

De patiënt wikt, de huisarts beschikt

Een nadere analyse van het huisartsgeneeskundig verwijsbeleid

H.C.P.M. VAN WEERT
H.G.L.M. GRUNDMEIJER
H.J. BROUWER

Van Weert HCPM, Grundmeijer HGLM, Brouwer HJ. De patiënt wikt, de huisarts beschikt. Een nadere analyse van het huisartsgeneeskundig verwijsbeleid. Huisarts Wet 1995; 38(11): 513-20.

Samenvatting Huisartsen zijn door hun verwijsbeleid mede verantwoordelijk voor het gebruik van specialistische voorzieningen, en deze voorzieningen worden door sommige patiënten mogelijk ten onrechte gebruikt. Het huisartsgeneeskundig verwijsbeleid kan ten dele in formele geneeskundige termen worden beschreven; ongeveer de helft van de verwijzingen vindt echter niet alleen om formeel klinische redenen plaats. De wens van de patiënt, defensief handelen en lokale klinische cultuur spelen dan een belangrijke rol. Het belang van deze motieven varieert per aandoening. Onderzoek met behulp van geaggregeerde verwijscijfers levert weliswaar inzicht in verwijspatronen op, maar verschaft geen middelen om verbeteringen aan te brengen in het verwijsbeleid van de huisarts.

Instituut voor Huisartsgeneeskunde, AMC, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.
Dr. H.C.P.M. van Weert, huisarts;
Dr. H.G.L.M. Grundmeijer, huisarts;
Drs H.J. Brouwer, psycholoog.
Correspondentie: Dr. H.C.P.M. van Weert.

Inleiding

De gezondheidszorg in Nederland onderscheidt zich van de zorg in vele andere Westerse landen door onder meer de positionering van de huisarts als poortwachter voor de tweede lijn.¹ Dat gegeven maakt verwijzen naar een specialist tot een belangrijk aspect van het huisartsgeneeskundig handelen.

Het belang is niet, dat verwijzingen zo frequent zouden voorkomen in verhouding tot het grote aantal diagnostische en therapeutische handelingen van de Nederlandse huisarts; ruim 90 procent van alle episodens wordt immers door de huisarts zelf afgehandeld. Het belang heeft vooral te maken met de gevolgen die een verwijzing kan hebben voor patiënt, huisarts en maatschappij. Voor de patiënt betekent een verwijzing dat er mogelijk sprake is van een relatief belangrijk gezondheidsprobleem, waarvoor de huisarts de hulp van de specialist inroept. Voor de huisarts en specialist zijn er mogelijk problemen van taakafbakening en een verschil in opvatting over wat goed medisch handelen is. De maatschappij (met name de ziektekostenverzekeraars) is geïnteresseerd, omdat een verwijzing door de huisarts relatief kostbare gevolgen kan hebben. In de huidige tariefstructuur is behandeling door de huisarts budgettair (grotendeels) begrensd, behandeling in de tweede lijn ligt veel minder aan banden, ondanks het huidige budgetteringssysteem.

Slechts ingewikkelde of weinig voorkomende aandoeningen dienen te worden verwezen; de rest moet door de huisarts zelf worden afgehandeld. Het publiek en de politiek hebben jaren op deze manier tegen het verwijzen aangekeken. Men maakte gebruik van termen die overgenomen waren uit het organisatorisch eenvoudige model van de militaire geneeskunde – eerste, tweede en derde lijn of echelon: de geneeskundige dienst te velde (lees de huisarts) verzorgt de lichtgewonden, troost de hopelozen, en selecteert de zwaarder gewonden voor het veldhospitaal (lees de regionale ziekenhuizen). Ingewikkelde gevallen worden naar het echte ziekenhuis achter de linies getranspor-

teerd. Dit eenvoudige en aantrekkelijke model is weergegeven in *figuur 1*.

Indien de praktijk overeen zou komen met deze theoretische uitgangspunten, zou het verwijzen door huisartsen naar de tweede lijn en het daaropvolgend handelen van de specialist voorspelbaar en beheersbaar zijn; verwijzen is dan een functie van de morbiditeit en daarmee zou het gebruik van specialistische voorzieningen met behulp van demografische variabelen goed te voorspellen zijn. Het verwijzen kan dan worden geprotocolleerd en de poortwachtersrol van de huisarts is daarmee beschreven.

Dit model gaat in werkelijkheid echter niet op. Er bestaan (grote) verschillen in gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen en verwijspersentages tussen verschillende regio's en landen. Verwijzen blijkt een complex proces; het zijn niet alleen formele, op klinische kennis gebaseerde motieven die de beslissing tot al of niet verwijzen bepalen, ook allerlei contextuele factoren spelen een rol: de preferenties van patiënten, de werkstijl en persoonsgebonden eigenschappen van de huisarts en de structuur van de gezondheidszorg (*figuur 2*).

De variatie in verwijscijfers is voor een deel het gevolg van allerlei min of meer structurele en nauwelijks door huisartsen te beïnvloeden kenmerken van het gezondheidszorgsysteem (macro-niveau)² en lokale omstandigheden (meso-niveau). Maar ook tussen huisartsen in één regio bestaan grote verschillen, niet alleen ten aanzien van hun verwijsgedrag, maar ook ten aanzien van het overige huisartsgeneeskundig handelen.³

