



NIVEL  
bibliotheek

drieharingstraat 28  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

R

3

**KONSULTATIEPROJEKT**  
**EINDHOVEN**

**verwijspatronen**

**jozien bensing**  
**peter verhaak**  
**maart 1980**



INHOUDSOPGAVE		pag.
I	<u>Inleiding</u>	
	1. Plaatsbepaling van deze nota	1
	2. Het onderzoeksplan van het totale evaluatieonderzoek	2
	3. Konsultatie en verwijzen	3
II	<u>Verwijzen: van woord naar begrip</u>	
	1. Inleiding	6
	2. Wat is verwijzen?	6
	3. Welke verwijzingen worden onderzocht?	6
	4. Welke differentiaties dienen er binnen het begrip "verwijzen" te worden aangebracht?	8
	5. Samenvatting en discussie	10
III	<u>Verwijzen: van begrip naar getal</u>	
	1. Inleiding	12
	2. Het aantal verwijzingen als absoluut getal	12
	3. Aantal verwijzingen gerelateerd aan praktijkgrootte	12
	4. Aantal verwijzingen gerelateerd aan contactfrequentie	13
	5. Aantal verwijzingen op initiatief van de huisarts	13
	6. De verwijsindex	14
	7. Samenvatting en discussie	15
IV	<u>Het materiaal</u>	
	1. Inleiding	16
	2. Wijze van verzameling	16
	3. Kwantiteit en kwaliteit van het materiaal	17
	4. Betrouwbaarheid van het materiaal	18
	5. Samenvatting en discussie	21
V	<u>De resultaten van de experimentele groep: een kwantitatieve analyse</u>	
	1. Inleiding	24
	2. De over-all verwijscijfers per arts	25
	3. De invloed van achtergrondvariabelen op de verwijsindex	29
	4. Verwijzingen uitgesplitst naar verwijsmogelijkheden	35
	5. Enkele konklusies	44
VI	<u>Verwijscijfers 1976 - 1978 volgens andere bronnen</u>	46
VII	<u>Kwalitatieve aspecten van de verwijzingen</u>	
	1. Inleiding	51
	2. Beoordeling van de verwijzing	52
	3. Motief voor de verwijzing	56
	4. Konklusie	58



	pag.
VIII	
<u>Slotbeschouwing</u>	
1. Inleiding	60
2. Verwachtingen en resultaten	60
3. Verwijzen in het algemeen	62
4. Onderzoekstechnische inzichten	63
5. Samenvatting	65
<u>Literatuur</u>	66
<u>Bijlagen</u>	



## HOOFDSTUK I: INLEIDING

### 1. Plaatsbepaling van deze nota

Deze nota is het verslag van een onderzoek naar de invloed van konsultatie tussen artsen en specialisten op het verwijsgedrag van die artsen. Het is een onderdeel van een meer omvattend onderzoek: het konsultatieproject Eindhoven\*. In dat kader vonden gedurende 16 maanden konsultatiebijeenkomsten plaats tussen zes huisartsen uit een groepspraktijk van de Philips Medische Dienst en een team van de Rijks Psychiatrische Inrichting te Eindhoven; dit team was samengesteld uit een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk werker en een gezinstherapeut. Een aantal aspecten van het artsenhandelen werd onder de loupe genomen, om na te gaan in hoeverre konsultatie daar invloed op had; één ervan was het verloop van de verwijspatronen. Het konsultatieproject kwam namelijk voort uit een onvrede over het funktioneren van huisartsen op het gebied van psychosociale klachten en over de relatie tussen de eerste en tweede lijn.

Over dit laatste onderwerp gaat deze nota. De reden dat we, naast de samenvattende nota, in aparte rapporten telkens een onderwerp behandelen is tweeledig. In de eerste plaats verschaft het ons de mogelijkheid om meer in detail op specifieke resultaten in te gaan. Met name voor degene die in het verwijzen door huisartsen geïnteresseerd zijn kan dit rapport zo van waarde zijn. Ten tweede kan nader ingegaan worden op onderzoekstechnische zaken en praktische problemen die een rol spelen bij dergelijk onderzoek, waardoor het rapport voor onderzoekers van belang kan zijn. Voor degenen die zich ook meer willen verdiepen in het konsultatieproject als geheel verwijzen we naar de eindrapporten, zoals die op de binnenkant van de omslag vermeld staan.

Daar wordt uitgebreid beschreven hoe de artsen van de P.M.D. en het team van de R.P.I. in 1976/1977 tot een konsultatierelatie kwamen, die in de herfst van 1977 konkrete vorm heeft gekregen.

Over de voorgeschiedenis kan onder meer worden opgemerkt dat het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne op 9 februari 1977 subsidie heeft verleend aan de Philips Medische Dienst (P.M.D.) en de Rijkspsychiatrische Inrichting (R.P.I.) ten behoeve van dit konsultatieproject. Eén der elementen van het project dat in de subsidietoekenning nadrukkelijk werd genoemd en door de deelnemende instellingen steeds werd benadrukt, betreft de wetenschappelijke evaluatie van de te entameren activiteiten. Namens P.M.D. en R.P.I. heeft de projectleider (C.P. Schouwstra) het N.H.I. benaderd met het verzoek deze taak op zich te nemen. De inhoud van het project (deskundigheidsbevordering van werkers in de eerste lijn).

\* Dit rapport vormt samen met de rapporten "voorschrijven van medicijnen" en "het gespreksgedrag" de verslaggeving van de door het N.H.I. uitgevoerde evaluatie van een konsultatieproject in Eindhoven. Ook is een afzonderlijke nota gewijd aan het verloop van het konsultatieproject zelf. Er is een samenvattende nota verkrijgbaar die het gehele project en het evaluatie-onderzoek in meer globale termen behandelt.





en de gedachten die reeds in een conceptnota waren geformuleerd over opzet en vraagstellingen van het onderzoek, sloten zo duidelijk aan op de belangstelling en het werkterrein van de projectgroep "Psychosociale Hulpverlening en de Eerstelijns gezondheidszorg" van het N.H.I., dat vrij spoedig overeenstemming kon worden bereikt inzake het uit te voeren onderzoek, dat op 1 juli 1977 startte.

