Verwijzen

Verwijzen en verwijscijfers vormen sinds jaren een inspiratiebron voor onderzoekers op het terrein van de huisartsgeneeskunde. Een van de meest geciteerde publikaties over verwijzen is een onderzoek uit 1970 van *Van Es en Pijlman*.[1] De door deze auteurs opgeworpen vragen – aantal en verdeling van verwijzingen, en de invloed hierop van kenmerken van huisarts, patiëntenpopulatie en beschikbare gezondheidszorgvoorzieningen – zijn nog steeds actueel. Intussen worden verwijscijfers in toenemende mate zo niet geaccepteerd, dan toch gehanteerd als een parameter voor de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige hulpverlening.

In dit nummer van *Huisarts en Wetenschap* is een tweetal bijdragen over verwijzen opgenomen.

Kuyvenhoven en De Melker gaan er in een verkennend onderzoek van uit dat onder andere de kwaliteit van de informatie die de huisarts bij een verwijzing verstrekt, bepalend is voor de kwaliteit van de verwijzing als zodanig. De auteurs beperken zich in hun onderzoek tot verwijzingen naar interne en chirurgische specialismen.[2]

Dat is een plausibele benadering, daar uit eerder onderzoek is gebleken dat verschillen in het aantal verwijzingen naar deze beide specialismen illustratief zijn voor taakopvattingen en werkwijzen van huisartsen.[3] Bovendien wezen *Van Es en Pijlman* er al op, dat het hanteren van ongezuiverde, bruto verwijscijfers tot een vertekend beeld van de werkelijkheid leidt en een zinnige interpretatie uitsluit.[1]

Sinds dit onderzoek blijkt er overigens niet veel veranderd wat betreft het onevenredig grote aantal 'administratieve' verwijzingen, met name herhalingsverwijzingen, naar interne specialismen. Gegeven de aard van de betreffende aandoeningen (diabetes mellitus, hypertensie, CARA, reumatische aandoeningen, enz.), is te verwachten dat bij onveranderd beleid slechts een toename van deze verwijzingen zal optreden, als gevolg van de vergrijzing van de bevolking. Men kan het met de auteurs eens zijn, dat de taakopvatting en de werkwijze van de huisarts een in principe te hanteren mechanisme is om het verwijspatroon te beïnvloeden.

Post en Gubbels veronderstellen elders in dit nummer, dat verwijzingen naar de interne specialismen zich goed lenen voor onderlinge discussie over de taakverdeling tussen huisarts en specialist. Indien dit het geval zou zijn, dan lijkt een nadere analyse van verwijscijfers een nuttige exercitie.[4]

Ook deze auteurs wijzen op het grote aandeel van de herhalingsverwijzingen en benadrukken impliciet de noodzaak van een andere verwijsstrategie. Zij vinden geen samenhang tussen het aantal verwijzingen en het veel besproken kenmerk van de praktijkgrootte. Van praktijkverkleining is in dezen dus niet alles te verwachten. Er is duidelijk sprake van frequent en minder frequent verwijzende huisartsen. De onderlinge verschillen in verwijsgedrag worden voorts bepaald door structurele kenmerken, als het percentage ouderen in de praktijkpopulatie en de plaats van vestiging.

De vraag is nu hoe een en ander geïnterpreteerd moet worden, met name als leidraad voor verder onderzoek naar verwijspatronen en patiëntenstromen.

Meer dan de helft van alle verwijzingen betreft administratieve – men zou kunnen stellen: automatische – verwijzingen, voor een niet onaanzienlijk gedeelte als het ware 'ingebakken' in het vigerende systeem van onze gezondheidszorg. Een volgende vraag is dan ook of en in hoeverre beïnvloeding van het verwijsgedrag van huisartsen een substantieel effect zal sorteren. Inclusief oogheelkundige indicaties (met name refractiemetingen) onttrekt zich momenteel al ruim 50 procent van alle verwijzingen aan de directe invloed van de huisarts.

Indien 'versterking van de eerste lijn' zou moeten leiden tot een substantiële verschuiving van specialistische bemoeienis naar diagnostiek en therapie door de huisarts, lijkt om te beginnen veel winst te behalen door een kritische bestudering en bijstelling van een aantal structurele aspecten van ons uitdijend hulpverleningssysteem. Het percentage 'administratieve verwijzingen' zou toch al lang vragen hebben moeten oproepen. Mag men in rede verwachten, dat de Eerste-Hulpposten van ziekenhuizen de selecterende taak van de huisarts overnemen, als de patiënt zich eenmaal ter plaatse heeft aangediend? Is het bij voorbaat uitgesloten een belangrijk deel van de oogheelkundige hulpverlening wederom bij de huisarts te detacheren, al of niet in samenwerking met de opticien? Kunnen alle type-II diabetici niet adequaat binnen de huisartspraktijk worden begeleid? Wat is de meerwaarde van specialistische begeleiding van bepaalde categorieën patiënten met bijvoorbeeld hypertensie of CARA?

