

Verwijzingen naar interne en chirurgische specialismen

Een exploratief onderzoek naar enkele aspecten van het verwijsgedrag van dertien huisartsen

M. M. KUYVENHOVEN EN R. A. DE MELKER

Dertien huisartsen hebben gedurende drie maanden al hun verwijzingen geregistreerd. Slechts één op de drie verwijzingen naar interne specialismen bleek een actief door de huisarts geïnitieerde verwijzing; van de verwijzingen naar chirurgie was dat ongeveer de helft. In respectievelijk 60 en 25 procent van de gevallen ging het om een herhaalkaart. Bij het merendeel van de actieve verwijzingen informeerde de huisarts de specialist over het doel van de verwijzing; de kwaliteit van deze informatie was over het algemeen echter matig.

Inleiding

Van Es en Pijlman constateerden in 1970 in hun onderzoek in 122 huisartspraktijken, dat het aantal actieve verwijzingen voor ziekenfondsverzekerden ongeveer de helft was van het totaal aantal uitgeschreven verwijzingskaarten. Een kwart van de uitgeschreven verwijzingskaarten betrof administratieve verwijzingen, verwijzingskaarten die worden afgegeven om een behandeling door de medisch specialist te continueren. Dertig procent van de verwijzingen bestond uit verwijzingen naar oogheelkunde. Het grootste gedeelte hiervan betrof verwijzingen ten behoeve van refractiecorrecties.¹

Verskillende onderzoekers hebben deze bevindingen bevestigd en er op gewezen dat de huisarts op herhaalkaarten en achterafverwijzingen – de passieve verwijzingen – weinig vat heeft.^{2,5}

Vrij algemeen wordt de opvatting gehuldigd dat de hoogte van de passieve verwijzingen wordt bepaald door de specialist c.q. het aanbod van specialistische zorg.^{1,5} Het lijkt echter plausibel dat huisartsen die gericht verwijzen en de specialist relevante informatie geven, eerder patiënten terugverwezen

krijgen dan huisartsen die ongericht verwijzen en weinig of irrelevante informatie geven.

Tegen deze achtergrond hebben wij een exploratieve analyse uitgevoerd van de verwijzingen en verwijsbrieven van dertien huisartsen. We zijn daarbij uitgegaan van de veronderstelling dat de meest pregnante verschillen met betrekking tot herhaalkaarten, achterafverwijzingen en verwijsbrieven naar voren komen bij de interne en chirurgische specialismen.⁵ Wij hebben onze analyse daarom beperkt tot de verwijzingen naar deze categorieën.

Onze onderzoeksvragen luiden:

1. Hoe groot is het aantal actieve en passieve verwijzingen naar interne en chirurgische specialismen? Bestaat er bij de huisartsen een positieve samenhang tussen de percentages passieve verwijzingen naar interne en naar chirurgische specialismen?

2. Hoe informeert de huisarts de specialist omtrent de bedoeling en reden van de verwijzing (per telefoon, per brief, of via een opmerking op de verwijzingskaart) en bestaat er bij de huisartsen een positieve samenhang tussen de wijze waarop dat gebeurt bij verwijzingen naar interne en naar chirurgische specialismen?

3. Hoe leesbaar is de schriftelijke informatie voor de medisch specialist? Worden klachten en bevindingen, medische voorgeschiedenis, uitslagen van aanvullend onderzoek, ingestelde therapieën en niet-medische gegevens vermeld? Maakt de huisarts duidelijk wat hij van de specialist verwacht in de vorm van een expliciete vraagstelling of procedure afspraken? Is er met betrekking tot het informatiegehalte een positieve samenhang tussen de verwijzingen naar interne en naar chirurgische specialismen.

Methode

Registratie

Dertien huisartsen uit het midden en oosten van het land hebben in het voorjaar van 1980 drie maanden al hun ver-

wijzingen – dat wil zeggen uitgeschreven machtigingen voor ziekenfondsverzekerden – geregistreerd.⁶ Deze registratie vormde een onderdeel van het project *Kwaliteit van de hulpverlening bij patiënten met vage klachten*, waarover recent in *Huisarts en Wetenschap* is gepubliceerd.⁷

De dertien huisartsen (zowel solisten als samenwerkingsverbanden) waren per 31 december 1978 minimaal vijf jaar gevestigd en niet ouder dan 60 jaar.⁷ Tien van hen prakticeerden in een grote stad (Utrecht en Amersfoort), de overige drie prakticeerden in een kleine stad in het midden van Nederland. De verschillen in praktijksituatie zijn te gering om deze in de analyse te betrekken.