## 2. Het onderzoeksplan van het totale evaluatie-onderzoek

De eerste activiteit van het onderzoekteam bestond uit het samenstellen van een onderzoeksvoorstel. Uitgangspunt was daarbij het bij de subsidie-aanvraag reeds geformuleerde onderzoeksplan (conceptnota consultatieproject, maart 1976). Na een grondige bestudering van konsultatieliteratuur is vervolgens een definitief onderzoeksvoorstel (1977) geconcipeerd, dat in opzet en meetmethoden deels als het evenbeeld en deels als een verdere uitwerking van het SPEECH-onderzoek\* kan worden beschouwd.

In beide onderzoeken ligt het aksent op het meten van veranderingen in het funktioneren van huisartsen op psychosociaal gebied naar aanleiding van een experimentele, deskundigheidsbevorderend geachte situatie (in ons geval: konsultatie vanuit de tweede lijn van de geestelijke gezondheidszorg). En bij beide onderzoeken wordt ernaar gestreefd deze veranderingen niet alleen te meten op normatief en kognitief niveau (waar konsultatie als overlegsituatie immers eerder aangrijpingspunten voor verandering kan vinden), maar tevens en vooral op gedragsmatig niveau.

Teneinde de invloed van konsultatie op gedragsmatig niveau te bestuderen is een aantal aspecten van het huisartsengedrag vóór - en eventueel tijdens - de konsultatie gemeten, en aan het eind van de konsultatieperiode opnieuw. Een van die aspecten was het verwijzen. Om na te gaan in hoeverre gevonden verschillen aan konsultatie konden worden toegeschreven, zijn dezelfde metingen ook bij een kontrolegroep verricht.

Konsultatie wordt als experimentele ingreep gezien, die één groep ondergaat, de andere niet. De Eindhovense situatie maakte het mogelijk om een kontrolegroep te kreëren voor de konsultatievragende artsen.

Een andere huisartsengroep van de P.M.D. - op een aantal belangrijke structurele variabelen overeenkomend met de experimentele groep - verklaarde zich namelijk bereid omde zelfde meting ook bij hen te laten verrichten.

Gezien de omstandigheid dat geen der deelnemers bij de start van het project al kennis had gemaakt met de konsultatiemethode, was het mogelijk om gedurende enige maanden de verwijspatronen vast te leggen, vóórdat ze met konsultatie in aanraking kwamen. Weliswaar hebben de projektdeelnemers in mei 1977 een konsultatietraining gekregen, maar deze diende voornamelijk om de deelnemers een voorproefje te geven van wat het fenomeen "konsultatie" inhield en hun verwachtingen en doelstellingen enigszins aan te scherpen. Echt geoefend met konsultatie is er toen nauwelijks.

\*In het eveneens door het N.H.I. uitgevoerde SPEECH-onderzoek is nagegaan in hoeverre het funktioneren van elf huisartsen werd beïnvloed door samenwerking met een vooral therapeutisch werkend psycholoog (Verhaak, 1979).

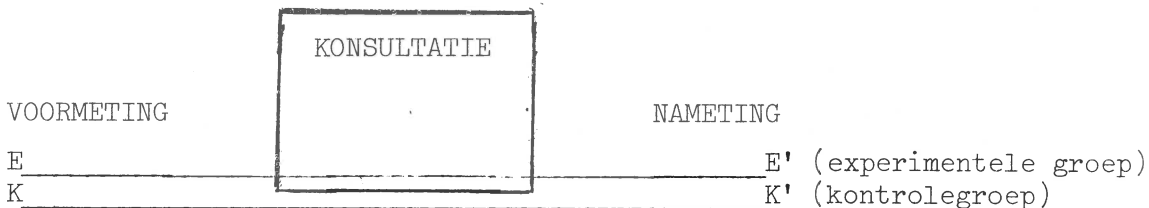


Nadat zo bij experimentele- en controlegroep de registratie van verwijzingen was gestart, nam de experimentele groep vijftien maanden deel aan de konsultatiezittingen. Een aantal aspecten hiervan werden zorgvuldig geregistreerd, omdat zo eventuele veranderingen in het functioneren van de artsen gerelateerd konden worden aan gebeurtenissen tijdens de konsultatiezittingen.

Tot aan de afloop van de konsultatiezittingen werd deze registratie volgehouden.

De doelstelling van het onderzoek is nu: een analyse van wat er tijdens de konsultatiezittingen geschiedde, alsmede een vergelijking van een aantal meetpunten; op deze manier kan nagegaan worden of er aspecten van het verwijsgedrag zijn veranderd, en of dit aan het konsultatieproject kan worden toegeschreven.

Het onderzoeksdesign zag er dus als volgt uit:



De onderzoeksdoelen waren: (a) nagaan of er bij de experimentele groep gedurende de konsultatieperiode veranderingen zijn opgetreden ten opzichte van de voormeting welke zich niet bij de - niet in de konsultatie participerende - controlegroep voordoen, en (b) proberen te specificeren welke konsultatie-elementen verantwoordelijk gesteld kunnen worden voor (het ontbreken van) veranderingen bij de experimentele groep. En hiermee is meteen in grote lijnen aangegeven wat object van onderzoek is geweest:

1. de konsultatiesituatie;
2. het functioneren van huisartsen (met name wanneer het gaat om psychosociale problematiek). In het onderhavige deelonderzoek richten we ons dan met name op het verwijsgedrag. Welke aspecten hiervan in beschouwing werden genomen, en de invloed die juist konsultatie hierop kan hebben, dat zijn onderwerpen die in de volgende paragraaf ter discussie worden gesteld.