Terecht wijzen *Kuyvenhoven en De Melker* op de gedeelde verantwoordelijkheid in dezen van huisartsen, specialisten, ziekenhuisorganisaties, (men zou kunnen toevoegen: ziektekostenverzekeraars) en last but not least patiënten. Wat betreft de huisarts zijn er zeker aanwijzingen dat explicitering van taakopvatting en werkwijze, procedure-afspraken en samen

werking zonder kwaliteitsverlies het aantal verwijzingen en bijgevolg specialistische verrichtingen kunnen doen dalen.[5]

Dit soort onderzoek, hoewel beperkt van opzet en niet te generaliseren, levert een zinniger bijdrage aan de 'verheldering' van de werkelijke vragen dan zulk 'l'art pour l'art onderzoek' als onlangs is gepubliceerd in de huisartsgeneeskundige rubriek van de *British Medical Journal*.[6] In deze publikatie worden conclusies en veronderstellingen verward en wordt op ondoorzichtige gronden gesuggereerd dat het in Nederland, ondanks ruim aanwezige middelen binnen de eerste lijn, maar droevig is gesteld met de kwaliteit van de verwijzingen, vergeleken met de situatie in Groot-Britannië – een conclusie die op basis van de verstrekte gegevens niet is te trekken.

De onderzoeken van *Kuyvenhoven en De Melker* en van *Post en Gubbels* zijn daarentegen van betekenis voor de huisartsgeneeskunde en dus voor de gezondheidszorg. Onbedoeld komen daarbij zwakke plekken in het bouwsel van ons hulpverleningssyteem aan het licht. De conclusie kan slechts zijn dat, uiteraard binnen de huisartsgeneeskunde, alle aandacht moet worden gegeven aan een kritische analyse en eventueel beïnvloeding van het verwijsgedrag – niet uitsluitend om economische redenen, doch evenzeer terwille van de patiëntenzorg. Het zou echter een vergissing zijn hoge verwachtingen te koesteren wat betreft het eerste motief, als niet tegelijkertijd alle aandacht wordt gericht op belemmerende structurele factoren binnen ons zorgsysteem.

Dr. H.G.M. van der Velden

[1] Van Es JC, Pijlman HR. Het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122 Nederlandse huisartspraktijken. Huisarts en Wetenschap 1970; 13: 433-49.

[2] Kuyvenhoven MM, De Melker RA. Verwijzingen naar interne en chirurgische specialismen. Een exploratief onderzoek naar enkele aspecten van het verwijsgedrag van dertien huisartsen. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 365-8.

[3] Huygen FJA, De Melker RA. Over het verwijzen door de huisarts. Med Contact 1973; 28: 1299-1302.

[4] Post D, Gubbels JW. Verwijzen naar interne specialismen. Verschillen tussen huisartspraktijken en enkele factoren die daarop van invloed zijn. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 369-72.

[5] Wijkel D. Samenwerken en verwijzen [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1986.

[6] Hull FM, Westerman RF. Referral to medical out patients department at teaching hospitals in Birmingham and Amsterdam. Br Med J 1986; 293: 311-4.

Wat levert de computer op?

'Is de goede huisarts nu al niet vaak een computertje met in zijn geheugen een schat aan gegevens en een – meestal instinctief – gevoel voor structuur?'[1]

Sinds de publikatie in *Huisarts en Wetenschap* van *Wagner*'s 'De computer als hulpmiddel voor de moderne geneeskunde' zijn vijftien jaar verstreken.[2] Na deze latente periode begint nu een bescheiden stroompje van bijdragen over de computer te verschijnen van de hand van huisartsen die daadwerkelijk een computer in hun praktijk gebruiken. Hun aantal is gegroeid sinds 1976, toen bericht werd dat een huisarts in de Hoeksche Waard al geruime tijd intensief gebruik maakte van een computer, omdat hij van mening was dat er zo geweldig veel gegevens verloren gingen.[3] In 1984 zouden 35 huisartsen in hun praktijk van een computer gebruik maken.[4] De beroepsgroep lijkt rijp voor de computer.[5]

Om het nut van automatiseren te onderzoeken en huisartsen te behoeden voor aanschaf van systemen die aantrekkelijk lijken, maar niet zijn toegesneden op hun praktijkvoering, heeft het NHG met de LHV de Werkgroep Coördinatie Informatie Automatisering (WCIA) opgericht. De voorlopige aanbeveling van deze werkgroep luidt: afwachten tot over de diverse pakketten advies is uitgebracht.[6] Met *Van der Velden*[7] ben ik van mening dat we de vraag óf we zullen automatiseren, eigenlijk al voorbij zijn; het gaat nu om de vraag, wat, hoe en waartoe we automatiseren, en wat de meerwaarde is voor de patiënt.

Een geautomatiseerd gegevensbestand onderscheidt zich in twee opzichten van een ouderwets kaartsysteem. De eenmaal in de computer ingevoerde gegevens blijven veel beter toegankelijk en met een computer is bij de invoer van bepaalde gegevens een automatische signalering in te bouwen.