Bij elke uitgeschreven verwijzingskaart werd onder meer het volgende vastgelegd:

- het specialisme;
- de aard van de verwijzing: actieve verwijzing, passieve verwijzing (achterafkaart/herhaalkaart) of refractieverwijzing;
- de aard van de communicatie met de specialist (telefonisch/per brief/geen);
- kopieën van verwijsbrieven.

De registratieformulieren waren opgenomen in de verwijzingskaartenblokken, om de registratie zo volledig mogelijk te maken. Deze registratie is zeer nauwkeurig uitgevoerd.⁸

Begrippen en operationaliseren

- Een *verwijzing* is een voor een ziekenfondsverzekerde uitgeschreven machtiging.
- *Actieve verwijzingen* zijn verwijzingen waarbij de huisarts min of meer actief betrokken is. Het zijn verwijzingen op initiatief van arts en/of patiënt, al dan niet op advies van derden, zoals de schoolarts of verloskundige.
- *Passieve verwijzingen* zijn machtigingen om de behandeling bij de specialist na een jaar te continueren (de zogenaamde herhaalkaarten) en achterafverwijzingen, die worden uitgeschreven als de patiënt reeds op eigen initiatief een specialist heeft geconsulteerd.⁶
- Verwijzingen naar *interne specialismen* zijn alle verwijzingen naar algemene interne geneeskunde, endocrinologie, hematologie, nefrologie, gastro-enterologie, cardiologie, pulmonologie en reumatologie.
- Verwijzingen naar *chirurgische specialismen* zijn alle verwijzingen naar algemene chirurgie, vaatchirurgie, plastische chirurgie, orthopedie en urologie.
- Om het *informatiegehalte* van de verwijzingen vast te stellen, is een inhoudsanalyse op de verwijsbrieven uitge-

Mevrouw drs. M. M. Kuyvenhoven, socioloog, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Medische Faculteit, Rijksuniversiteit te Utrecht; Prof. dr. R. A. de Melker, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit te Utrecht.

Correspondentie-adres: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit te Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.

voerd. Daarbij is gebruik gemaakt van alle actieve verwijzingen naar interne specialisten (n = 235) met uitzondering van de telefonische verwijzingen zonder verdere schriftelijke informatie (n = 9) en de verwijzingen met onleesbare informatie (n = 15), zodat er 211 verwijzingen naar interne specialisten zijn geanalyseerd. Voorts is een aselechte steekproef van 50 procent getrokken uit de actieve verwijzingen naar chirurgische specialisten (n = 485). Na weglating van de telefonische verwijzingen zonder verdere schriftelijke informatie (n = 15) en de verwijzingen met onleesbare informatie (n = 7) kwamen er 220 verwijzingen voor analyse in aanmerking.

Van elke verwijzing is de leesbaarheid beoordeeld en is nagegaan of de volgende informatie aanwezig was:

- klachten en bevindingen;
- medische voorgeschiedenis;
- aanvullend onderzoek;
- ingestelde therapie;
- niet-medische gegevens;
- vraag aan de specialist.

Drie medische studenten hebben de inhoudsanalyse uitgevoerd. Na een training waren zowel de mate van overeenstemming als de nauwkeurigheid zeer hoog: 10 procent van de verwijzingen is dubbel beoordeeld; meer dan 90 procent van de beoordelingen was identiek.^(9 10)

Per brief is een score berekend op grond van de leesbaarheid en de aanwezige informatie. Deze score is een indi-

cator voor het informatiegehalte van de brief. Deze scores zijn per huisarts gemiddeld voor de brieven naar interne specialisten en voor de brieven naar chirurgische specialisten. Deze gemiddelde scores zijn een indicator voor het informatiegehalte per huisarts.