### 3. Konsultatie en verwijzen

De oorspronkelijke motivatie om tot een konsultatieproject te komen was tweeledig van aard: enerzijds waren de huisartsen niet tevreden over hun eigen functioneren op het gebied van de psychosociale hulpverlening, anderzijds waren zowel de P.M.D. als de R.P.I. van mening dat de relatie tussen de eerste en tweede lijn dringend verbetering behoeft<sup>\*</sup>.

Het deelonderzoek "verwijzen" richt zich met name op deze tweede doelstelling (waarbij de relatie tussen de eerste en tweede lijn wel ruimer wordt opgevat dan enkel de relatie tussen de P.M.D. en R.P.I.).

In het onderzoek wordt nagegaan of en zo ja, op welke wijze het verwijsgedrag van de huisartsen verandert onder invloed van het konsultatieproject.

<sup>\*</sup>Vergelijk C.P. Schouwstra: Concept Consultatieproject (maart 1976).



Vanaf het begin van het projekt hebben de initiatiefnemers expliciete verwachtingen gehad ten aanzien van de invloed van de konsultatie op het verwijzen door de artsen.

Zo werden in de eerste (konsept-) nota over het konsultatieprojekt o.a. de volgende doelstellingen geformuleerd:

1. verschuiving van een deel van het aanbod van de 2e en 3e lijns geestelijke gezondheidszorg naar het eerste echelon.
2. andere (betere) verwijzingen, zo mogelijk minder verwijzingen naar de tweede lijn.
3. verbeteren van de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn.

Met deze uitspraken worden geen opzienbarende dingen gezegd. Het past allemaal wel in de tijdgeest van de huidige gezondheidszorg: vanuit het oogpunt van de kostenbeheersing, en zeker ook vanuit de doelstelling van eerste lijns zorg - persoonlijke, continue en integrale hulpverlening - is het goed dat patiënten zo lang mogelijk uit de tweede lijn van de gezondheidszorg worden gehouden. En ook voor het welzijn van de individuele patiënt lijkt dit in veel gevallen het beste te zijn; zeker oneigenlijke verwijzingen zouden zoveel mogelijk voorkomen moeten worden.

Er worden echter ook andere geluiden gehoord. In de interviews die aan het begin van het konsultatieprojekt en aan het einde van de proefperiode met de projektdeelnemers zijn gehouden, is onder meer geïnformeerd naar de individuele doelstellingen en verwachtingen ten aanzien van veranderingen in het functioneren van de huisartsen onder invloed van het konsultatieprojekt. In deze interviews werd ook gevraagd naar het gebruik van de psychosociale verwijsmogelijkheden en mogelijke veranderingen daarin. De *huisartsen* bleken noch ten tijde van de opzet van het projekt noch na afloop van de proefperiode met behulp van konsultatie een proces op gang te willen zetten waarin echt gestreefd werd naar kwantitatieve veranderingen in hun verwijsgedrag\*. Eén arts gaf wel te kennen dat hij hoopt dat oneigenlijke verwijzingen naar somatische specialismen op den duur zouden gaan afnemen. En dit is ook de enige arts die verwachtte dat psychosociale verwijzingen naar medische specialisten na afloop van het konsultatieprojekt veranderd zullen zijn; hij voorzag echter geen afname, maar juist toename. De andere artsen verwachtten geen wijzigingen in hun gebruik van de psychosociale verwijsmogelijkheden.

Alhoewel de konsultatievragers dus weinig kwantitatieve wijzigingen voorsagen geldt dit niet voor de *konsultatiegevers*; zij verwachtten allen een toename in het aantal verwijzingen naar de A.G.G.Z. waar volgens twee konsultatiegevers met name de R.P.I. in de belangstelling zou staan.

\* Sommige artsen hoopten wel de kwaliteit van hun psychosociale verwijzingen te verbeteren (vgl. hoofdstuk II). Dergelijke karakteristieken zijn echter in een grootschalig registratieprojekt slechts oppervlakkig te onderzoeken.



Alvorens middels de resultaten van dit onderzoek te bepalen welke groepering gelijk heeft gekregen, zullen we eerst tot een nadere begripsbepaling van de term "verwijzing" dienen te komen.

Allereerst moet de gebruiksterm "verwijzen" worden omgevormd tot een voor wetenschappelijk gebruik geschikt begrip. Daarbij moet worden vastgesteld wat we onder een verwijzing verstaan: het begrip "verwijzen" moet worden afgegrensd van andere, ermee verwante begrippen; bepaald moet worden welke soorten verwijzingen in het onderzoek opgenomen worden en welke verder buiten beschouwing zullen blijven en tenslotte moet worden vastgesteld welke differentiaties er verder moeten worden aangebracht om bepaalde specifieke onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Dit alles gebeurt in hoofdstuk II: "verwijzen: van woord naar begrip".

In het daaropvolgende hoofdstuk zal worden uiteengezet hoe de verwijs-handeling van de arts uiteindelijk wordt uitgedrukt in een getal.

Daarbij worden enkele alternatieven besproken, die ook voor een deel naast elkaar in het onderzoek zullen worden gebruikt. (hoofdstuk III: verwijzen: van begrip naar getal).

Een laatste inleidend hoofdstuk is gewijd aan de beschouwing van het materiaal, de wijze van verzameling en een controle op de betrouwbaarheid.

De resultaten van de experimentele groep worden eerst naar aantal weergegeven in hoofdstuk V. In hoofdstuk VI besteden we aandacht aan verwijsgegevens m.b.t. de experimentele groep en m.b.t. andere P.M.D-artsen, die afkomstig zijn uit het Landelijk Informatiesysteem van de Ziekenfondsen (LISZ). Hoofdstuk VII is gewijd aan meer kwalitatieve aspecten van het verwijzen: het oordeel van de arts over het al dan niet psychosociaal zijn van de verwezen klacht, en het motief dat de arts aangeeft voor de verwijzing komen in dit hoofdstuk aan de orde. Het rapport wordt ten slotte afgerond met een slotbeschouwing, waarin de belangrijkste resultaten nogmaals becommentarieerd worden, en waarin we tevens ingaan op de ondervonden problemen op meettechnisch gebied.





