

Huisarts en verwijsgedrag

H. J. ROP*, DR. H. LAMBERTS** EN C. VAN WEEL**

Mensen hebben problemen van velerlei aard. Een aantal wordt geduid als „medisch” en voor een deel daarvan wordt hulp gezocht bij een arts. In Nederland is dit meestal de huisarts, omdat deze functioneert als de poort tot het gezondheidszorgsysteem; de meeste problemen handelt hij af en een beperkt deel verwijst hij naar de specialist. Daarover zijn cijfers bekend: verwijscijfers. De zee van deze cijfers klotst voort in eindeloze deining. Men mag zich afvragen of de huisarts zijn ziel weerspiegelt ziet in deze zee en of zij een schoon kan zijn, dat ertoe bijdraagt, dat men zichzelf kent.

Er is ook in Nederland geschreven over het ingewikkelde fenomeen dat met het verwijzen aan de orde is. Hierbij valt de beschikbare informatie grofweg in twee categorieën uiteen. De eerste categorie behelst het onderzoek naar het fenomeen van het verwijzen „sec” en berust vooral op statistieken, modellenbouw en interpretaties van cijfermatige informatie. Wij beperken ons in dit artikel tot de Nederlandse literatuur op dit gebied.

In de tweede categorie zijn de maatschappelijke aspecten van het verwijzen binnen het gezondheidszorgsysteem aan de orde. Of men nu voor de verandering eens een ander boek van Ivan Illich leest, *Navarro* op de voet volgt, danwel in een recent nummer van *Medical Care* de verbitterde Eliot *Freidson* aanhoort, er lijkt overeenstemming te bestaan over één ding: het gezondheidszorgsysteem wordt in maatschappelijke zin niet alleen hoog gewaardeerd, maar is ook bedreigend. Hoe men over een en ander ook denkt, de klinische geneeskunde dient tenminste gecontroleerd en beperkt te worden en dit dan liefst door ondersteuning van de eerste lijn.

Het door elkaar gebruiken van de argumenten van beide categorieën leidt tot opvattingen en uitspraken over de betekenis van het verwijzen, waarvan niet duidelijk is in hoeverre ze statistisch dan wel maatschappelijk relevant

zijn. Het gezondheidszorgsysteem lijkt daarbij op een octopus: het heeft tentakels en zuignappen in ieders dagelijks leven. Of men nu spreekt over medicalisering, superspecialisatie of medische techno- en bureaucratie, er gaan steeds meer stemmen op, dat deze ontwikkelingen ongewenst en ook te duur zijn. Het is duidelijk, dat het verwijzen naar specialisten een zeer ingewikkeld fenomeen is. Het is voor de huisarts echter niets bijzonders om actief betrokken te zijn bij ingewikkelde fenomenen, zonder dat hij zich op ieder moment – of zelfs maar op enig moment – de volledige omvang van hun complexiteit realiseert. Eén moment waarop dit duidelijk wordt, is tijdens zijn opleiding tot huisarts.

Tijdens de tien maanden durende opleiding in ons gezondheidscentrum dient de arts-assistent ook wetenschappelijk werk te verrichten. Het is de bedoeling dat hij een eenvoudig onderzoek doet, met gemakkelijk bereikbare gegevens, zonder ingewikkelde bewerkingen en in een beperkte tijd. Het onderzoek dat hier aan de orde is, past in deze filosofie. Het is een simpel onderzoek en er is niet veel tijd mee gemoeid.

Uitgangspunt is het overzicht van de verwijzingen naar specialisten, dat de Rotterdamse Ziekenfondsen elk kwartaal aan iedere huisarts zenden. Daarin wordt naast het eigen verwijsperscentage ook het Rotterdamse gemiddelde gegeven. Gegevens over de leeftijds- en geslachtsverdeling van de praktijken

*De zee, de zee klotst voort
in eindeloze deining,
de zee waarin mijn ziel
zichzelf weerspiegeld ziet,
de zee is als mijn ziel,
in wezen en verschijning,
zij is een levend schoon
en kent zichzelf niet.*
Willem Kloos

ontbreken daarbij, evenals andere informatie, die de interpretatie zou kunnen ondersteunen. Dit bleek duidelijk toen een van ons zijn assistent probeerde uit te leggen wat hij in feite met deze overzichten deed: eigenlijk niets. Twee vragen deden zich voor:

- is het mogelijk om in het eigen verwijspatroon een verband te leggen tussen opvallende veranderingen en gebeurtenissen, die zich in het professionele en het persoonlijke leven van de huisarts hebben voorgedaan.
- in welke mate levert een vergelijking met het Rotterdamse gemiddelde een bijdrage tot het beoordelen van het eigen verwijsgedrag.

Deze vragen komen niet uit de lucht vallen. *Lamberts* en *Wolgast* hebben laten zien dat het voorschrijfgedrag van huisartsen een mogelijkheid tot toetsing biedt. Het bleek mogelijk om een aantal goed herkenbare voorschrijfpatronen te onderkennen en tevens om het gedrag van de huisarts te beïnvloeden met behulp van intercollegiale toetsing.

Verwijsgedrag in Nederland

Naast de dissertatie van *Bremer* vormt het artikel van *Van Es* en *Pijlman* over het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122 Nederlandse huisartspraktijken, een belangrijke huisartsgeneeskundige bijdrage. Het laatste onderzoek was van het begin af aan gedoemd vleugellam te zijn omdat ruim de helft van de steekproef afviel. Dit beperkt de betekenis van de cijfermatige informatie sterk, wat niet wegneemt dat *Van Es* en *Pijlman* er goed in slagen vele aspecten van het verwijsgedrag van huisartsen op een genuanceerde manier op een rij te zetten. Zij vonden geen relatie tussen verwijsperscentage en praktijkomvang. Evenmin bleek het aantal jaren dat men als huisarts werkzaam was geweest van invloed. Wél bestond een duidelijke relatie tussen de urbanisatiegraad van de praktijk en het verwijsgedrag van de huisarts: naarmate de verstedelijking toenam, steeg het

* Arts-assistent.