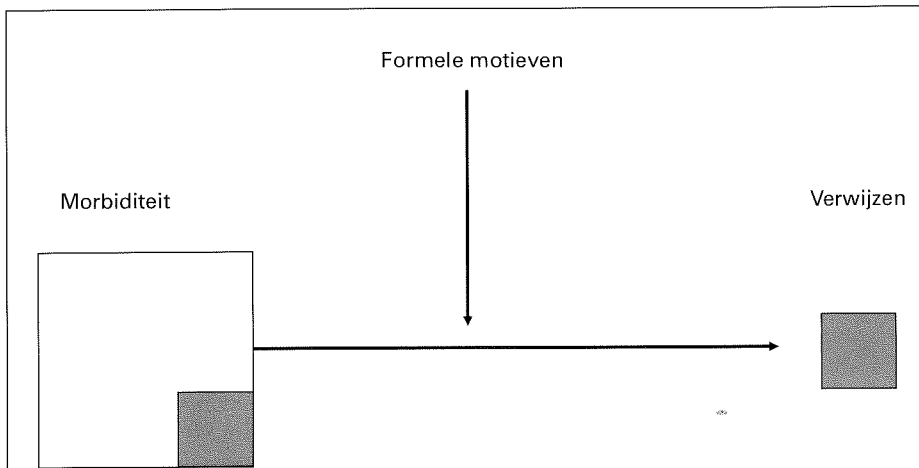
Op grond van de inter-doktervariatie bij het verwijzen wordt geregeld twijfel uitgesproken over de mate waarin de huisarts in staat is de rol van poortwachter te vervullen, aangezien vele patiënten ten onrechte specialistische voorzieningen zouden gebruiken.⁴⁻⁶ Ook de introductie van geaccordeerde richtlijnen voor verwijzing kon dat niet voorkomen.⁷ Niet formeel-klinische verwijscriteria spelen daarbij waarschijnlijk een belangrijke rol. Het bleek in ieder geval misleidend om de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig

verwijsbeleid te beoordelen op basis van verwijscijfers:⁸ veel verwijzende huisartsen verwijzen niet noodzakelijkerwijs vaker ten onrechte.^{7,9}

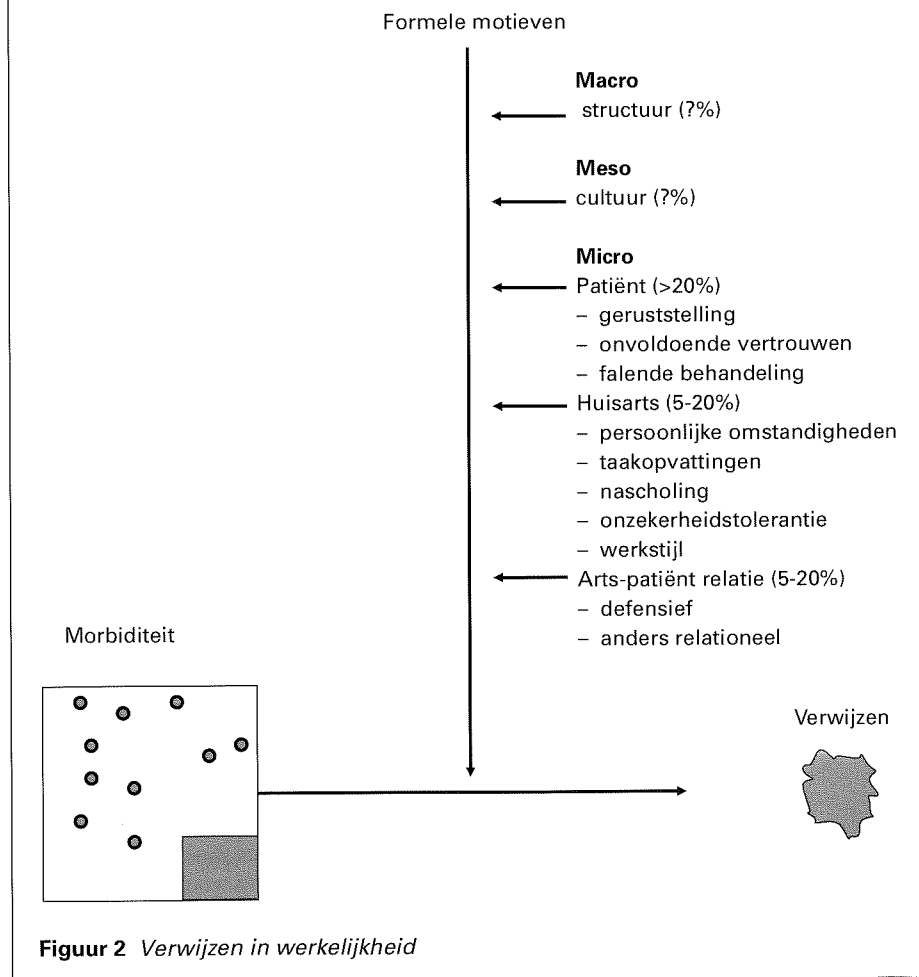
Tot nu toe verricht onderzoek levert geen goede verklaring op voor de – ook na correctie voor demografische verschillen – bestaande variatie tussen huisartsen.¹⁰ Tegelijkertijd ligt de prijs/kwaliteitsverhouding in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem relatief gunstig, en zijn er in diverse landen plannen om de huisarts als poortwachter juist te introduceren.¹¹

De discussie over het functioneren van de huisarts als poortwachter en verwijzer kan niet worden verengd tot een discussie over puur klinische geneeskunde of financiële mogelijkheden. De huisarts heeft als taak om – binnen de gegeven mogelijkheden – optimaal gebruik te maken van geneeskundige voorzieningen ten behoeve van zijn patiënten. Bij de meeste patiënten bestaat op puur klinische gronden geen twijfel aan de terechtheid van het gebruik van specialistische voorzieningen; daarnaast is er een grote groep patiënten voor wie om andere, niet puur klinische (maar wel degelijk relevante) redenen de specialist de meest geschikte aanbieder van zorg is. Geruststelling, medische historie, regionale gewoonten of de wens van de patiënt vormen dan legitieme redenen om te verwijzen. Tot slot kan een groep patiënten worden onderscheiden voor wie een verwijzing geen oplossing biedt. Bij een optimaal verwijsbeleid worden deze patiënten niet verwezen. Huisartsen verwijzen deze patiënten ook niet vaak, maar omdat het er zoveel zijn, spelen deze patiënten op de specialistische polikliniek in kwantitatieve zin uiteindelijk toch een grote rol. In kwalitatieve zin zijn deze patiënten bovendien belangrijk voor de huisarts, omdat juist zij (onnodig) risico op iatrogene schade lopen bij een verwijzing.