## HOOFDSTUK II: VERWIJZEN: VAN WOORD NAAR BEGRIP

### 1. Inleiding

Onlangs nog is door Posthuma en Van der Zee uitvoerig ingegaan op problemen rond de begripsvaststelling en - afbakening van termen als "verwijzen": " De vraag "wat is verwijzen" wordt niet gesteld uit een dorst naar kennis omtrent het wezen der dingen, maar omdat het begrip "verwijzen", hoe vanzelfsprekend het voor de gebruiker ook moge zijn, in zijn dagelijkse betekenis niet voldoende houvast biedt wanneer men zich in het onderwerp nader verdiept. Er heeft dan namelijk een verschuiving plaats gevonden van begrip-in-het-gangbare-spraakgebruik waar elke hulpverlener en cliënt weet wat verwijzen is, naar verwijzen-als-wetenschappelijk-begrip waar het in verband gebracht moet worden met begrippen van een meer complex en theoretisch karakter". (Posthuma en van de Zee 1980). In aansluiting op wat deze auteurs in hun artikel vertellen, zullen wij nu de gebruiksterm "verwijzen" stap voor stap omvormen tot een begrip dat voor dit onderzoek geschikt is.

### 2. Wat is verwijzen?

*"Een door de arts verrichte behandeling, waarmee hij (tijdelijk en slechts voor de klacht(en) waarvoor de behandeling is bedoeld) de zorg voor en de verantwoordelijkheid over de patiënt toevertrouwt aan een andere hulpverlener."*

Dit is in feite de meest ruwe definitie van verwijzen. Het begrip "verwijzen" wordt in deze definitie onderscheiden van diverse andere vormen van contact tussen de huisarts en andere hulpverleners over de patiënt zoals "teamoverleg", "konsultatie", "ko-therapie", e.d. waarbij de arts immers steeds (een deel van) de verantwoordelijkheid blijft dragen. In dit onderzoek blijven deze vormen van contact tussen de huisarts en andere hulpverleners allemaal buiten beschouwing; alleen daar waar de arts de zorg voor en de verantwoordelijkheid over de patiënt tijdelijk (en alleen ten aanzien van die klachten waarvoor de verwijzing is bedoeld) toevertrouwt aan een andere hulpverlener, wordt de daarmee gepaard gaande handeling een "verwijzing" genoemd.

### 3. Welke verwijzingen worden onderzocht?

In de meeste onderzoeken wordt het begrip "verwijzing" beperkt tot de medische verwijzingen naar de hogere echelons. De politieke relevantie van het onderwerp (o.a. in het kader van de kostenbeheersing van de gezondheidszorg) en de gemakkelijke beschikbaarheid van verwijsgegevens in deze sector (o.a. voor ziekenfondsverzekerden uit het Landelijk Informatie Systeem van de Ziekenfondsen) zijn hier waarschijnlijk de voornaamste oorzaak van.



Wij geven er echter de voorkeur aan ons niet te beperken tot de verwijzingen naar medische specialisten, maar alle verwijzingen, zoals bedoeld in bovenstaande definitie in het onderzoek te betrekken (waarbij dan ook het onderscheid tussen de verschillende echelons komt te vervallen). Deze keuze komt rechtstreeks voort uit de aard van het konsultatieproject en de daaruit voortvloeiende onderzoeksvragen. We willen immers nagaan of het verwijsgedrag van de huisartsen verandert onder invloed van konsultatie vanuit de ambulante geestelijke gezondheidszorg; we willen nagaan of tweewekelijkse bijeenkomsten van een groep huisartsen met een psychiater, een psycholoog en een maatschappelijk werker, waarin naar aanleiding van konkrete gevallen wordt gesproken over het psychosociaal functioneren van de huisarts, invloed hebben op de hoogte en de inhoudelijke samenstelling van het verwijscijfer van deze artsen.

De onderzoeksopzet en daarmee ook onze omschrijving van het begrip "verwijzen" zullen dan ook aan deze uitgangspunten moeten worden aangepast:

1. In dit projekt wordt samengewerkt tussen de groep huisartsen van de P.M.D.-Willemstraat en het team van de polikliniek van de R.P.I.. Met name de verwachting, uitgesproken door de konsultatiegevers, dat de onderlinge relatie tussen deze beide groepen beter zal worden o.i.v. de konsultatie, betekent dat de verwijzingen naar de polikliniek van de R.P.I. apart in het onderzoek moeten worden opgenomen.
2. Het feit dat het in dit projekt voornamelijk gaat om het functioneren van de huisarts met betrekking tot psychosociale problematiek, alsmede de door de konsultatiegevers uitgesproken verwachting dat (juist) hierin veranderingen onder invloed van het konsultatieprojekt te verwachten zijn, maakt dat de verwijzingen naar psychosociale hulpverleners of hulpverlenende instanties (ook buiten de medische sfeer\*) in het onderzoek opgenomen moeten worden.
3. Om dezelfde reden dienen ook die hulpverleners in het onderzoek opgenomen te worden, naar wie regelmatig door de huisartsen verwezen wordt met een psychosociale indikatie, en die niet in een van de hierboven genoemde categorieën een plaats vinden (fysiotherapeut, diëtist, e.d.). Immers, veranderingen in het verwijsgedrag van de huisartsen onder invloed van het konsultatieprojekt zullen voornamelijk optreden bij de verwijzingen naar psychosociale hulpverleners en/of de verwijzingen met een psychosociale indikatie.
4. Het feit dat ook de verwijzingen naar medische specialisten niet altijd louter op een medische indikatie plaatsvinden, alsmede de in de konseptnota vastgelegde doelstelling dat er onder invloed van het konsultatieprojekt een afname zou moeten plaatsvinden van verwijzingen naar de tweede lijn (en in ieder geval van de oneigenlijke verwijzingen) maken dat ook de verwijzingen naar de medische specialisten in het onderzoek opgenomen moeten worden.