** Huisarts te Rotterdam, afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de G.G. en G.D.

verwijspercentage. Na eliminatie van de verwijzingen, die een voortzetting van een reeds aangevangen specialistische behandeling vormden en van verwijzingen wegens refractie-afwijkingen, bleek, dat ruim de helft van de verwijskaarten beruiste op het initiatief van de huisarts. Voorts stelden de auteurs vast, dat vrouwen vaker verwezen werden dan mannen en dat de leeftijd een zeer belangrijke variantiebron is. Op grond van de beschikbare informatie berekenden zij dat bejaarden ruim drie keer zo vaak werden verwezen als jonge kinderen.

Een derde huisartsgeneeskundige bijdrage verscheen in 1975 van de hand van *Pel*. Ook hij concludeerde dat bruto verwijscijfers weinig zeggen: de herhalingskaarten en de „brillenkaarten” vertroebelen het beeld. *Pel* stelde tevens een geleidelijke, jaarlijkse stijging van het gemiddelde verwijspercentage vast, zonder dat hij zich erover uitliet of deze door een verschuiving in de geslachts- en leeftijdssamenstelling van de Nederlandse bevolking was te verklaren.

Vanaf 1975 werd de gehele discussie over het verwijzen beheerst door de geweldige hoeveelheid werk, die de „Leidse Werkgroep”, bestaande uit *Van Praag*, *Van der Gaag* en *Rutten* heeft verricht. In 1975 brachten zij het interimrapport „Het ziekenhuis in de gezondheidszorg” uit. Vervolgens promoveerden *Van der Gaag* en *Rutten* in 1978 op deelaspecten van het door hen verrichte onderzoek.

Op de publikaties van de Leidse Werkgroep volgde een heftige discussie, vooral gekleurd door de belangen van de groepen die in het geding waren. In zoverre was de discussie echter ook wetenschappelijk van belang dat benadrukt werd hoe gecompliceerd verwijsgedrag is en hoe voorzichtig men dient te zijn met de interpretatie van statistische informatie. Toch bekruipt ons soms de gedachte dat, indien alle energie die aan de heftige discussie en de methodenstrijd besteed is, zou zijn aangewend voor het bewerken van reeds bestaande informatie, wij op dit moment meer inzicht in het verwijsgedrag in Nederland zouden bezitten. In 1976 en in 1978 leverde *Kruidenier* een bijdrage aan het onderzoek naar de hoogte van verwijspercentages. Ook hij benadrukte het feit dat verschillen in verwijspercentages niet eenvoudig verklaard kunnen worden.

De beschouwing van *Crebolder* over het verwijzen door huisartsen in een gezondheidscentrum is belangrijk. Hij

sloot niet uit dat gezondheidscentra inderdaad relatief lagere verwijspercentages zouden hebben, maar de interpretatie van de gegevens blijft bijzonder moeilijk, vooral indien men gegevens over de geslachts- en leeftijdsopbouw van de praktijk moet missen. De gegevens uit het *LISZ-jaarboek 1977* ondersteunen echter zijn uitkomsten.

Wanneer we het bovenstaande overzien, zijn een aantal conclusies voor ons van belang:

– het aanbod en de bereikbaarheid van klinische voorzieningen bepaalt het gebruik ervan in belangrijke mate: het gaat te ver om te zeggen dat het aanbod de vraag zonder meer bepaalt, doch er is een sterke relatie;

– op geaggregeerd niveau is er een duidelijke relatie tussen praktijkomvang en (bruto) verwijspercentage. Het gaat hier echter niet om een eenduidig te verklaren relatie: naast de urbanisatiegraad – voorzover deze iets anders weergeeft dan bevolkingsdichtheid – blijken andere culturele gegevens deze relatie te beïnvloeden. Hoe het ook zij, tot op heden is niet aangetoond, dat in het „individuele geval”, dat wil zeggen op een niet-geaggregeerd niveau, een directe relatie tussen de praktijkgrootte en het aantal verwijzingen bestaat;

– er is een kloof tussen macro-economische gegevens, die uit rekenmodellen voortkomen en de mogelijkheden om het gezondheidszorgsysteem te bestuderen en te sturen op een lager aggregatieniveau, rekening houdend met factoren die het individuele functioneren van de huisarts raken. In dit artikel wordt dan ook de omgekeerde weg bewandeld: het individuele handelen van een aantal huisartsen wordt nader bekeken en wellicht kunnen daaruit voor het beleid relevante conclusies getrokken worden. Dit betekent niet dat de waarde van macro-economisch onderzoek in twijfel wordt getrokken; het gaat om twee elkaar aanvullende informatiebronnen.

De opzet van het onderzoek

Het onderzoek is in een aantal stappen uitgevoerd:

1. Eerst zijn de kwartaalverwijscijfers van de huisartsen van de groepspraktijk voor de jaren 1972 tot en met 1977 verzameld. Deze cijfers zijn weergegeven als aantallen verwijzingen per honderd ziekenfondsverzekerden. Uit de percentages zijn vervolgens voortschrijdende gemiddelden (zie hierna) berekend.

2. Dezelfde procedure is gevolgd ten aanzien van de verwijscijfers van de „gemiddelde Rotterdamse huisarts”, het „Rotterdamse gemiddelde”.

3. De hiervoor genoemde gegevens zijn in grafiekvorm voorgelegd aan de individuele huisartsen met de volgende vragen:

– beschrijf het eigen verwijs patroon en let daarbij vooral op wisselingen in de tijd; is er een verklaring voor eventuele wisselingen en is er sprake van een bepaalde tendens?

– heeft de curve van het Rotterdamse gemiddelde waarde voor de beoordeling van de eigen curve?

– zijn er aspecten in het eigen verwijsgedrag, die verandering behoeven en hoe zou die bereikt kunnen worden?