Onderdelen van deze studie zijn uitgevoerd door medische studenten in het kader van hun wetenschappelijke stage.⁹⁻¹¹

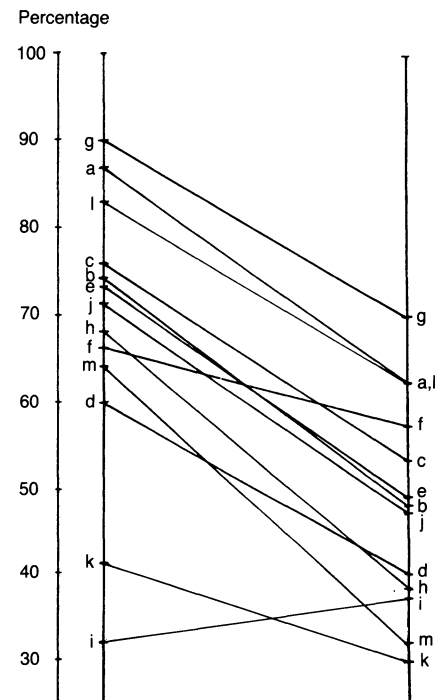
Resultaten

Actieve en passieve verwijzingen

Slechts één op de drie verwijzingen naar interne specialisten is een actief door de huisarts geïnitieerde verwijzing; in 58 procent van de gevallen gaat het om een herhaalkaart. Van de verwijzingen naar chirurgie is ongeveer de helft een actieve verwijzing. Eén op de vier verwijzingen is een herhaalkaart (tabel 1). Eén op de tien verwijskaarten voor interne specialisten en één op de vier voor chirurgie wordt achteraf uitgeschreven ('achterafkaarten'). Uit de aanwezige informatie kan niet worden opgemaakt, in hoeverre het hier al van niet om acute problemen ging. De percentages actieve en passieve verwijzingen verschillen per huisarts (figuur). Er bestaat een sterke positieve samenhang tussen het percentage passieve verwijzingen naar interne en naar chirurgische specialisten ($r_s = .81$): huisartsen die relatief veel passieve verwijskaarten uit-

schrijven voor interne specialisten, doen dat ook voor chirurgische specialisten. Een bijna even sterke samenhang bestaat tussen de percentages her-

Figuur - Figure. *Passieve verwijzingen door dertien huisartsen. Percentages van het totaal aantal verwijzingen naar interne en chirurgische specialisten¹ - Passive referrals by thirteen general practitioners. Percentages of total number of referrals to internists and surgeons.¹*



Tabel 1 - Table 1. *Aard van de verwijzingen van ziekenfonds-verzekerde patiënten door dertien huisartsen. Percentages - Nature of the referral of sick fund patients by thirteen general practitioners.*

Nature of referral	Internist (n=759)	Surgeon (n=903)
Active	31	54
Passive		
- repeat	58	23
- in retrospect	11	23

Tabel 2 - Table 2. *De wijze waarop dertien huisartsen de specialist informeren bij actieve verwijzingen. Percentages - Ways in which thirteen general practitioners informed the specialist in active referrals. Percentages.*

Way of giving information	Internist (n=235)	Surgeon (n=4857)
By letter	51	61
On referral card	26	16
By telephone	4	3
None	19	20

Tabel 3 - Table 3. *Informatie in de verwijsbrieven en op de talons bij de verwijzingen door dertien huisartsen. Percentages - Information in the referral letters and on the tabs in referrals by thirteen general practitioners. Percentages.*

Type of information	Internist (n=211)	Surgeon (n=220)
<i>Data given</i>		
- complaints and findings	73	65
- medical history	36	11
- supplementary examinations	40	9
- therapy instituted	27	9
- non-medical data	23	12
<i>Request/proposal</i>		
- open ('please examine and take over therapy') or absent	81	85
- closed (specific request/proposal)	19	15

haalkaarten voor beide groepen specialismen ($r_s = .73$). Het aantal achterafkaarten is te gering om dit nader uit te zoeken.¹¹