In dit artikel bespreken wij de verwijfsredenen en de beïnvloeding van het verwijzen door factoren op macro-, meso- en microniveau. Inzicht in de diversiteit van verwijfsredenen levert op zichzelf onvoldoende aanknopingspunten op voor een kwalitatieve verbetering. Daarom wordt



Figuur 1 Verwijzen in een eenvoudig model



Figuur 2 Verwijzen in werkelijkheid

vervolgens een verbinding gelegd tussen de morbiditeit van de verwezen patiënten en de verwijfsbeslissing, waarna tot slot enige aanbevelingen voor verbetering en verder onderzoek volgen.

Waarom worden patiënten verwezen?

Nederlandse huisartsen verwijzen jaarlijks 200 maal per 1000 patiënten actief naar de specialist, zo'n 8 procent van alle episodien.^{12,13} Van een actieve verwijfing is sprake, als de huisarts tijdens een arts-patiënt contact de beslissing tot verwijfing neemt. Achterafkaarten, verlengingskaarten en verwijfskaarten die worden afgegeven door de assistente, worden niet gerekend tot de actieve verwijfingen. Zes specialismen ontvangen samen 55 procent van alle verwijfingen; internist, chirurg, gynaecoloog, KNO-arts, oogarts en dermatoloog.

Formele, klinische redenen spelen natuurlijk de belangrijkste rol bij verwijfingen. Er is echter een groep factoren die het verwijzen beïnvloeden en die niet direct in een besliskundig protocol te vangen zijn. De bekendste factoren zijn: de structuur van de zorg (macro-niveau), de 'medische cultuur' van een regio (meso-niveau) en de patiëntenpreferenties, de werfstijl van de huisarts¹⁴ en de interactie tussen patiënt en huisarts (microniveau) (*figuur 2*).

Formele verwijfsredenen

Huisartsen verwijzen om een aantal formeel geneeskundige redenen.¹⁵ De formele verwijfsredenen kunnen op twee manieren worden ingedeeld. Men kan ze indelen naar hetgeen de huisarts niet kan: hij kan niet handelen wegens gebrek aan kennis, ervaring, vaardigheid of hulpmiddelen.¹⁶ Een andere indeling gaat uit van wat de huisarts van de specialist wil: diagnostiek, therapie, een heilkundige ingreep, begeleiding, advies. In essentie gaat het bij verwijzen echter steeds om een vraag naar diagnostiek of naar therapie of een combinatie van beide. De aard van de verwijfsvraag is verbonden met de aard van de aandoeningen waarvoor wordt verwezen. Bij een vaststaande diagnose zal de huis-

arts verwijzen voor therapie, hetzij langdurige behandeling, hetzij een korte ingreep. Bij twijfel of onzekerheid over de aard van de aandoening verwacht de huisarts van de specialist verdere diagnostiek, waarbij afhankelijk van de uitkomsten daarvan de verdere behandeling al dan niet wordt overgelaten aan de specialist.^{17,18}

Omdat de aard van de aandoening mede de verwijfsvraag bepaalt, zijn de formele redenen waarom wordt verwezen, tevens afhankelijk van het soort specialisme waarnaar wordt verwezen. Bij snijdende specialismen overheerst het verzoek om therapie, bij niet-snijdende specialismen is diagnostiek een relatief belangrijke verwijfsreden.¹⁹

In de literatuur naar verwijfsredenen worden verwijfsmotieven en verwijfsvragen nogal eens door elkaar gebruikt, hetgeen de vergelijkbaarheid bemoeilijkt.

Beïnvloeding op macro-niveau: de zorgstructuur

Structurele kenmerken van de gezondheidszorg zijn onderzocht als mogelijke verklaringen voor de interregionale verschillen in verwijfspercentages. Duidelijk is dat de kosten van zowel specialistische verrichtingen als van farmaceutische hulp en klinische zorg toenemen bij een toename van de specialistendichtheid en de (poli)klinische capaciteit, en anderzijds verminderen bij een toenemende huisartsendichtheid,^{20,21} zij het dat de relatie tussen de omvang van de huisartspraktijk en verwijfscijfers minder eenduidig bleek.²² Belangrijker lijkt de drukte op het spreekuur van de huisarts.²³ In het Verenigd Koninkrijk en Denemarken – beide landen met vergelijkbaar gezondheidszorgsysteem – werden soortgelijke verbanden aangetroffen.^{24,25} Verschillen in (voor leeftijd en geslacht gecorrigeerde) verwijfscijfers tussen stad en platteland worden verklaard uit een grotere beschikbaarheid van specialistische voorzieningen in de stad (kleinere afstand tussen ziekenhuis en huisartspraktijk). Recent werd de kleine (in verhouding tot de bestaande variatie tussen individuele huisartsen) invloed van de opening van een nieuw ziekenhuis op de verwijfscijfers nog eens bevestigd.²⁶ In

de gezondheidszorg creëert het aanbod voor een deel de vraag.²⁷

De organisatie van de eerstelijnszorg zou eveneens van invloed zijn op het verwijfspercentage. Huisartsen in gezondheidscentra verwijzen mogelijk minder en gericht dan solisten,²⁸ hoewel deze bevinding in later onderzoek niet werd bevestigd.²⁹

De tariefstructuur van de specialistische zorg in Nederland zou specialisten stimuleren tot een maximalisering van het aantal verrichtingen. Empirische gegevens hierover zijn echter niet beschikbaar.

Beïnvloeding op meso-niveau: de couleur locale

De *geneeskundige 'cultuur'* verschilt per land en per regio. Onderzoek in de Verenigde staten naar 'small area-variation' leidde tot de conclusie dat lokale cultuur en gewoonten weleens de belangrijkste verklarende variabele voor de gevonden variatie zouden kunnen zijn.