4. Tenslotte zijn gegevens over de leeftijds- en geslachtsverdeling van de praktijken mede in de beschouwing betrokken.

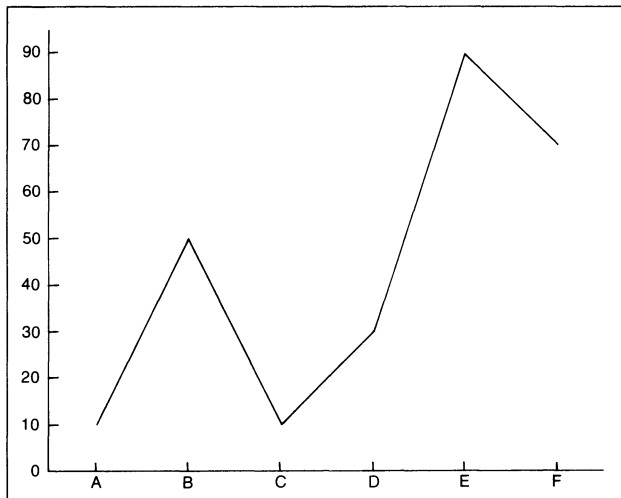
Het onderzoek heeft betrekking op acht huisartsen. Zes huisartsen van de groepspraktijk betrokken in 1972 het nieuwe gezondheidscentrum. Eén van hen blijft in het onderzoek buiten beschouwing, omdat zij eind 1974 het gezondheidscentrum verliet. In 1974 kwam er een nieuwe huisarts bij en bij de aanvang van het dienstverband met de Gemeente Rotterdam op 1 januari 1975 werd de groepspraktijk opnieuw met twee huisartsen uitgebreid. Eén van de huisartsen beëindigde in 1977 zijn praktijk en vertrok naar de Verenigde Staten. Zijn verwijscijfers zijn wel gebruikt, maar zijn antwoorden op de gestelde vragen ontbreken.

De praktische gang van zaken

De Stichting Samenwerkende Rotterdamse Ziekenfondsen verstrekt de huisartsen ieder kwartaal een overzicht van de verwijscijfers, absoluut en procentueel. In plaats van deze kwartaalcijfers gebruiken wij voor dit onderzoek voortschrijdende gemiddelden. Bij voortschrijdende gemiddelden wordt iedere waarde vervangen door het gemiddelde van die waarde en een aantal daaraan voorafgaande en daaropvolgende waarden; in het onderhavige geval zijn de voortschrijdende gemiddelden steeds berekend uit drie kwartaalcijfers.

In *figuur A* zijn de waarden voor zes meetpunten in de tijd weergegeven. In *figuur B* zijn deze waarden vervangen door voortschrijdende gemiddelden, waarbij de gemiddelden bij A en F zijn berekend uit slechts twee waarden

Figuur A. Waarden bij de meetpunten A-F.



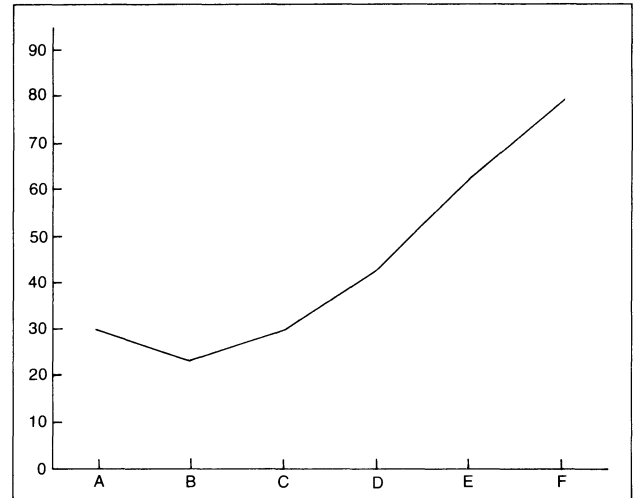
(respectievelijk die bij A en B en die bij E en F in *figuur A*). Het voordeel is, dat zeer heftige schommelingen (bijvoorbeeld door vakantie, ziekte en administratie problemen) op deze manier worden gladgestreken. Dit is tevens van belang omdat het aantal ziekenfondspatiënten – en dus het aantal verwijzingen per kwartaal – beperkt is. De huisartsen hebben steeds rond duizend tot dertienhonderd ziekenfondspatiënten. Het is duidelijk dat daardoor de betekenis van plotselinge, kortdurende schommelingen in de verwijzingspercentages beperkt is.

In de *figuren 1* tot en met 8 zijn de verwijzingscurven van de bij het onderzoek betrokken huisartsen weergegeven. Ter vergelijking is in alle figuren tevens het Rotterdamse gemiddelde – even-

eens op basis van voortschrijdende gemiddelden – getekend. Bovendien zijn in alle figuren de aantallen bejaarden en de aantallen mannen per honderd verzekerden vermeld voor het eerste c.q. het laatste jaar, waarop de curve betrekking heeft.

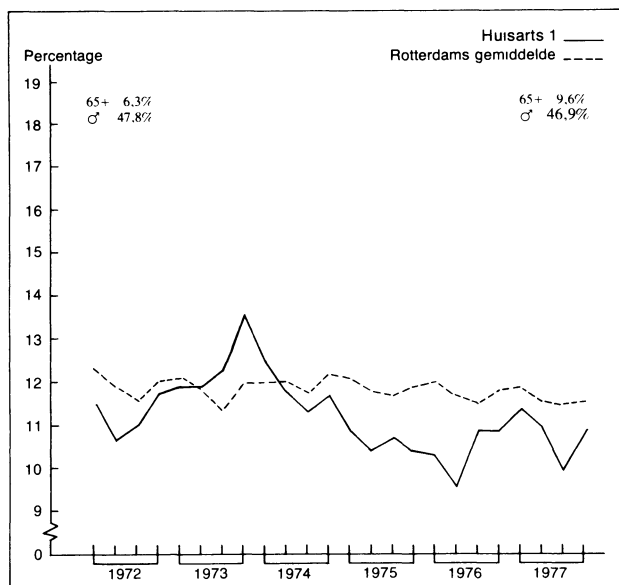
Huisarts 1 (*figuur 1*) ziet als trend tijdens de zes registratiejaren een daling, die hij verklaart door het geleidelijk afnemen van de omvang van zijn praktijk. Voor de piek in het einde van 1973 heeft hij geen verklaring. De Rotterdamse curve ervaart hij niet als een toetsingscriterium, omdat hij de leeftijds- en geslachtsopbouw van de gemiddelde Rotterdamse praktijk niet kent. Huisarts 1 is tevreden over zijn verwijzingsgedrag en ziet geen reden om het te veranderen.