Wijze van informeren

Bij de actieve verwijzingen informeren de huisartsen de specialist in vier van de vijf gevallen over het doel van de verwijzing. Zij doen dit meestal per brief en zelden telefonisch (tabel 2). Het gebruik van informatie op de verwijskaarten is toe te schrijven aan twee huisartsen, die dit bij vrijwel al hun verwijzingen doen. Huisartsen die vaak bij een verwijzing naar een interne specialist informatie meesturen, doen dit ook vaak bij een verwijzing naar een chirurgisch specialist en vice versa ($r_s = .60$).¹¹

Informatie

Slechts één huisarts stuurt getypte brieven. De leesbaarheid van de schriftelijke informatie van de andere huisartsen is matig tot slecht.^{9 10} Bij verwijzingen naar interne specialismen geven de huisartsen meer informatie over klachten en bevindingen, medische voorgeschiedenis, uitslagen van aanvullend onderzoek, ingestelde therapieën en niet-medische gegevens dan bij ver-

wijzingen naar chirurgische specialismen (tabel 3). Slechts af en toe wordt duidelijk geformuleerd, wat de huisarts van de specialist verwacht in de zin van een specifiek onderzoek of behandelingsvoorstel. Meestal luidt de vraag 'gaarne uw onderzoek en overname behandeling'. Procedure-afspraken omtrent toekomstige samenwerking of verdeling van verantwoordelijkheden komen niet voor. In hoeverre er vaste structurele afspraken hieromtrent zijn alt in dit materiaal niet te achterhalen.

Er is een matige samenhang met betrekking tot het gemiddelde informatiegehalte van de verwijzingen naar interne en naar chirurgische specialismen ($r_s = .45$).¹⁰

Beschouwing

De hier gepresenteerde bevindingen zijn gebaseerd op gedetailleerd onderzoeksmateriaal, zodat we een volledig beeld van de onderzochte aspecten van het verwijsgedrag hebben gekregen. Ze hebben echter betrekking op een klein aantal huisartsen. We moeten dus met voorzichtigheid conclusies trekken en steeds nagaan in hoeverre onze bevindingen steun vinden in de literatuur.

De passieve verwijzingen blijken een groot deel van het totaal aantal verwijskaarten uit te maken. Deze bevinding komt overeen met die van andere onderzoekers.^{1 3 5} Bij interne specialismen bestaat meer dan de helft van de verwijskaarten uit herhaalkaarten. Hierbij gaat het waarschijnlijk vooral om patiënten met chronische ziekten, zoals diabetes mellitus, CARA en hypertensie. Deze patiënten blijven vaak bij internisten onder controle. Eerste en tweede echelon lijken bij deze categorieën van patiënten relatief autonome circuits te zijn,⁴ zoals ook recent door de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid is gesteld.¹² Communicatieproblemen, verschillen in taakopvatting tussen huisartsen en specialist en de financierings- en honoreringsstructuur vormen belangrijke belemmerende factoren om de verschillende echelons beter op elkaar af te stemmen.

Patiënten blijken zo nu en dan zonder tussenkomst van de huisarts de specialist te consulteren. Bij interne is één op de tien verwijskaarten een achterafkaart en bij chirurgie één op de vier. Deze bevinding roept de vraag op of het hierbij zou gaan om (zeer) urgente gevallen. Deze vraag is ook door anderen

Synopsis

Kuyvenhoven MM, De Melker RA. Referrals to internists and surgeons. An exploratory study of some aspects of the referral behaviour of thirteen general practitioners. *Huisarts Wetenschap* 1986; 19: 365-8.

Introduction. The problem definition of this study was:

1. What is the number of passive and active referrals by general practitioners to internists and surgeons?
2. How does the general practitioner inform the specialist about the intention of and reason for referral (by telephone, by letter or through a note on the patient referral card)?
3. How legible and informative is the written information intended for the specialist?

Methods. Thirteen general practitioners registered all their referrals over a period of three months. For each referral card issued the following was registered: specialism, nature of referral (active referrals, card in retrospect, repeat card or refraction referral), the nature of the communication with the specialist (by telephone/by letter/none) and a copy of the patient referral card.