In Nederland is onderzoek verricht naar de opvattingen over de procedurele gang van zaken rond een verwijfing, en naar de taakopvattingen bij enkele specifieke aandoeningen. Door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut werd een tweetal onderzoeken verricht: een studie naar het verschil tussen de taakopvattingen van 444 huisartsen en 62 internisten in Nederland en België, en een vergelijkbaar onderzoek onder 279 huisartsen en 428 specialisten.³⁰ De belangrijkste conclusie was dat zowel huisartsen als specialisten het erover eens zijn dat, indien er geen afwijkingen gevonden worden, de patiënt terugverwezen behoort te worden en dat bij continuering van de behandeling een argumentatie naar de huisarts onontbeerlijk is. Er is nogal wat verschil van mening over de behandeling van chronisch zieken: de huisartsen claimen duidelijk een groter gebied dan de specialisten terecht vinden. Een beperkter onderzoek onder Hooogeveense huisartsen en specialisten leverde eenzelfde beeld op.³¹

Er is ons geen onderzoek bekend naar de effecten van de lokale geneeskundige cultuur op verwijfscijfers; een relatie kan op grond van verschillen in verwijfsge-

woonten tussen verschillende geografische gebieden worden verondersteld.³²

Factoren op micro-niveau: de spreekkamer

Dat de patiënt vaak een belangrijke rol speelt bij de beslissing om te verwijzen, is inmiddels goed gedocumenteerd. Reeds in 1968 kwamen Van Es & Pijlman in hun onderzoek in 122 praktijken tot de conclusie dat ruim 20 procent van de verwijzingen plaatsvond op initiatief van de patiënt.³³ Huisartsen zijn daarbij geneigd tot onderschatting van het aandeel van de verwijzingen die tot stand komen onder druk van de patiënt: in een Amerikaans onderzoek werd het percentage verwijzingen op initiatief van de patiënt door huisartsen geschat op 11 procent, terwijl het in feite 42 procent bedroeg.³⁴ De betrokken patiënten dachten in 51 procent van de gevallen op hun eigen initiatief verwezen te zijn.

Deze bevindingen komen overeen met de resultaten van onderzoek in Engeland en Nederland, waarbij druk van patiënten werd ervaren in 16 tot 60 procent van de gevallen.^{17 35 36} Fleming vond in 32-60 procent van de gevallen druk van de patiënt bij verwijzingen waarbij een absolute medische indicatie ontbrak. Opvallend was zijn bevinding dat in landen met een goed georganiseerde huisartsenopleiding de verwijzpercentages lager waren, maar de druk van de patiënten groter werd bevonden.²

De mate waarin druk werd geregistreerd, wisselde per specialisme waarnaar werd verwezen, en was het grootst bij psychiatrie en het geringst bij verloskunde en geriatrie. Patiënten die werden verwezen ter geruststelling, oefenden het vaakst druk uit om te worden verwezen.^{17 37} Ook de aard van de aandoening bleek een belangrijke rol te spelen bij de door de huisartsen ervaren druk van de kant van de patiënt.^{17 36}

Er is weinig onderzoek gedaan naar de mate waarin de huisarts tegemoet komt aan het verzoek van patiënten verwezen te worden. In Engels bevolkingsonderzoek had 19 procent van de ondervraagde volwassenen gedurende de afgelopen twee

jaar na een bezoek aan de huisarts behoefte aan een 'second opinion'. Slechts één op de drie patiënten had daar ook daadwerkelijk om verzocht, waarvan 10 procent werd geweigerd. De belangrijkste redenen voor de behoefte aan een second opinion waren onvoldoende resultaat van de behandeling, geruststelling en onvoldoende vertrouwen in de kennis en kunde van de huisarts.³⁸ De huisartsen in het Transitieproject verwezen 62 procent van de patiënten die daarom verzochten. Globaal kan men stellen dat bij minstens 20 procent van de verwijzingen een verzoek van de patiënt een rol speelt.

Apart van de mate waarin de patiënt volgens de verwijzend huisarts druk uitoefende om te worden verwezen, is er onderzoek gedaan naar patiëntgebonden verwijzsmotieven van huisartsen. Huisartsen noemden als redenen om onder druk van de patiënt tot verwijzing naar de kinderarts te besluiten: onvoldoende vertrouwen van de patiënt in de behandeling, machteloosheid door het aanhouden van de klachten en de onmogelijkheid om de ouders op een andere manier tevreden te stellen.³⁹ Ongerustheid van de patiënt wordt in een aantal studies genoemd als motief om te verwijzen, waarbij het percentage verwijzingen waarbij dit het motief was varieerde van 4 tot 15 procent.^{15 18} Grundmeijer & Van Weert vonden bij verwijzingen naar de internist een percentage van 37 procent.¹⁷ Een verklaring voor dit hoge percentage vormt mogelijk de registratiemethodiek: huisartsen konden meer dan één verwijzsmotief per verwijzing opgeven.

De huisarts zelf is ook een factor in de beslissing al of niet te verwijzen. Onderzoek naar artsgebonden kenmerken als leeftijd, nascholingsactiviteiten en ervaring leverde een weinig consistent beeld op.^{40 41} Een veel verwijzende huisarts verwijst veel patiënten naar alle specialismen, onafhankelijk van klinische ervaring. Mogelijk leidt extra interesse en nascholing in een bepaalde discipline tot meer verwijzingen naar het betreffende specialisme.⁹ Persoonsgebonden eigenschappen van de huisarts als werkstijl,⁴² taakopvatting en het vermogen te leven met onzekerheden⁴³

spelen mogelijk een belangrijker rol, naast meer incidentele factoren als drukte, persoonlijke problemen en financiële belangen.⁴⁴ Huisartsen met een ruime taakopvatting verwijzen minder naar specialisten dan huisartsen met een beperkter invulling van hun takenpakket.⁴² De inschatting van het risico dat een patiënt loopt door niet te verwijzen, en het risico dat de huisarts loopt op verlies aan respect bij een onnodige verwijzing, zijn beide belangrijke verklarende factoren in theoretische modellen van verwijzgedrag.^{40 45} De laatste factor speelt mogelijk een rol bij de invloed van de lokale geneeskundige cultuur op het verwijzpercentage.

