevige pijnen gepaard gingen, was onbekend. Dat vooral de herhaalde gewrichtsbloedingen van menig hemofiliepatiëntje al vroeg een „crippled child” maakten, werd zelfs in medische kringen veelal niet ingezien. Dat die herhaalde gewrichtsbloedingen het regelmatige schoolbezoek dikwijls onmogelijk maakten doordat een volledige immobilisatie van weken tot maanden bij herhaling noodzakelijk was, drong vaak niet tot de buitenwereld door. En dan te bedenken, dat het intellect van deze kinderen veelal normaal of, de leeftijd in aanmerking genomen, zelfs meer dan normaal is!

In deze geringe bekendheid is in de laatste jaren grote verandering gekomen en de medisch-sociale aspecten van de hemofilie krijgen in vele landen nu meer aandacht. Alvorens dit toe te lichten zij er op gewezen, dat bij de klassieke hemofilie volgens de gangbare opvatting een aangeboren ontbreken van of tekort aan een der dertien tot dusverre bekende stollingsfactoren in het bloed bestaat. De ziekte komt praktisch alleen bij jongens voor. Naast de klassieke hemofilie of hemofilie A onderscheidt men nog andere vormen van hemofilie, waarvan de zogenaamde hemofilie B of Christmasziekte de voornaamste is. Laatstgenoemde ziekte onderscheidt zich klinisch en wat haar gevolgen betreft niet van de klassieke vorm. In frequentie maakt

deze tweede vorm van hemofilie ongeveer 25 procent van alle gevallen uit.

De frequentie van hemofilie in verschillende landen, voor zover deze bekend is, wisselt niet veel; hier te lande komen ongeveer 1000 gevallen voor, dat is ongeveer één geval op 6000 mannen. De ziekte neemt hier en elders in frequentie toe; de oorzaken hiervan zijn de volgende. Men is veel beter dan voorheen gewapend tegen de het leven bedreigende bloedingen; veel meer lijders blijven dus in leven, worden volwassen, gaan trouwen en hebben kans op vrouwelijke nakomelingen, die de ziekte weer op zoons kunnen overbrengen. Men heeft voorts geleerd ook lichte gevallen der ziekte te herkennen. Tenslotte wordt een toenemend aantal gevallen waargenomen waarin de klassieke heredititeit (van moeder op zoon) niet aantoonbaar is; dit betekent dus een toename van de zogenaamde sporadische gevallen van hemofilie.

De sociale problemen bij hemofiliepatiënten hangen vooral samen met het vaak langdurige en frequente schoolverzuim met als gevolg onvoldoende onderwijs en een zeer inadequate voorbereiding voor hun latere leven. Na de schooljaren wordt hun speciale beroepsopleiding vaak en langdurig onderbroken, terwijl nog later bij de uitoefening van een voor hem passend beroep, de hemofiliepatiënt vaak gedurende lange tijd zijn werk moet verzuimen. Dit veelvuldige verzuim kan worden veroorzaakt door het optreden van ernstige bloedingen die huisarrest of ziekenhuisverblijf noodzakelijk maken, of het kan samenhangen met maatregelen die moeten worden genomen om invaliditeit te voorkomen of bestaande invaliditeit te verbeteren. Want de herhaalde gewrichtsbloedingen die vooral optreden op jeugdige leeftijd

* Uit de Hemofilie Kliniek (Huizen N.H.)