\* We doelen hiermee op het maatschappelijke werk, de in de stad Eindhoven werkzame instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (SPD, JPD, MOB, LM-bureaus etc.), vrij gevestigde psychologen, e.d.



Het bovenstaande samenvattend kunnen we dus zeggen dat alle verwijzingen van een huisarts naar een willekeurig andere hulpverlener, ongeacht of deze lid is van de medische professie, en ongeacht in welk echelon deze werkzaam is, in dit onderzoek worden opgenomen.

4. Welke differentiaties dienen er binnen het begrip "verwijzingen" te worden aangebracht.

Het kan, voor het beantwoorden van specifieke onderzoeksvragen belangrijk zijn om de grote groep verwijzingen die men in het onderzoek heeft opgenomen, nader te differentiëren.

Een van de mogelijkheden tot een verdere differentiatie heeft te maken met de status die men aan het begrip "verwijzen" toeschrijft. Beschouwt men het verwijzen, zoals wij dat in het onderhavige onderzoek doen, tenminste voor een deel, als een artsgebonden kenmerk, dan zal men een onderscheid aan moeten brengen tussen de verwijzingen die onder de direkte invloedssfeer van de huisarts vallen en de verwijzingen waarop de arts veel minder invloed heeft. We weten immers allemaal dat een belangrijk gedeelte\* van de verwijzingen in een huisartspraktijk buiten de direkte invloedssfeer van de arts liggen. We denken hierbij bijvoorbeeld aan verwijzingen naar de oogarts voor refraktieafwijkingen, verwijzingen naar de EHBO (waarvoor pas naderhand een verwijskaart wordt uitgeschreven), herhaalkaarten op verzoek van de specialist, e.d. Wanneer we verwachten dat er veranderingen optreden in het verwijsgedrag van de artsen, doelen we niet op deze grote groep verwijzingen. Het is dus belangrijk om de verwijzingen die plaats vinden op initiatief van de huisarts zelf te kunnen scheiden van de verwijzingen die buiten zijn eigen invloedssfeer liggen.

We hebben al enige keren gesproken over psychosociale klachten, psychosociale verwijzingen, etc. De aard van het konsultatieprojekt (zie ook pag. 7) brengt met zich mee dat deze verwijzingen onderscheiden moeten worden van de verwijzingen met een louter medische indicatie.

We hebben daarom een 5-puntsschaaltje ontworpen (hetzelfde dat ook in het deelonderzoek "peilingen" wordt gebruikt\*\*), waarop de artsen bij elke verwijzing aangeven wat hun oordeel is over de klachten(en) waarvoor de verwijzing bedoeld is:

‡ Pel (1975) zegt in zijn artikel "over de invloed van de huisarts op het verwijspercentage" dat de huisarts op 60% van de verwijzingen geen enkele invloed heeft.

De Vries (1975) noemt als percentage 56,6. Schouwstra (1976) schat in zijn conceptnota Konsultatieprojekt dit percentage nog hoger, t.w. 80%.

\* Vergelijk "Konsultatieprojekt Eindhoven - Eindexamen".



1. Ik ben van mening dat deze klacht of dit klachten-totaal puur organisch is.
2. Ik ben van mening dat aan het totaal van deze klacht(en) meer organische dan psychosociale aspecten een bijdrage leveren;
3. Ik ben van mening dat aan het totaal van deze klacht(en) ongeveer even veel organische als psychosociale aspecten een bijdrage leveren;
4. Ik ben van mening dat aan het totaal van deze klacht(en) meer psychosociale dan organische aspecten een bijdrage leveren;
5. Ik ben van mening dat het totaal aan klacht(en) puur psychosociaal is. Op deze wijze is het mogelijk om verwijzingen met een psychosociaal karakter (waarin we immers het eerst veranderingen zullen verwachten) te scheiden van de zuiver somatische verwijzingen.

Het laatste inhoudelijke indelingskriterium dat we gekozen hebben heeft te maken met de motivatie van de arts om te verwijzen. We hebben hier gebruik gemaakt van de bekende driedeling van de Engelsman Paterson (Bremer 1964):

1. because I do not know.
2. because I cannot do.
3. because I need moral support\*.

De onderliggende gedachte achter deze indeling is dat drie verschillende types van verwijzingen zijn:

- a. de arts weet niet precies wat er aan de hand is; hij heeft extra informatie nodig van een deskundige om "zijn diagnose te stellen"
- b. de arts weet wel wat er aan de hand is, maar kan verder niet zelf behandelen, omdat de behandeling te gespecialiseerd is en hij er het instrumentarium, respektievelijk de deskundigheid niet voor heeft, dan wel er geen zin in heeft
- c. de arts is vastgelopen in zijn relatie met deze patiënt.

Kategorie b. is interessant omdat hierin het dilemma tussen zelf behandelen en verwijzen zichtbaar wordt. In het kader van dit projekt is dit met name interessant ten aanzien van de groep "psychosociale verwijzingen" respektievelijk "verwijzingen naar psychosociale hulpverleners". Een nadere beschouwing van deze groep kan ons antwoord geven op de vraag of er inderdaad (zoals aan het begin van het projekt als verwachting is uitgesproken) een verschuiving ontstaat van een deel van de 2e en 3e lijn van de geestelijke gezondheidszorg naar het eerste echelon.

Groep c. is van belang omdat in het konsultatieprojekt expliciet aandacht wordt besteed aan het funktioneren van de huisarts bij voor hem moeilijke patiënten. Men zou dus kunnen verwachten dat deze groep kleiner wordt onder invloed van het konsultatieprojekt.