Bij verwijzingen naar de kinderarts zouden persoonlijke omstandigheden van de huisarts in 11 procent van de gevallen een rol hebben gespeeld.³⁹

Relationele argumenten speelden een rol bij 26 procent van de verwijzingen naar de internist, waarbij defensief handelen van belang was in 11 procent tot 15 procent van de gevallen.^{16 17} Er bleek een samenhang te bestaan tussen defensief handelen en aard en kenmerken van de diagnose. Defensief handelen kwam vaker voor bij onzekere verwijzdiagnoses. Moeheid en het spastisch colon waren relatief frequent verbonden met defensief handelen en als er defensief werd gehandeld werd er veel verwezen naar een specialist.⁴⁶ De relatie tussen verwijzdiagnose en motief om te verwijzen werd in later onderzoek bevestigd.^{17 18} Als laatste relationele redenen om te verwijzen worden nog genoemd het vastgelopen huisarts-patiënt contact¹⁷ en de 'wanhoopsverwijzing' (to get the patient out of my hair).⁴⁷ Het is duidelijk dat het onderhandelen of strijden tussen huisarts en patiënt de dokters – en de patiëntafhankelijke verwijzredenen sterk doet vermengen.

Verwijzdiagnose en de beslissing te verwijzen

Kwantitatief onderzoek naar verwijzen door huisartsen levert – op geaggregeerd niveau – informatie op over spreiding in verwijzbeleid en de beïnvloeding van het

verwijzen door allerlei structurele, patiëntgebonden of huisartsgebonden factoren. Afhankelijk van de studie en de gebruikte indelingen blijken bij 20-50 procent van de verwijzingen andere dan puur formeel-klinische motieven een rol te spelen. De mate waarin dat het geval is, wisselt per verwijfsdiagnose.

Inzicht in de inhoud en het resultaat van verwijzen wordt door dergelijk onderzoek niet verkregen. Deze vorm van onderzoek kan dan ook niet leiden tot een kwalitatieve verbetering van het verwijfsbeleid. Daarvoor is het nuttiger om te zoeken naar (soorten van) verwijzingen waarbij het te verwachten resultaat met behulp van de op dat moment aan de huisarts ter beschikking staande gegevens kan worden ingeschat. Diagnose-gebonden onderzoek levert aanwijzingen op, dat sommige verwijzingen uiteindelijk niet nuttig zijn in de zin van medisch noodzakelijk, of leidend tot verbetering van klachten of functioneren van patiënten, geruststelling of verbetering van een klinische parameter.

Op inhoudelijke gronden konden verwijzingen naar de internist worden ingedeeld in groepen waarbij recht werd gedaan aan de bovengenoemde formele verwijfsredenen en arts- en patiëntgebonden invloeden.¹⁷

- Patiënten met aandoeningen waarvan de diagnose op het moment van verwijzen vaststaat en die tweedelijns expertise of behandeling behoeven op grond van de complexiteit van de aandoening, de benodigde techniek of de (lage) prevalentie. Defensief handelen of geruststelling van patiënten speelt in die gevallen slechts een marginale rol. Geneeskundig handelen kan bij deze aandoeningen min of meer geprotocolleerd verlopen en het medische systeem functioneert hier zoals beschreven in de inleiding: de eerste lijn selecteert, de tweede lijn behandelt.

Het verwijfsgedrag van huisartsen zal veranderen onder invloed van technische ontwikkelingen en de implementatie van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek: werd in de jaren zestig en begin zeventig nog 50 procent van alle patiënten met een acute otitis media verwezen, sinds de publikatie van het onderzoek van *Van*

Buchem et al. is het verwijfspercentage gezakt tot zo'n 4 procent.^{12,48,49} Het resultaat van deze verwijzingen is echter – uit de aard van de problematiek – op geaggregeerd niveau niet steeds meetbaar in de zin van verbetering van klachten of functioneren van patiënten, aangezien het doel van het medisch handelen daar niet uitsluitend op is gericht. Deze verwijzingen worden soms gelegitimeerd door verbetering van een klinische parameter of uitsluitend diagnostiek. Deze verwijzingen blijken ook de minste kritiek te ondervinden van zowel externe beoordeelaars als patiënten.⁵⁰

- Verwijzingen van patiënten met 'alarm-symptomen' zijn eveneens redelijk onbetwist.⁵⁰ De verwijfsreden is gebrek aan kennis of beschikbare hulpmiddelen. Een patiënt met peritoneale prikkeling of acute pijn op de borst is over het algemeen beter af in het ziekenhuis. Ook bij deze verwijzingen is weinig sprake van druk van de patiënt, defensief handelen of verwijzen ter geruststelling. Toch is op deze verwijzingen nogal eens inhoudelijke kritiek mogelijk, aangezien beoordelaars van mening verschillen over de klinische betekenis van een bepaalde klacht (koorts e.c.i.), een bepaald symptoom (vergoete lymfeklier) of een afwijkende bevinding van aanvullend onderzoek (hoge BSE of vlekje op X-thorax).¹⁷ Voor veel klachten in de eerste lijn is de voorspellende waarde ten aanzien van het bestaan van ernstige pathologie niet goed bekend.

- Gecompliceerder ligt de zaak bij verwijzingen waarbij de huisarts op voorhand twijfelt aan het nut van een specialistische interventie en relatief vaak handelt, omdat de patiënt naar zijn mening aandringt op een verwijzing. Het gaat dan vaak om minder goed omschreven ziektebeelden (IBS, adenoïd hypertrofie) en om klachten (moeheid, pijn in de knie). In het algemeen zou bij deze verwijzingen het resultaat meetbaar moeten kunnen zijn in termen van verbetering van het functioneren en vermindering van klachten en ongerustheid. Bij verwijzingen naar de internist bleek dit ook het geval, maar patiënten gaven achteraf toch vaak aan ontevreden te zijn, aangezien zij (terecht!) van mening

waren dat deze verbetering niet was veroorzaakt door het medisch handelen. De internist kwam bij deze patiënten vaak ook niet tot een omschreven diagnose en betitelde de klachten vaak als functioneel, ondanks de soms zeer intensieve diagnostiek.