A referral is an authorization issued to a sick fund patient. Active referrals are referrals at the initiative of doctor and/or

patient. Passive referrals are authorizations for continuation of specialist treatment after one year (repeat cards) and referrals in retrospect, issued when the patient has already consulted a specialist at his/her own initiative.

In order to determine the degree of informativeness of the referral cards issued by the general practitioner, these cards were submitted to a content analysis with regard to the following information: complaints and findings, medical history, supplementary studies, therapy instituted, non-medical data and question(s) addressed to the specialist. Per referral card a score was calculated to assess legibility and available information. This score is an indicator of the informative content of the referral card. Per general practitioner these scores were averaged for referrals to internists and referrals to surgeons.

Results. 1. Only one out of three referrals to internists was an active referral at the initiative of the general practitioner (table 1). The thirteen general practitioners differed in percentage of active and passive referrals (figure). There was a close positive correlation between the percentage of passive referrals to internists and to surgeons ($r_s = .81$). The correlation between the percentages of repeat cards for both groups of specialists was almost as close ($r_s = .73$). The number of refer-

als in retrospect was too small for further analysis.

2. In four out of five active referrals the general practitioners informed the specialist about the purpose of the referral, usually by letter and rarely by telephone (table 2). The percentage of information given on referral cards must be attributed to two general practitioners who did this in virtually all their referrals. General practitioners who sent information along with a referral to an internist often did the same with a referral to a surgeon, and vice versa ($r_s = .60$).

3. Only one general practitioner sent typewritten letters. The legibility of the written information given by the other general practitioners was moderate-to-poor. With referrals to internists the general practitioners provided more information than with referrals to surgeons (table 3). Only occasionally did the general practitioners formulate clearly what they expected from the specialist.

Procedural agreements about future cooperation or distribution of responsibilities were not made.

Keywords: Family practice; Referral and consultation.

Address for correspondence: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht, The Netherlands.

gesteld. Zo is bijvoorbeeld uit een onderzoek op de EHBO-afdeling van een middelgroot perifere ziekenhuis naar voren gekomen dat veel contacten op de EHBO niet-urgente en niet-noodzakelijke gevallen betreffen.¹³ De achtergrond van deze directe consultaties van de medisch specialist ligt mogelijk in het feit, dat sommige patiënten in avond- of weekenddienst liever geen beroep op de huisarts doen of ontevreden zijn over de huisarts. De selecterende zeeffunctie van de huisarts staat hier op de tocht. Een restrictief beleid van huisartsen lijkt geïndiceerd, naast terughoudendheid van medisch specialisten en ziekenhuizen bij het bieden van hulp in dergelijke gevallen.

De sterke positieve samenhang tussen de percentages passieve verwijzingen naar interne en chirurgische specialisten doet vermoeden dat niet alleen de morbiditeit en de aanwezigheid van tweedelijns voorzieningen van invloed zijn op de passieve verwijzingen;³ het is mogelijk dat ook huisartsgebonden factoren het aantal passieve verwijzingskaarten beïnvloeden. Te denken valt aan de gerichtheid van de verwijzingen en de mate waarin de huisarts zijn taakgebied afbakt en tot uitvoering brengt.

Dopheide heeft aangetoond, dat de taakopvatting van de huisarts het verwijzingspercentage beïnvloedt.¹⁴ Huisartsen met een brede taakopvatting, die meer patiënten zelf behandelen, meer ziekten tot hun taakgebied rekenen en meer verrichtingen zelf uitvoeren, blijken een lager verwijzingspercentage te hebben dan huisartsen met een smallere taakopvatting. Hij bepleit een actieve opstelling van de huisarts ten opzichte van de specialist, waarbij de huisarts niet alleen zoveel mogelijk aan diagnostiek en therapie doet, maar ook probeert de gang van zaken ná een verwijzing zoveel mogelijk te beïnvloeden.