\* Voor een Nederlandse versie van deze driedeling: vergelijk het registratieformulier voor de verwijzingen (zie bijlage





## 5. Samenvatting en discussie.

Zo tussen neus en lippen door zijn al heel wat verwachtingen en theoretische vooronderstellingen de revue gepasseerd. We willen deze aan het slot van deze paragraaf nog eens samenvatten en nagaan hoe ze verder in het onderzoek gebruikt kunnen worden.

De differentiatie die in de voorgaande paragrafen in het begrip verwijzen zijn aangebracht hadden alle tot doel om eventuele veranderingen in de verwijzingen van de diverse arts en gemakkelijker op te sporen. Ze hebben dan ook met elkaar gemeen dat steeds veranderingen in de ene soort verwijzing (volgens onze gedachtengang) waarschijnlijker zijn dan veranderingen in de komplementaire categorieën. Zo zijn:

1. veranderingen in de verwijzingen op eigen initiatief van de arts waarschijnlijker dan veranderingen in de verwijzingen die buiten de directe invloedssfeer van de arts liggen;
2. veranderingen in de verwijzingen naar de R.P.I. waarschijnlijker dan veranderingen in de verwijzingen naar andere hulpverleners of hulpverlenende instanties;
3. veranderingen in de verwijzingen naar psychosociale hulpverleners of hulpverlenende instanties waarschijnlijker dan veranderingen in de verwijzingen naar medische specialisten;
4. veranderingen in de verwijzingen met als motivatie: een vastgelopen arts-patiënt relatie waarschijnlijker dan veranderingen in de overige typen van verwijzingen;
5. veranderingen in de verwijzingen met een psychosociale indicatie waarschijnlijker dan veranderingen in de verwijzingen op louter somatische indicatie.

Deze uitspraken kunnen we allemaal rechtstreeks ontleen aan de aard (opzet en inhoud) van het konsultatieproject. Ze zullen leidraad zijn bij de beoordeling van de resultaten van de voor- en nameting.

De verwachtingen zoals die door de projectdeelnemers zelf zijn geformuleerd voegen nog een uitspraak toe:

6. waarschijnlijk zullen er minder "oneigenlijke" verwijzingen plaatsvinden (er zullen bijvoorbeeld minder cliënten met psychosociale aandoeningen terecht komen bij de medische specialisten).

In deze uitspraak gebruiken we de term "minder" (die we bij de eerste vijf uitspraken ook vermeden hebben) enigszins met huiver. Aan de uitspraak ligt namelijk de impliciete vooronderstelling ten grondslag dat het konsultatieproject enkel en alleen invloed heeft op het verwijsgedrag, of tenminste dat invloeden op andere onderdelen van het huisartsengedrag de invloed van het project op het verwijsgedrag niet verstoren. We weten dat deze gedachtengang te simpel is. Uit ander N.H.I.-onderzoek\* is gebleken dat artsen, in nauw contact gebracht met een psychosociaal hulpverlener, als eerste reactie een toenemende sensitiviteit voor psychosociale problemen vertonen; oftewel: het aanbod aan psychosociale problemen zoals dat door de huisarts wordt gepercipieerd neemt toe. In een dergelijke situatie is het heel wel denkbaar dat de artsen juist méér in

\* Vergelijk de resultaten van het onderzoek "evaluatie SPEECH" (Verhaak 1979)



plaats van minder gaan verwijzen (hij ziet méér, kan het zelf allemaal niet verwerken; dus gaat hij meer verwijzen<sup>\*\*</sup>). Bovendien kunnen er allerlei substitutieëffekten optreden (de arts gaat wel minder verwijzen, maar schrijft in plaats daarvan meer medicijnen voor). Konkrete verwachtingen uitschrijven die enkel gericht zijn op het verwijsgedrag van de artsen heeft daarom niet veel zin.

Wel wordt in de slotnota over het konsultatieprojekt waarin alle onderzoeken naast elkaar worden gezet geprobeerd de resultaten van de diverse deelonderzoeken met elkaar in verband te brengen.

De verwachtingen die in dit hoofdstuk zijn beschreven moeten louter beschouwd worden als een leidraad bij de analyse van de onderzoeksresultaten, en het lezen van het rapport.

<sup>\*\*</sup> Vergelijk de resultaten van een voorbereidend onderzoek naar diagnostische en therapeutische hulpmiddelen in de huisartspraktijk (intern NHI-rapport).



### HOOFDSTUK III: VERWIJZEN: VAN BEGRIP NAAR GETAL

#### 1. Inleiding

In het vorige hoofdstuk hebben we gezien op welke wijze het begrip verwijzen, zoals dat in al zijn vaagheid in de omgangstaal gebruikt wordt, omgevormd werd tot een begrip (of een serie begrippen) die geschikt zijn voor dit onderzoek: een evaluatie-onderzoek naar het effect van de consultatie vanuit de ambulante geestelijke gezondheidszorg op het (verwijs)gedrag van de huisarts.

Daarmee zijn we er echter nog niet. Het begrip zal nog moeten worden omgevormd tot een getal: met andere woorden, er moet een maat voor verwijzen worden gekonstrueerd.

Dat kan op verschillende manieren, afhankelijk van de vraagstelling en afhankelijk van het beschikbare materiaal. We zullen er enkele van bespreken en vervolgens de consequentie ervan laten zien door elk van de besproken maten toe te passen op hetzelfde materiaal: het materiaal voor dit onderzoek.

#### 2. Het aantal verwijzingen als absoluut getal

De meest eenvoudige maat voor verwijzen is het absolute getal: men kijkt (per arts) hoe vaak hij verwezen heeft in een bepaalde tijdsperiode zonder daarop verdere correcties toe te passen.

In feite is deze maat alleen geschikt wanneer men enkel geïnteresseerd is in een kwalitatieve analyse van het verwijsgedrag van de artsen en niet in een kwantitatieve analyse. Men kan er, gegeven het aantal verwijzingen, allerlei specifieke deelvragen mee beantwoorden, als: hoe ligt de verhouding tussen de verschillende specialismen, tussen de verwijzingen op een somatische en die op een psychosociale indicatie, tussen eerste verwijzingen en herhaalverwijzingen.