Dat patiëntendruk om te verwijzen mogelijk aanleiding geeft tot inefficiënt gebruik van (schaarse) specialistische voorzieningen, blijkt ook uit ander onderzoek.⁵¹ De verwachtingen van de patiënt zijn hierbij mogelijk te hoog gespannen en ook speelt klinische (en meer aan de persoon van de huisarts gebonden) onzekerheid, naast communicatieve aspecten, mogelijk een belangrijke rol.⁵² Hoewel het verwijfspercentage bij deze aandoeningen relatief laag is, vormen zij toch een grote belasting voor specialistische voorzieningen, doordat de prevalentie in de huisartspraktijk zo hoog is.

Beschouwing

Inhoudelijk is de geneeskunde gebaat bij goed op elkaar aansluitende voorzieningen, waarbij elke discipline datgene te doen krijgt, waarvoor zij het best is toegerust. Er zijn geen harde aanwijzingen in de literatuur dat veel verwijzende of weinig verwijzende huisartsen betere of slechtere dokters zouden zijn dan gemiddeld verwijzende huisartsen.⁵³ Er bestaat een sterke positieve samenhang tussen het aantal poliklinische verwijzingen van een huisarts en het aantal klinische opnamen van patiënten uit zijn praktijk, hetgeen op zijn minst doet twijfelen aan de stelling dat een veel verwijzende huisarts ook veel onnodig verwijst.⁵⁴ Bovendien gaat meer dan gemiddelde klinische competentie op een bepaald vakgebied samen met een hoger verwijfspercentage.⁵⁵ In een klein Nederlands onderzoek werd geen relatie gevonden tussen de kwaliteit van het verwijzen en het verwijfspercentage bij individuele huisartsen.⁵⁶

Op grond van geaggregeerde verwijfs-cijfers kan worden vastgesteld, dat er aanzienlijke verschillen zijn in verwijfsbeleid, die niet verklaard kunnen worden door demografische variatie. In die zin lijkt er

ruimte voor verbetering, maar tegelijk onderscheidt het verwijzen zich in dit opzicht niet van het overige huisartsgeneeskundig handelen. Op basis van dergelijke cijfers kunnen echter geen conclusies betreffende de opbrengst en de kwaliteit van de verwijzingen worden getrokken. Daarvoor is meer diagnosegebonden onderzoek naar het verwijzen noodzakelijk, hetgeen in eerste instantie beperkt kan blijven tot de meer 'algemene' specialismen.

Op basis van het beschikbare onderzoek kunnen wel enige gebieden worden aangegeven, waar mogelijkheden tot verbetering aanwezig zijn.

Structurele maatregelen

Zolang geen inzicht bestaat in de vraag of de weinig verwijzende huisarts zijn patiënten tekort doet of dat de veel verwijzende huisarts zijn patiënten onnodig verwijst of dat de gemiddeld verwijzende huisarts het goed doet, lijkt de kwaliteit van het verwijsbeleid niet gebaat bij volumebeheersing zonder meer.^{53,57} In het verleden hebben op volumebeheersing gerichte maatregelen ook hooguit een beperkt effect gehad op de verwijscijfers. In Groot-Brittannië werd veel verwacht van versterking van de huisarts door middel van fundholding. Tot een aantoonbare verandering van verwijscijfers heeft dit echter nog niet geleid.⁵⁸ In Nederland worden hier en daar enige voorzichtige experimenten met budgetfinanciering opgezet. Evaluatie daarvan is nog niet mogelijk, maar al te hoog gespannen verwachtingen dient men daarbij – gezien de ervaringen in het Verenigd Koninkrijk – niet te hebben.

Inhoudelijke afspraken tussen de disciplines

Het meeste in Nederland verrichte onderzoek naar de taakafbakening tussen huisarts en specialist betreft onderzoek naar opinies van huisartsen en specialisten. Over het feitelijk gedrag is weinig bekend; onderzoek daarnaar is dringend gewenst. Bovendien betreft het kleinschalig onderzoek op lokaal niveau. Voor een aantal aandoeningen ligt het min of meer duidelijk: diabetes mellitus type II hoort bij de

huisarts en het insulinoom bij de internist; hyperthyreoïdie ligt qua prevalentie op de grens: sommige huisartsen zullen deze aandoening zelf willen behandelen en andere met evenveel recht niet.⁵⁹

Het kwantitatieve effect van geringe verschuivingen in dit randgebied is veel groter dan men op het eerste gezicht zou vermoeden, omdat juist in dit marginale gebied de prevalentie relatief groot is. Een geringe verschuiving van het verwijsmoment geeft een zeer forse verschuiving van het aantal patiënten dat in de tweede lijn terecht komt. Competitieve, niet klinische factoren spelen een rol bij de taakafbakening; deze hebben vaak een financiële achtergrond of hebben te maken met het voortbestaan van de eigen beroepsgroep. Pogingen in Nederland te komen tot samenwerking zijn nogal eens mislukt doordat de (financiële) belangen van beide beroepsgroepen uiteenliepen. Denkbaar is dat het uit de weg ruimen van deze niet-klinische competitieve factoren enige ruimte kan bieden voor verdere verbetering van de samenwerkingsrelatie tussen huisartsen en specialisten; de standaarden van het NHG zouden daarbij een goed uitgangspunt vormen. Het effect op het verwijsperscentage is echter onvoorspelbaar.

Bepaalde verwijscategorieën

Zolang van een aantal klachten en symptomen (zoals contactbloedingen, diverse knobbels en bobbel, rectaal bloedverlies, vergrote lymfklier) de voorspellende waarde in de eerste lijn ten aanzien van het bestaan van ernstige pathologie nog onduidelijk is, kan de huisarts vaak niet anders dan verwijzen. Wetenschappelijk onderzoek daarnaar is nodig, alvorens een gefundeerd verwijsbeleid te kunnen formuleren. Totdat de resultaten daarvan bekend zijn is consensus 'second best'.