Gemiddeld een van de vijf actieve verwijzingen vindt plaats zonder nadere informatie en het informatiegehalte van de schriftelijke informatie is matig; dat informatiegehalte is bovendien bij de verwijzingen naar chirurgie geringer

dan bij de verwijzingen naar interne geneeskunde. Procedure-afspraken werden niet gemaakt. Deze bevindingen komen in grote lijnen overeen met de conclusies die *Edens* bijna tien jaar geleden formuleerde aangaande 41 verwijsbrieven van huisartsen aan een revalidatie-arts.¹⁵

Al met al wijzen onze bevindingen niet op een actieve opstelling van de huisarts met betrekking tot door hem verwezen patiënten. Er is hopelijk een kentering aan het ontstaan in de opstelling van huisartsen. Zo komt uit lopend onderzoek onder huisartsen die tussen 1975 en 1980 in Utrecht de beroepsopleiding tot huisarts hebben gevolgd, een meer actieve opstelling ten opzichte van de medisch specialist naar voren. Ze formuleren heldere vraagstellingen en doen voorstellen omtrent de verdere gang van zaken ná de verwijzing. Ook vanuit specialistische hoek blijkt hieraan behoefte te zijn.¹⁶

De huisarts is overigens niet de enig verantwoordelijke voor een verschuiving van patiëntenstromen van tweede naar eerste lijn. De specialisten en ziekenhuisorganisaties zullen op micro- en mesoniveau moeten meewerken en met de huisarts verantwoordelijkheid delen. Daarnaast speelt de honoreringsstructuur een belangrijke rol; het valt echter buiten het bestek van dit artikel om daarop verder door te gaan.

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

² Pel JZS. Over de invloed van de huisarts op het verwijzingspercentage. *Med Contact* 1975; 30: 988-90.

³ Posthuma BH, Van der Zee J. Tussen eerste en tweede echelon, I en II. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1977 en 1978.

⁴ Jacobs HM, De Melker RA, Touw-Otten FWMM. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Over de relatie tussen samenwerking en de kwaliteit van de hulp

verlening. *Med Contact* 1983; 38: 1599-1601; 1629-32.

⁵ De Melker RA. De selecterende zeeffunctie van de huisarts: feit of fictie. *Practitioner (Ned)* 1985; 2: 541-2.

⁶ Jacobs HM, Kuyvenhoven MM, Touw-Otten FWMM, Van Es JC, Van Nunen MM. Hulpverlening door de huisarts bij vage klachten. Deel 2, *UHInform* 2.3. Utrecht: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1981.

⁷ Kuyvenhoven MM, Jacobs HM, Touw-Otten FWMM, Van Es JC. Kwaliteit van de hulpverlening van de huisarts bij patiënten met vage klachten. *Huisarts en Wetenschap* 1986; 29: 65-71.

⁸ Baldew LSD. Een verwijsregistratie van dertien huisartsen [Doctoraalwerkstuk medische sociologie]. *UHInform* 2.4. Utrecht: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1981.

⁹ Schiphorst S. Verwijsbrieven, een exploratief onderzoek naar de inhoud van verwijsbrieven van huisartsen naar interne specialisten [Verslag wetenschappelijke stage]. Utrecht: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1985.

¹⁰ Ten Cate WJT, Tas PA. Verwijzingen; een exploratie van verwijzingen van huisartsen naar chirurgische specialisten [Verslag wetenschappelijke stage] Utrecht: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1985.

¹¹ Bögels A, Van Houten C, Van Os C, Verhoeven Y. Verwijzingen in de huisartsenpraktijk; een exploratief onderzoek naar het verwijzingsgedrag van dertien huisartsen naar chirurgische en interne specialisten [Verslag van een wetenschappelijke stage]. Utrecht: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1982.

¹² Lems P. Structurering in de gezondheidszorg [Notitie]. Den Haag: Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, 1986.

¹³ Krishnadat J. Eerste hulp bij acute ongevallen. Huisarts tot last? *Med Contact* 1985; 40: 495-7.

¹⁴ Dopheide JP. Verwijzingen door de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.

¹⁵ Edens R. Verwijsbrieven getoetst. Een onderzoek naar 41 verwijsbrieven van huisartsen van de Philips Medische Dienst te Eindhoven naar de revalidatie-arts van deze dienst. *Med Contact* 1977; 32: 311-6.

¹⁶ De Groot JB. Communicatie tussen huisarts en specialist: toetssteen of steen des aanstoots? In: Van Weel C, Danner S, red. *Huisarts en specialist*. Utrecht: Bunge, 1984.