Figuur B. Voortschrijdende gemiddelden van de waarden in *figuur A*.

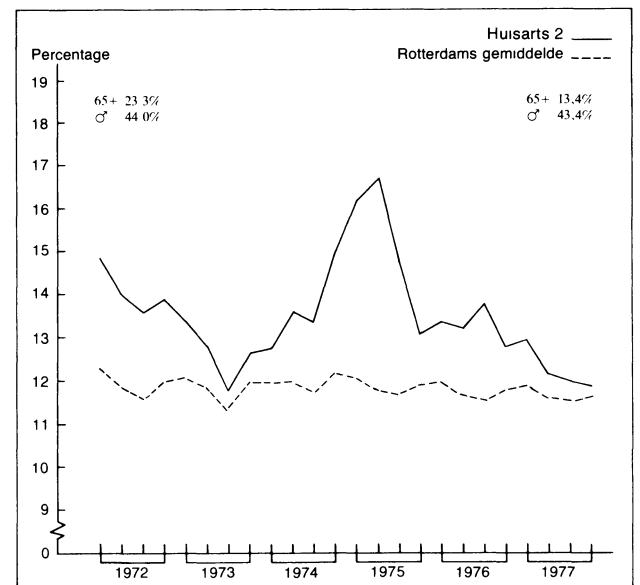


Huisarts 2 (*figuur 2*) heeft bij zijn curve een „Aha-Erlebnis”, omdat de fikse piek in 1975 zich ook voordeelt in zijn voorschrijfgedrag. Het beëindigen van zijn werkzaamheden voor het bejaardenverzorgingstehuis „Rust en Vrede” heeft een belangrijke verandering in de kwantitatieve aspecten van zijn functioneren als huisarts veroorzaakt. Het is duidelijk, dat het stapeltje verwijzingskaarten, in „Rust en Vrede” ondergebracht, omstreeks zijn vertrek aan extra belangstelling onderhevig is geweest. Het door huisarts 2 als „subfebriel” omschreven topje in het midden van 1976 schrijft hij op rekening van zijn eerste arts-assistent. Ook hij ziet het Rotterdamse gemiddelde niet als toetsingscriterium. Hij is tevreden over zijn verwijzingsgedrag en ziet geen aanleiding om het te veranderen.

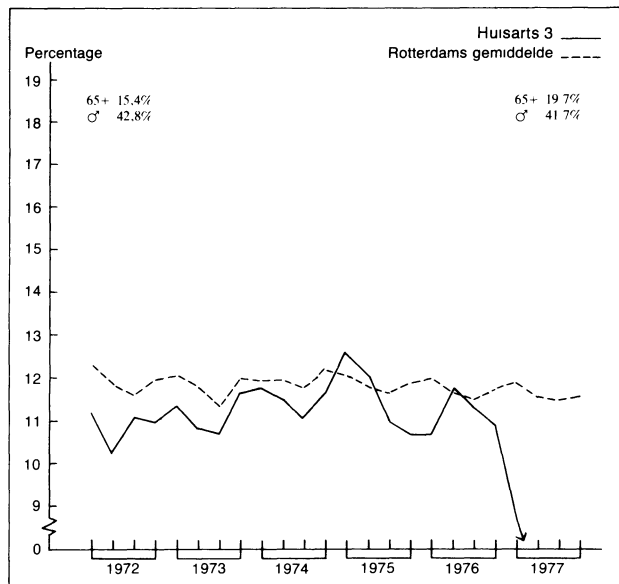
Figuur 1. Het aantal verwijzingen per kwartaal per honderd verzekerden van huisarts 1.



Figuur 2. Het aantal verwijzingen per kwartaal per honderd verzekerden van huisarts 2.



Figuur 3. Het aantal verwijzingen per kwartaal per honderd verzekerden van huisarts 3.



Huisarts 3 (figuur 3) heeft in 1977 Nederland verlaten. Opmerkelijk is, dat hij in zijn voorschrijfgedrag (*Lamberts* en *Wolgast*) sterke wisselingen te zien gaf, terwijl zijn verwijsgedrag veel rustiger blijkt: er is slechts sprake van uitgesproken wintertoppen.

Huisarts 4 (figuur 4) heeft een onrustiger verwijscurve. De stijging eind 1972/begin 1973 verklaart hij door het verhuizen van zijn praktijk naar het gezondheidscentrum. Dit vereiste aanpassing aan een grotere organisatievorm, wat een verzwaring van zijn taak betekende. Eind 1974 is er opnieuw een stijging, die volgens hem be-