Inhoudelijk bestaan echter de grootste problemen bij verwijzingen met een onduidelijke diagnose, die vaak op aandrang van patiënten plaatsvinden en waarbij klinische onzekerheid van de kant van de huisarts mogelijk eveneens een rol speelt. Het ontwikkelen van richtlijnen voor de diagnostiek van moeilijk interpreteerbare

klachten en de begeleiding van patiënten met minder goed omschreven ziektebeelden lijkt de beste optie als het gaat om het terugdringen van mogelijk onterechte verwijzingen. Door de hoge prevalentie in de huisartspraktijk vormen deze verwijzingen, hoewel spaarzaam verricht, een aanzienlijke belasting voor de specialistische polikliniek en ook de specialist weet vaak niet goed wat te doen.

De bijdrage van het specialistisch handelen aan een verbetering van de klachten wordt door zowel huisartsen als specialisten alsook patiënten uiteindelijk niet hoog ingeschat. Op grond van epidemiologisch psychiatrisch en huisartsgeneeskundig onderzoek kan worden vermoed dat een aantal patiënten meer gebaat is met een (al dan niet door de huisarts verrichte) psychiatrische interventie dan met uitgebreide somatische diagnostiek of verwijzing.^{60,61} Ontwikkeling van richtlijnen is echter juist bij deze groep minder goed mogelijk dan bij patiënten met duidelijk omschreven ziekten, en omdat huisartsen deze verwijzingen veelal toch al niet 'con amore' en slechts spaarzaam verrichten, is beïnvloeding van het verwijsgedrag moeilijk. Mogelijk kan hier meer worden verwacht van goede werkafspraken tussen huisartsen en specialisten. De winst voor het verwijsbeleid zal dan eerder in kwalitatieve dan in kwantitatieve effecten meetbaar zijn.

Literatuur

- 1 Van den Bosch WJHM. Huisarts als poortwachter. Ned Tijdschr Geneesk 1994; 138: 2646-9.
- 2 Fleming DM. The European study of referrals from primary to secondary care. Amsterdam: Thesis, 1993.
- 3 Marinus AMF. Inter-doktervariatie in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993.
- 4 Gillette RD. Are family physicians ready to be gatekeepers? J Fam Pract 1984; 18: 679-80.
- 5 Ellsbury EE. Can the family physician avoid conflict of interest in the gatekeeper role. An affirmative view. J Fam Pract 1989; 28: 698-704.
- 6 Morreim EH. Conflicts of interest. Profits

- and problems in physician referrals. *JAMA* 1989; 262: 390-94.
- 7 Fertig A, Roland M, King H, Moore T. Understanding variation in rates of referral among general practitioners: are inappropriate referrals important and would guidelines help to reduce rates? *BMJ* 1993; 307: 1467-70.
 - 8 Wilkin D, Metcalfe DH, Marinker M. The meaning of information on general practitioner referral rates to hospitals. *Community Med* 1989; 11: 65-70.
 - 9 Reynolds GA, Chitnis JG, Roland MO. General practitioner outpatient referrals: do good doctors refer more patients to hospital. *BMJ* 1991; 302: 1250-2.
 - 10 Van de Lisdonk EH, Schellevis FG. Interdoktervariatie en de kwaliteit van verwijzingen. Een literatuuronderzoek. *Huisarts Wet* 1994; 37: 573-8.
 - 11 Meyboom-de Jong B. De huisarts als poortwachter. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995; 138: 2668-3.
 - 12 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
 - 13 Lamberts H, Brouwer HJ, Mohrs J. Reason for encounter- & episode- & process-oriented standard output from the Transition Project. Amsterdam: Department of General Practice/Family Medicine, University of Amsterdam, 1991.
 - 14 Newton J, Hayes V, Hutchinson A. Factors influencing general practitioners' referral decisions. *Fam Pract* 1991; 8: 308-13.
 - 15 Grace JF, Armstrong D. Reasons for referral to hospital; extent of agreement between perceptions of patients, general practitioners and consultants. *Fam Pract* 1986; 3: 143-7.
 - 16 Brock C. Consultation and referral patterns of family physicians. *J Fam Pract* 1980; 10: 287-91.
 - 17 Grundmeijer HGLM, Van Weert HCPM. Patiënt huisarts en internist [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992.
 - 18 Coulter A, Noone A, Goldacre M. General practitioners' referrals to specialist outpatients clinics *BMJ* 1989; 299: 304-8.
 - 19 Kuyvenhoven MM, De Melker RA. Verwijzingen naar interne en chirurgische specialisten. Een exploratief onderzoek naar enkele aspecten van het verwijsgedrag van dertien huisartsen. *Huisarts Wet* 1986; 29: 365-68.
 - 20 Van de Gaag J. An econometric analysis of the Dutch health care system [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1978.
 - 21 Rutten FFH, Van der Gaag J, Van Praag BMS. Het ziekenhuis in de gezondheidszorg. Interimrapport, uitgebracht aan het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Leiden, 1975.
 - 22 Posthuma BH, Van der Zee J. Verwijscijfers en de verkleining van de huisartspraktijk. *Gezondh Samenl* 1980; 1: 59-68.
 - 23 Wijkel D, Van der Zee J. Drastische verkleining van de ziekenfondspraktijk en de hoogte van het verwijscijfer. Cijfers uit de periode 1976-1978. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1984; 62: 428-32.
 - 24 Roland M, Morris R. Are referrals by general practitioners influenced by the availability of consultants. *BMJ* 1988; 297: 599-600.
 - 25 Christensen B, Sorensen HT, Mabeck CE. Differences in referral rates from general practice. *Fam Pract* 1989; 6: 19-22.
 - 26 Noone A, Goldacre M, Coulter A, Seagroatt V. Do referral rates vary widely between practices and does supply of services affect demand? *J R Coll Gen Pract* 1989; 39: 404-7.
 - 27 Rutten FFH, Van der Gaag. Referrals and demand for specialist care in the Netherlands. *Health Serv Res* 1977; 12: 3.
 - 28 Wijkel D. Samenwerken en verwijzen [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1986.
 - 29 Geurts JJM, Swinkels H, Van Doorslaer EKA. Medische consumptie en praktijkvorm nader belicht; afzonderlijke analyses voor ziekenfonds- en particulier verzekerden. *Maandber Gezondheidsstat* 1988; 7: 5-13.
 - 30 Beek M, Van Eijk J, Rutten G. Huisartsen en specialisten over hun onderlinge taakafbakening. *Med Contact* 1984; 39: 1247-51.
 - 31 Swinkels MAA, Dopheide JP. Vervagende grenzen tussen eerste en tweede lijn: de casus Hoogeveen. *Med Contact* 1983; 17: 512-14.
 - 32 Wilkin D. Patterns of referral: explaining variation. In: Roland M, Coulter A. *Hospital referrals*. Oxford: Oxford University Press, 1992.
 - 33 Van Es JC, Pijlman HR. Het verwijzen van ziekenfonspatiënten in 122 Nederlandse huisartspraktijken. *Huisarts Wet* 1970; 13: 433-449.
 - 34 Williams TF, White RL, Andrews LP, Diamond E, et al. Patient referral to a university clinic: patterns in a rural state. *Am J Public Health* 1960; 3: 1493-1507.
 - 35 Jones R, Monkhouse C, Edmonds R, Harman M. Outpatient referrals. Update 1984; 771-4.
 - 36 Engelsman C, Geerstma A. De kwaliteit van verwijzingen [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1994.
 - 37 Armstrong D, Fry J, Armstrong P. Doctors' perception of pressure from patients for referral. *BMJ* 1991; 302: 186-8.
 - 38 College of Health. Which way to health. 1991; 2: 32-5.
 - 39 Krol LJ. De consument als leidend voorwerp in de gezondheidszorg [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1985.
 - 40 Wilkin D, Smith A. Variations in general practitioners' referrals to consultants. *J R Coll Gen Pract* 1987; 35: 15-8.
 - 41 Ross AK, Davies WA, Horm G, Williams R. General practitioner orthopaedic outpatients referrals in North Staffordshire. *BMJ* 1983; 287: 1439-41.
 - 42 Mookink HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.
 - 43 Knotterus JA, Ebbens E, Govaerts PME, De Geus C. Klachten op de borst: omgaan met onzekerheden. *Huisarts Wet* 1985; 28: 159-64.
 - 44 Rop HJ, Lamberts H, Van Weel C. Huisarts en verwijsgedrag. *Huisarts Wet* 1979; 22: 306-12.
 - 45 Dowie R. General practitioners and consultants: a study of outpatient referrals. London: King Edwards hospital Fund, 1983.
 - 46 Lamberts H, Janssens PMH. Defensief handelen door huisartsen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 598-602.
 - 47 Carfield AM. A study of all referrals from a family practice unit. *Can Fam Physician* 1980; 527-33.
 - 48 Roelink H. Acute middenoorontsteking in de algemene praktijk. Een groepsonderzoek door huisartsen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1965.
 - 49 Van Buchem FL, Dunk JHM, Van 't Hof MA. Therapy of acute otitis media; myringotomy, antibiotics or neither? *Lancet* 1981; ii: 883-8.
 - 50 Grundmeijer HGLM, Van Weert HCPM. Kritiek op huisartsen als zij verwijzen. Het oordeel van huisartsen en internisten. *Huisarts Wet* 1993; 36: 445-50.
 - 51 Bles CBM, Lagro HAHM, Lagro-Janssen ALM. Orthopedische verwijzingen in een huisartspraktijk. Een analyse van verwezen patiënten. *Huisarts Wet* 1994; 37: 289-92.
 - 52 Bailey J, King N, Newton P. Analysing general practitioners' referral decisions II.