Het gebeurt echter zelden dat een onderzoeker in het geheel niet geïnteresseerd is in de omvang van het verwijsgedrag. En dan is het ruwe verwijscijfer niet meer voldoende, maar zal dit absolute cijfer de onderzoeker met meer vragen dan antwoorden achterlaten: vragen over de invloed van allerlei achtergrondvariabelen die gevonden verschillen in de hoogte van het verwijsgetal kunnen verklaren, vragen over de groep verwijzingen waarop het verwijsgetal betrokken moet worden etc.

#### 3. Aantal verwijzingen gerelateerd aan de praktijkgrootte

De meest gebruikte maat waarbij de hoogte van het verwijsgetal in verband gebracht wordt met een van de mogelijke achtergrondvariabelen is de maat: "aantal verwijzingen per 1000 patiënten per tijdseenheid" \*), ook wel "verwijscijfer" genoemd. Deze maat wordt zowel gebruikt in de verwijsstatistieken van informatiesystemen als het LISZ, als in de onderzoeken op macro-niveau die op basis van deze statistieken worden uitgevoerd.

\* Gewoonlijk: per jaar



In bedoelde onderzoeken\* wordt deze maat voor verwijzen gebruikt omdat men veronderstelt dat praktijkgrootte een belangrijke variabele is, wanneer men verschillen in verwijscijfer wil verklaren.

De onderliggende gedachtengang is: wanneer een arts meer patiënten heeft zullen er ook meer patiënten op zijn spreekuur komen, en zal hij dus meer patiënten verwijzen.

Samenhangend met de praktijkgrootte is er een tweede variabele in het spel, die het verwijscijfer zou kunnen beïnvloeden:

naarmate het drukker is op het spreekuur van de arts zou hij relatief meer patiënten kunnen gaan verwijzen. Hiervoor is het nodig na te gaan hoeveel patiënten van zijn potentiële patiëntenbestand er nu werkelijk op het spreekuur komen. Dat bepaalt immers pas de door de arts gevoelde druk. In onderzoek op macro-niveau heeft men echter (tot nu toe) nooit de beschikking gehad over kontaktfrekwentiecijfers, die immers een intensieve wijze van materiaalverzameling vereisen. Men heeft daarom altijd genoeg genomen met de (afgeleide) variabele "praktijkgrootte" (die immers veel gemakkelijker vast te stellen is) onder de aanname dat de drukte op het spreekuur goeddeels bepaald wordt door de grootte van de praktijk.

#### 4. Aantal verwijzingen gerelateerd aan de kontaktfrekwentie

Wij verkeren in de gelukkige situatie dat de kontaktfrekwentie in de praktijken van de Philips Medische Dienst reeds voor andere doeleinden wordt geregistreerd. We kunnen in het verwijsgetal rechtstreeks de factor "drukke in de praktijk" betrekken door het ruwe verwijsgetal te relateren aan het aantal spreekuurkontakten in de betreffende periode. Als wij voor deze maat zouden kiezen, zouden wij daarmee het voorbeeld van Van Es en Pijlman (1970) volgen, die in hun onderzoek "het verwijzen naar ziekenfondspatiënten in 122 nederlandse huisartspraktijken" ook de maat "aantal verwijzingen per 100 kontakten" hanteren (alhoewel deze auteurs beide laatstgenoemde maten door elkaar en zelfs onder de zelfde naam gebruiken. ( cf Posthuma en Van der Zee 1978).

#### 5. Aantal verwijzingen op initiatief van de huisarts

De tot dusver behandelde maten kunnen gezien worden als alternatieven van elkaar: als men voor de één kiest, laat men daarbij automatisch de andere twee schieten.

De theoretische bespiegeling in hoofdstuk II levert ons echter nog een vierde alternatief op, dat beschouwd kan worden als een mogelijke aanvulling op de bovengenoemde maten. We bedoelen de maat "aantal verwijzingen op initiatief van de huisarts".

\* Vergelijk o.a.: Belleman (1977), Van der Gaag (1977), Kruidenier (1976), Posthuma & Van der Zee (1977), Van Praag (1972, 1973) Rutten (1977).





De gedachte aan deze maat komt rechtstreeks voort uit de aard van het onderhavige onderzoek. We willen immers nagaan of het verwijsgedrag van de artsen verandert onder invloed van het konsultatieprojekt. Welnu, zo er al iets verandert in het verwijsgedrag zal dat hoogstwaarschijnlijk slechts in een klein gedeelte ervan zijn, namelijk in die verwijzingen waarop de arts invloed heeft: de verwijzingen op eigen initiatief van de arts. We hebben reeds gezien dat dit slechts een klein gedeelte van alle verwijzingen betreft: Als we dus veranderingen willen opsporen kan het dienstig zijn om de grote bulk aan verwijzingen waarop de arts geen invloed heeft (en die daarom in het onderzoek alleen "ruis" veroorzaakt) buiten beschouwing te laten.

## 6. De verwijsindex

De wijze van presentatie van de verschillende verwijsmaten geeft reeds onze voorkeur aan; wij zijn op theoretische gronden van mening dat de maat "aantal verwijzingen per 100 kontakten per week" in het onderhavige onderzoek te verkiezen valt boven zowel het ruwe verwijsgetal als het "verwijscijfer" (aantal verwijzingen per 1000 patiënten). Deze maat relateert immers het aantal verwijzingen per week aan het aantal patiënten dat de arts gedurende die week ziet en geeft daarmee aan welk percentage van de patiënten die hij ziet de arts geneigd is te verwijzen.