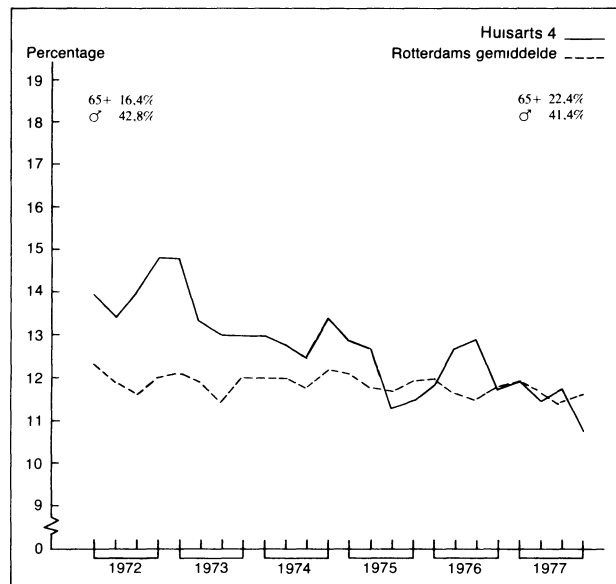
rust op de heftige discussie over het aangaan van een dienstverband met de gemeente Rotterdam. Deze stressrijke periode is niet alleen in zijn verwijsgedrag, maar ook in zijn voorschrijfgedrag (*Lamberts* en *Wolgast*) terug te vinden. Tenslotte is er in 1976 weer een toename. Deze hangt naar zijn mening samen met het op handen zijnde vertrek van huisarts 3, met wie hij bevriend was en die hij slecht kon missen. Daarnaast was er een uitbreiding van zijn dagtaak door zijn functie als huisarts-begeleider.

Huisarts 4 ziet een dalende tendens, die zowel kan worden toegeschreven aan een geleidelijke verkleining van de

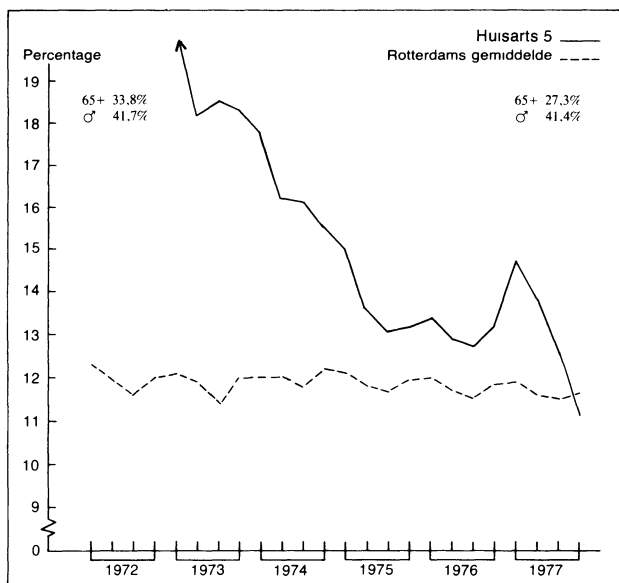
praktijkomvang, als aan de toename van de diagnostische en therapeutische mogelijkheden van hemzelf en het gezondheidscentrum als geheel. Ook hij beschouwt de Rotterdamse curve niet als een duidelijke referentie. Hij vindt niet dat er aanleiding is, zijn verwijsgedrag te wijzigen, behoudens dat hij voornemens is wat meer aan oogheelkundige en dermatologische problemen te gaan doen.

Huisarts 5 (figuur 5) vertoont een geheel ander beeld. De zeer hoge aanloop in 1972 wordt verklaard door het feit dat zij zich in dat jaar vestigde. Het najlën van de administratie van de zieken-

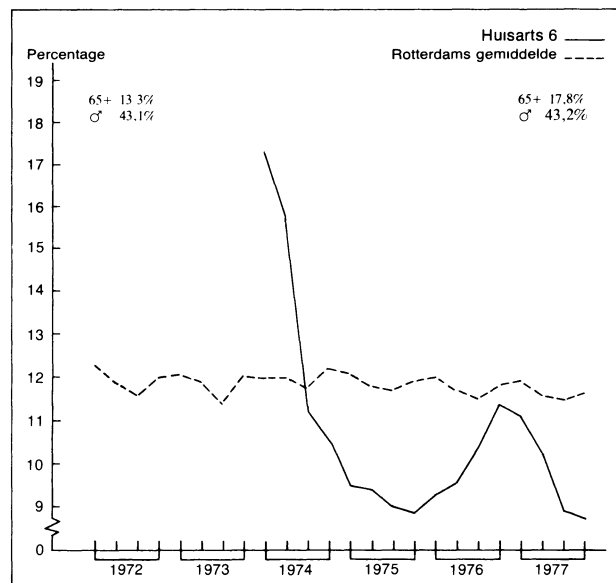
Figuur 4. Het aantal verwijzingen per kwartaal per honderd verzekerden van huisarts 4.



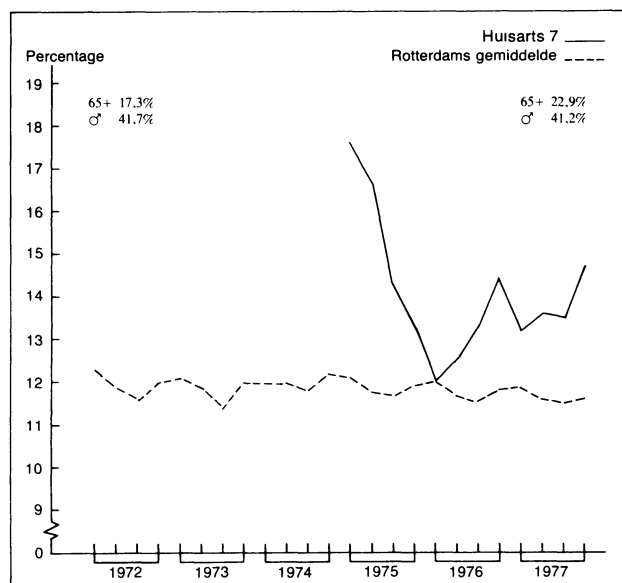
Figuur 5. Het aantal verwijzingen per kwartaal per honderd verzekerden van huisarts 5.



Figuur 6. Het aantal verwijzingen per kwartaal per honderd verzekerden van huisarts 6.



Figuur 7. Het aantal verwijzingen per kwartaal per honderd verzekerden van huisarts 7.