- Applying the analytical framework: do high and low referrers differ in factors influencing their referral decisions? *Fam Pract* 1994; 10: 9-14.
- 53 Roland M. General practitioner referral rates, interpretation is difficult. *BMJ* 1988; 297: 437-8.
- 54 Coulter A, Seagroatt V, McPherson K. Relation between general practices' outpatient referral rates and rates of elective admissions to hospital. *BMJ* 1990; 301: 271-6.
- 55 Reynolds GA, Ghitnis JG, Roland MO. General practitioner outpatient referrals: do good doctors refer more patients to hospital. *BMJ* 1991; 302: 1250-3.
- 56 Joosten JA, Daams J, Knottnerus JA. Verwijzingen naar de internist: een vergelijkend retrospectief panelonderzoek naar de kwaliteit van verwijzingen van huisartsen die veel en huisartsen die gemiddeld naar de internist verwijzen. *Med Contact* 1990; 45: 83-5.
- 57 Wilkin D, Metcalfe DH, Marinker M. The meaning of information on general practitioner referral rates to hospitals. *Community Med* 1989; 11: 65-70.
- 58 Coulter A, Bradlow J. Effects of NHS reforms on general practitioners referral patterns. *BMJ* 1993; 306: 433-7.
- 59 Pop V, Boer AM, Winants Y. NHG-standaard Functiestoornissen van de Schildklier. *Huisarts Wet* 1993; 36: 143-9.
- 60 Van der Meer K. Patiënten met psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. Lelystad: Meditekst, 1993.
- 61 Van Limbeek J, Van den Berg CEA, Sergeant JA, et al. Patiënt, stoornis en zorg. Een onderzoek naar de prevalentie, het ziektebehoop en de herkenning van psychische stoornissen in Amsterdam Oost en Zuidoost. Amsterdam: GG en GD en Universiteit van Amsterdam, 1994.

Abstract

Van Weert HCPM, Grundmeijer HGLM, Brouwer HJ. Influences on the decision to refer. An analysis of GP's referral policy. *Huisarts Wet* 1995; 38(11): 513-20.

General practitioners have a certain responsibility with regard to the use of hospital and polyclinical facilities by their patients. The presumption exists that those facilities are sometimes not appropriately used. The referral policy of general practitioners is discussed: based on the literature about 50 percent of all referrals are not solely for formal clinical reasons, so is estimated. Patients preferences, defensive medicine and local clinical habits are also important. These last motives are more often relevant with certain clinical conditions. Research of aggregated referral rates gives an understanding of patterns of referral, but yields no tools to improve the general practitioners referral policy. To that end some suggestions are made.

Key words Family practice; Referral.

Correspondence Dr. H.C.P.M. van Weert MD, Department of General Practice, University of Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam, The Netherlands.