Het verkrijgen van inzicht in de relatie tussen individuele voorgeschiedenis, het huidige ziektepatroon en de prognose wordt mogelijk als de individuele medische levensloop in detail wordt vastgelegd en toegankelijk blijft.[8] Aan de vast te leggen gegevens moeten eisen worden gesteld, terwijl het up-to-date houden grote zorg vereist. Hier ligt een taak voor de huisartseninstituten om samen met het NHG normen te stellen voor een adequate basislijst die bruikbaar is voor de directe patiëntenzorg en voor epidemiologisch onderzoek.

Voor gerichte, systematische secundaire preventie is een leeftijds- en geslachtsregister onmisbaar. Zo'n register is beschikbaar voor elke huisarts met een geautomatiseerd patiëntenbestand. Voordat het

zover is, zal de beroepsgroep consensus moeten bereiken over de aandoeningen c.q. risicogroepen waarvoor preventie door de huisarts geboden is, over de condities waaronder meer positieve dan negatieve effecten te verwachten zijn, en over de voorwaarden waaronder de huisarts deze ambitieuze gezondheidsbevorderende taak kan volvoeren.

Nu zijn veel gegevens vooral in het brein van de huisarts opgeslagen. Wanneer de gegevens in de computer zijn vastgelegd en op verzoek geprint kunnen worden, zal de mondige patiënt vaker inzage in zijn dossier vragen. Hoewel dit voor huisartsen bedreigend kan zijn, lijken er voordelen tegenover te staan. Zo kunnen ontbrekende gegevens worden aangevuld. *Sheldon* bericht dat 20 procent van de patiënten die een print van hun ziektegeschiedenis kregen, vond dat er correcties moesten worden aangebracht.[9] Als de patiënt over dezelfde informatie beschikt als de dokter, ontstaat een gelijkwaardiger relatie en wordt de patiënt actiever bij zijn gezondheidstoestand betrokken.

Bij het bewaken van de herhaalreceptuur en de signalering van interacties kan de computer goede diensten bewijzen. Dan zal de huisarts wél een programma moeten kiezen, waar de medicatiebewaking in zit.

McDonald onderzocht het effect van concrete computergestuurde aanbevelingen op de handelwijze van negen assistenten in een ziekenhuis.[10] In 50 procent van de gevallen waarin een computergestuurde aanbeveling werd gegeven, volgden de artsen de aanbeveling op, terwijl zij maar in 22 procent van vergelijkbare situaties zelf aan de aanbevolen handelwijze dachten. *McDonald* oppert dat medische fouten op dit terrein niet te wijten zijn aan nalatigheid van artsen, maar aan intrinsieke beperkingen van de menselijke geest, waarvoor de computer een goede therapie vormt.

Op dit moment ontstaan gebruikersgroepen van huisartsen die dezelfde programmatuur gebruiken. Zij geven hun ervaringen door aan beginnende gebruikers en formuleren ideeën voor nieuwe ontwikkelingen. De gebruikersgroepen vormen, met de activiteiten van de WCIA, de belangrijkste waarborg dat de beroepsgroep greep houdt op de snelle ontwikkelingen die zich op de automatiseringsmarkt voltrekken. De Nederlandse huisartsen hebben nu een groene kaart. Het is wenselijk dat dit zo blijft.

Ten aanzien van de vraag of automatiseren de huisarts en de patiënt meerwaarde oplevert, luidt mijn conclusie: dat hangt af van de wijze waarop de huisartsen greep houden op de ontwikkelingen en als groep in staat zijn consensus over minimumeisen en normen te bereiken. Nu het automatiseringsproces niet meer valt terug te draaien, is het verstandig ons niet langer te beperken tot de vraag waar we computers moeten inzetten. Beter kunnen we ons, met *Blois*,[11] afvragen waar we in de toekomst nog huisartsen moeten inzetten.

B. Meyboom-de Jong

[1] Lamberts H. Wat moet de huisarts met een computer doen? Huisarts en Wetenschap 1970; 13: 41-2.
[2] Wagner G. De computer als hulpmiddel voor de moderne geneeskunde. Huisarts en Wetenschap 1970; 13: 43-52.
[3] Overdijk T. De computer als hulpmiddel bij praktijkvoering. Huisarts en Wetenschap 1975; 18: 182-3.
[4] Van den Hoogen J, Brassé M. Huisartse en computer. Med Contact 1984; 39: 593-5.
[5] De Haan M, Van Staveren G. Hoe denken huisartsen over de computer. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 373-5.
[6] Eyck MAMF, Rey JG. Oriëntatie in de automatiseringsmarkt. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 326-8.
[7] Van der Velden HGM. To computerize or not. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 348-50.
[8] Van Weel C. Alledaagse ziekten en gezond verstand. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 132-6.
[9] Sheldon M. Patients, computers and medical recors. In: Sheldon M, Stoddart N, eds. Trends in general practice computing. London: Royal College of General Practitioners, 1985.
[10] McDonald CJ. Protocol-based computer reminderds, the quality of care and the non-perfectability of man. N Engl J Med 1976; 295: 1351-5.
[11] Blois MS. Clinical judgment and computers. N Engl J Med 1980; 303: 192-7.