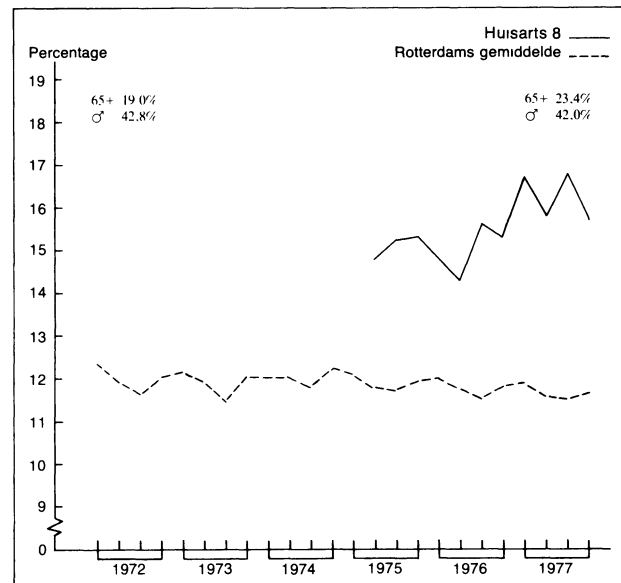


fondsen blijkt duidelijk: het aantal patiënten, waarop het verwijsperscentage is gebaseerd blijft bij een sterk groeiende praktijk steeds achter bij het aantal werkelijk ingeschreven patiënten. Dit administratieve mechanisme is overigens nog onvoldoende onderzocht en zou in gebieden met veel nieuwe, respectievelijk juist afkalvende praktijken wel eens een onverwacht artefact kunnen opleveren.

De dalende tendens wordt onderbroken omstreeks de jaarwisseling van 1972/1973; huisarts 5 was toen voor de eerste maal zwanger. Daarna zet de daling zich voort tot eind 1975. In 1977 doet de tweede graviditeit zich gelden, terwijl zich in dat jaar tevens nogal wat ziekten bij haar kinderen voordeden. Het is duidelijk dat huisarts 5 eind 1977 een andere werkwijze heeft gevonden. Zij verwacht een consolidering van haar huisartsgeneeskundig handelen, hetgeen haar tevreden stemt. Zij heeft geen behoeften aan veranderingen en het Rotterdamse gemiddelde biedt haar geen enkel perspectief.

Figuur 6 (huisarts 6) biedt opnieuw een beeld van het najlen van de inschrijving van ziekenfondspatiënten tijdens het opbouwen van een praktijk. Eind 1976/begin 1977 is er een top, die huisarts 6 verklaart door het vertrek van huisarts 3 en de mogelijkheid dat huisarts 1 eveneens zou vertrekken, waardoor een verschuiving in het leiderschap van de groepspraktijk zou kunnen optreden. Eind 1977 is hij echter weer op zijn niveau.

Figuur 8. Het aantal verwijzingen per kwartaal per honderd verzekerden van huisarts 8.



Huisarts 6 concludeert, dat zijn behoefte om te verwijzen gering is en dat hij liefst zoveel mogelijk zelf doet. Hij waardeert de Rotterdamse curve wel en ervaart het anonieme karakter van de gemiddelde verwijscijfers als positief. Hij is tevreden over zijn eigen verwijsgedrag, met name omdat het zo sterk beneden het Rotterdamse gemiddelde ligt. Hij zou bezwaar hebben tegen het hanteren van dit gemiddelde als toetssteen binnen de groepspraktijk, omdat dat gemakkelijk tot moraliseren zonder relevanten overwegingen zou kunnen leiden. Redenen voor verandering van zijn verwijspatroon ziet hij niet.

Huisarts 7 (figuur 7) vestigde zich op 1 januari 1975 en zijn curve wordt pas na het administratieve artefact interessant. De stijging in 1976 wijt hij aan het vertrek van huisarts 3, dat voor hem samenging met een vergroting van zijn praktijk en een toename van de werkbelasting. Dit effect werkte naar zijn mening door in 1977 en werd verhevigd door het conflict met de gemeente Rotterdam over de normering van de praktijkomvang, die juist hem trof. Ook hij vindt de Rotterdamse curve weinig interessant; hij vindt zijn eigen verwijsgedrag aanvaardbaar en ziet geen aanleiding tot veranderingen.

Figuur 8 (huisarts 8) laat een zeer afwijkende verwijscurve zien. Een duidelijk inloopeffect ontbreekt hier, een feit waarvoor wij geen verklaring hebben. Van 1975 tot eind 1977 is er een stijgende tendens, die naar zijn mening samenhangt met zijn dalende motiva-

tie; de problemen en frustraties, die het werken in een gezondheidscentrum met zich brengen, hebben op hem een duidelijke invloed gehad. Voorts had hij moeite met het aanvaarden van de filosofie van het probleemgedrag met alle consequenties die hieruit voortkomen. Het ging naar zijn gevoel duidelijk om een doelstelling van „voor zijn tijd” waarmee hij minder affiniteit had dan de „oudere” huisartsen.

De Rotterdamse curve zegt hem niet zoveel. Hij is zeker niet tevreden over zijn eigen verwijsgedrag. Hij meent dat nascholing, met name in de keel-, neus- en oorheelkunde, in de kleine chirurgie en in de dermatologie noodzakelijk is. Daarvan is het overigens niet gekomen, omdat huisarts 8 eind 1978 het gezondheidscentrum heeft verlaten om elders een geheel andere functie te gaan bekleeden.

Wanneer we het voorafgaande in enkele punten samenvatten, levert dat het volgende op:

- de meeste huisartsen zien een duidelijke ontwikkeling in hun verwijspatroon en geven daar ook verklaringen voor;
- de meeste verklaringen hebben betrekking op de werksituatie, maar ook meer persoonlijke factoren worden genoemd;
- er is tevredenheid alom, met één uitzondering;
- het Rotterdamse gemiddelde wordt algemeen weinig interessant genoemd, al trekt men zich er wel wat van aan.

Praktijksamenstelling en verwijspercentage

Tot nu toe is bij het beoordelen van de verwijscurven geen rekening gehouden met de zeer uitgesproken invloed van de leeftijds- en geslachtssamenstelling van de verschillende praktijken. Een vergelijking tussen de verschillende curven krijgt werkelijk zin, wanneer aan deze belangrijke variatiebronnen aandacht is besteed.

Het aantal bejaarden per huisartspraktijk blijkt een grote spreiding te vertonen. Wanneer we alle onderzochte jaren in de beschouwing betrekken, varieert het percentage bejaarden van 6,3 procent tot 27,3 procent. Binnen de samenstelling van de afzonderlijke praktijken hebben zich in de loop der jaren veranderingen voorgedaan, maar deze zijn van geringere betekenis dan de verschillen tussen de praktijken onderling.

Voorts blijkt, dat het percentage vrouwen onder de ziekenfondsverzekerden steeds aanzienlijk hoger is dan het percentage mannen. Het verschil tussen de praktijken bedraagt hier maximaal 5 procent. Wél is het zo, dat de praktijk met de meeste vrouwen – 58,9 procent – ook de meeste bejaarden telt; anderzijds heeft de praktijk met de minste vrouwen (52,2 procent) het geringste percentage bejaarden.

Zoals reeds eerder vermeld, ontlopen de verschillende praktijken elkaar qua aantal ziekenfondsverzekerden en qua omvang niet veel; het aantal ziekenfondsverzekerden ligt steeds tussen de 1000 en 1300, de praktijkomvang is daarvan ongeveer het dubbele.

Om een indruk te krijgen van de invloed van leeftijd en geslacht van de praktijkpopulaties op de verwijsper-

centages, hebben wij de volgende gegevens per praktijk en per jaar berekend:

- de totale verwijspercentages;
- de percentages verwijzingen minus de kaarten voor de oogarts;
- de gemiddelde percentages bejaarden;
- de gemiddelde percentages vrouwen.

Voor de huisartsen 1 tot en met 5 leverde dat vier reeksen van zes waarnemingen op, voor huisarts 6 vier reeksen van vier waarnemingen en voor de huisartsen 7 en 8 vier reeksen van drie waarnemingen. Het gaat in totaal dus om vier maal veertig waarnemingen. Vervolgens zijn de gewone produktmoment correlaties berekend voor alle paren waarnemingen (N = 40) (figuur 9).

Het is duidelijk dat de gevolgde procedure beperkingen heeft. Het gaat er ons echter niet om, een geheel nieuw fenomeen op het spoor te komen.

Reeds lang is bekend, dat de praktijksamenstelling een sterke invloed heeft op het verwijspercentage. Uit figuur 9 blijkt inderdaad, dat de correlatie tussen de verwijspercentages en de percentages bejaarden c.q. vrouwen ook in dit geval uitgesproken is. Het heeft geen zin hier de percentages verwijzingen exclusief de kaarten voor de oogarts te hanteren. De sterke invloed van de percentages vrouwen op de verwijspercentages blijkt na het berekenen van partiële correlaties voor een belangrijk gedeelte op rekening van de hoge percentages bejaarden onder de vrouwen te komen. Het zijn vooral vrouwen, die tot de groep bejaarde ziekenfondspatiënten behoren; de correlatie tussen de verwijspercentages en de percentages vrouwen daalt, wanneer de leeftijdsinvloed vervalft, van .32 tot .09.

Discussie

Het draait bij het beoordelen van cijfermatige informatie over de huisartsgeneeskunde vaak om het feit, dat deze informatie onvoldoende bruikbaar is en dat de enige, die er – zij het met veel moeite – iets mee kan doen, de huisarts zelf is. Het is duidelijk, dat bijvoorbeeld lokale ziekenfondsen of mensen die met de beleidsvoorbereiding en -uitvoering zijn belast, met globale gegevens over verwijzen (en voorschrijven van geneesmiddelen) niet uit de voeten kunnen. De zee van medische handelingen klotst voort in eindeloze deining en nieuwe wetmatigheden in de golfbeweging zullen noodgedwongen praktisch iedereen ontgaan.

In dit artikel zijn individuele fluctuaties in de tijd van een bepaalde vorm van geneeskundig handelen onderzocht: het verwijzen naar specialisten, voor zover dit tot uiting komt in de ziekenfondscijfers. Het behoeft geen betoog, dat de globale hoogteverschillen tussen de verschillende huisartsen niet getoetst kunnen worden aan waardeoordelen als „veel verwijzen is niet goed” of „veel verwijzen is juist wel goed” of „jij verwijst te veel (te weinig)”. Er zijn geen gronden, waarop dergelijke uitspraken gebaseerd kunnen worden. En als wij zelf niet tot dergelijke uitspraken kunnen komen, laat staan dat iemand anders het dan wel kan.

De door ons gekozen benadering is subjectief. Er wordt nagegaan, in hoeverre professionele en persoonlijke elementen het verwijspatroon van de huisarts zouden kunnen verklaren. Het is moeilijk aan te geven of een objectieve benadering wellicht de voorkeur zou verdienen. Zo'n benadering is immers op dit moment nog niet mogelijk. Veel onderzoek en een andere wijze van informatie verzamelen zijn nodig, voordat we over objectieve informatie kunnen beschikken, die van dienst zou kunnen zijn bij bijvoorbeeld kostenbeheersing of een betere allocatie van middelen in de gezondheidszorg. De ziekenfondsen zouden gecorrigeerde verwijscijfers moeten verschaffen: cijfers, waaruit de effecten van louter administratieve procedures geëlimineerd zijn. Op basis van zulke gezuiverde cijfers zou de huisarts iets beter zijn eigen verwijsgewoonten kunnen interpreteren.

Wij vinden de informatie waarover we voor dit artikel konden beschikken onvoldoende voor een onderlinge beoordeling van de verschillende huis-

Figuur 9. De produkt-momentcorrelaties tussen de percentages verwijzingen, de percentages verwijzingen exclusief kaarten voor de oogarts, de gemiddelde percentages vrouwen en de gemiddelde percentages bejaarden.

	Percentage verwijzingen	Percentage verwijzingen exclusief oogarts	Percentage vrouwen	Percentage bejaarden
Percentage verwijzingen	–	.97	.32	.47
Percentage verwijzingen exclusief oogarts	.97	–	.26	.42
Percentage vrouwen	.32	.26	–	.74

artsen. De individuele huisarts kan hoogstens een zinvol oordeel over zijn eigen curve uitspreken. Het blijkt dat hij daarbij persoonlijke en professionele gebeurtenissen naar voren brengt als verklaring voor de fluctuaties in zijn curve.

Ongetwijfeld hebben de door de huisartsen beschreven gebeurtenissen plaatsgevonden. Even onmiskenbaar zijn de opgegeven aantallen verwij斯卡arten aan patiënten uitgereikt. Maar bestaat daartussen nu ook werkelijk een causaal verband? Tussen de individuele curven bestaat een grote en goeddeels onverklaarbare interdokter-variantie. Acht huisartsen, die onder identieke omstandigheden werken in dezelfde wijk met dezelfde diagnostische en therapeutische mogelijkheden binnen handbereik en op gelijke afstand van ziekenhuizen en dergelijke, vertonen onderlinge variaties in hun verwijsgedrag. Desondanks is bijna iedereen tevreden over zijn verwijsniveau en bijna niemand neemt zich voor verandering in zijn gedrag aan te brengen.

Twee globale conclusies zijn te trekken. Maatregelen van bovenaf, bedoeld om verwijsperscentages te beïnvloeden via het gedrag van de huisarts – dus zonder de beschikbaarheid van voorzieningen direct aan te tasten – zijn gedoemd tot weinig succes, tenzij ze gericht zijn op factoren als de inkomensvorming.

Voorts is duidelijk dat veel onderzoek nodig is, voor wij voldoende inzicht hebben in het verwijsgedrag en voordat kan worden aangegeven hoe dit individueel c.q. collectief gericht is te beïnvloeden.

Samenvatting. Aan de hand van regelmatig door de ziekenfondsen verstrekte gegevens wordt ingegaan op twee vragen:

– is het mogelijk om in het eigen verwijspatroon in de tijd een verband te leggen tussen opvallende veranderingen en gebeurtenissen die zich in diezelfde periode in het professionele en het persoonlijke leven van de huisarts hebben voorgedaan?

– in welke mate levert een vergelijking met het Rotterdamse gemiddelde een bijdrage tot het beoordelen van het eigen verwijsgedrag?

Twee globale conclusies worden getrokken:

– maatregelen van bovenaf, gericht op beïnvloeding van de verwijsperscentages via het gedrag van de huisarts – dus zonder de kwantiteit van de voorzieningen direct aan te tasten – zijn gedoemd weinig succes te hebben;

– veel onderzoek moet nog verricht worden voor wij inzicht hebben in verwijsgedrag en voordat kan worden aangegeven hoe dit gericht kan worden beïnvloed.

Summary. General practitioner and referral behaviour. On the basis of data regularly supplied by the health insurance organizations, two questions are discussed:

– can a correlation in time be found between referral pattern and conspicuous changes and events in the general practitioner's professional and personal life;

– to which extent does comparison with the Rotterdam average contribute to an evaluation of personal referral behaviour?

Two general conclusions are reached: – measures taken from above in an effort to influence the referral rate via the general practitioner's behaviour (without directly affecting the quantity of the care supplied) are not likely to be very successful;

– much research is still to be done before a more profound understanding of referral behaviour is attained and before any aimed measures to control it can be outlined.

Bremer, G. J. Het verwijzen in de huisartspraktijk. Van Gorcum, Assen, 1964.

Crebolder, H. F. J. M. Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum. Dissertatie Nijmegen, 1977.

Es, J. C. van en H. R. Pijlman. Het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122 Nederlandse huisartspraktijken. (1970) huisarts en wetenschap 13, 433.

Freidson, E. The prospects for health services in the United States. (1978) Med. Care 16, 971.

Gaag, J. van der. An economic analysis of the Dutch health care system. Dissertatie Leiden, 1978.

Gaag, J. van der en W. van der Ven. Determinants of hospital utilization in the Netherlands. (1975) Hlth Serv. Res. 10, 264.

Illich, I. Naar een nieuwe levensstijl. Wereldvenster, Baarn, 1975.

Kruidenier, H. J. Een onderzoek naar de factoren die de hoogte van het verwijsperscentage beïnvloeden. Scriptie in het kader van de cursus Ziekenfonds- en Ziektekostenverzekeringsbeleid. Utrecht, 1976.

Kruidenier, H. J. Onderzoek naar het functioneren van gezondheidscentra. Uitgave Ziekenfondsraad, no. 104. Amstelveen, 1979.

Lamberts, H. en N. L. Wolgast. Huisarts en voorschrijfgedrag. (1978) Medisch Contact 33, 1167.

LISZ-jaarboek 1977. Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, Zeist, 1978.

Navarro, V. Medicine under capitalism. Croom Helm, London, 1976.

Pel, J. Z. S. Over de invloed van de huisarts op het verwijsperscentage. (1975) Medisch Contact 30, 988.

Rutten, F. F. H., J. van der Gaag en B. M. S. van Praag. Het ziekenhuis in de gezondheidszorg. Stenfert Kroese, Leiden, 1975.

Rutten, F. F. H. The use of health care facilities in the Netherlands: an economic analysis. Dissertatie Leiden, 1978.

Rutten, F. F. H. en J. van der Gaag. Referrals and demand for specialist care in the Netherlands. (1977) Hlth Serv. Res. 12, 3.