Daarnaast zijn wij van mening dat de maat "aantal verwijzingen op eigen initiatief" een waardevolle aanvulling kan zijn op de eerder genoemde maat. Zoals in III.5 reeds beschreven, doen we hiermee immers recht aan het begrip verwijzing: "als zelfstandige beslissing van de huisarts". We komen zo tot de volgende "verwijsindex" die we in dit onderzoek zullen hanteren:

*Het aantal verwijzingen op initiatief van de arts per 100 kontakten per week. Deze index geeft verwijzingen weer als beslissingen van de arts en betreft deze beslissingen op het totaal aantal mogelijke beslissingen (n.l. het aantal patiënten dat de arts per tijdseenheid ziet).*

Een analyse van het materiaal dat gedurende de eerste vier maanden van de registratie van verwijzingen verzameld werd, maakt enige eigenaardigheden van de verwijsindex duidelijk. De ruwe verwijscijfers vertonen bij de artsen van week tot week vrij grote schommelingen.

Wanneer de verwijzingen op eigen initiatief echter betrokken worden op het aantal spreekuurkontakten, verdwijnen deze schommelingen.

De verwijs index blijkt een stabiel verloop te hebben; de artsen blijken een verwijsneiging te hebben, die uitmondt in een vaste proportie verwijzingen op eigen initiatief van het wekelijks aantal kontakten.

Een tweede opvallende eigenschap van de verwijsindex is gelegen in het feit dat deze index van arts tot arts sterk kan verschillen. Op grond van de cijfers van de eerste vier maanden kunnen twee artsen als lage, vier artsen als hoge verwijzers aangemerkt worden. (vgl. ook hoofdstuk V) Het gebruik van de verwijsindex als maat brengt wel een extra komplikatie aan bij de analyse. De gekozen maat bestaat uit een breuk waarvan, in theorie zowel de teller (aantal verwijzingen op eigen initiatief van de arts) als de noemer (het aantal spreekuurkontakten per week) kunnen veranderen (al dan niet onder invloed van het konsultatieprojekt).



Wanneer er in de nameting van het onderzoek veranderingen geconstateerd worden zal daarom bekeken moeten worden op welke van deze beide factoren deze betrekking hebben en zelfs bij het uitblijven van veranderingen zal even gekeken moeten worden of deze niet veroorzaakt wordt door een verandering in beide componenten van de breuk.

## 7. Samenvatting en discussie

In deze paragraaf werden een aantal mogelijkheden besproken met behulp waarvan het begrip verwijzen is uit te drukken in een concreet getal. Achtereenvolgens kwamen aan de orde

1. het aantal verwijzingen per tijdseenheid als abosoluut getal;
2. het aantal verwijzingen per tijdseenheid, gerelateerd aan de praktijk-grootte ("het verwijscijfer");
3. het aantal verwijzingen per tijdseenheid, gerelateerd aan het aantal spreekuurkontakten in die tijd.

Daarnaast werd als mogelijkheid geopperd om de hierboven genoemde maten te nuanceren door steeds alleen dat gedeelte van de verwijzingen te beschouwen dat plaatsvond op eigen initiatief van de arts.

Er werd voorkeur uitgesproken voor alternatief 3, aangevuld met genoemde nuancering.

Analyse van de resultaten van de eerste maanden leverden ons bovendien een aantal inzichten op die zeker niet onbesproken mogen blijven.

We zagen dat het aantal verwijzingen op eigen initiatief van de arts<sup>\*</sup>, en zeker wanneer dat gerelateerd wordt aan het aantal spreekuurkontakten, een vrijwel konstant getal oplevert.

We mogen hieruit konkluderen dat het aantal patiënten dat een huisarts per week op eigen initiatief verwijst rechtstreeks te maken heeft met het aantal spreekuurkontakten in die week.

Met andere woorden: hij heeft de neiging om een vast percentage van de patiënten die hij per week ziet door te verwijzen. Bovendien blijken artsen onderling te verschillen in de hoogte van dat percentage.

We kunnen dus bij het gebruik van voornoemde maat met recht spreken van een *verwijsindex*: een getal waarin het verwijsgedrag wordt uitgedrukt dat differentieert tussen artsen en niet beïnvloed wordt door toevallige omstandigheden. Deze *verwijsindex* zal in dit onderzoek gebruikt worden om kwantitatieve wijzigingen in het verwijsgedrag van de artsen op te sporen.

\*N.B.: De verwijzing als beslissing van de arts.



## HOOFDSTUK IV: HET MATERIAAL

### 1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal achtereenvolgens beschreven worden welke gegevens er verzameld zijn en hoe dit materiaal is verzameld en verwerkt.

Er zal een eerste indruk gegeven worden van de kwaliteit en de kwantiteit van het materiaal. Tenslotte wordt een controle uitgevoerd op de betrouwbaarheid.

### 2. Wijze van verzameling

De zes artsen van de experimentele groep hebben vanaf 1 juli 1977 alle verwijzingen genoteerd op een door ons ontworpen verwijsformulier (zie bijlage).

De vier artsen van de controlegroep zijn 1 november met deze registratie begonnen.

Wanneer we het woord "alle verwijzingen" gebruiken, bedoelen we dat ook inderdaad in de volle betekenis van het woord \*. De artsen registreerden zowel de verwijzingen naar de eerste als naar de hogere echelons, zowel naar medische, paramedische als psychosociaal geschoolde hulpverleners. Ze vulden zowel formulieren in voor patiënten die tijdens het spreekuur verwezen werden als voor patiënten die achteraf vertelden dat ze op eigen initiatief hulp gezocht hadden bij een andere hulpverlener. Ook wanneer een patiënt of een specialist om een herhaalverwijskaart vroeg werd door de arts een verwijsformulier ingevuld.

Op deze manier kon het aantal verwijzingen van de arts vastgelegd worden. Wij waren echter niet alleen in de kwantitatieve aspecten van het verwijsgedrag geïnteresseerd, maar ook wel degelijk in een aantal kwalitatieve aspecten. Daarom zijn op het verwijsformulier enkele vragen opgenomen die door de arts en deels door zijn assistente bij iedere verwijzing werden ingevuld.

Deze vragen betroffen:

- a. de achtergrondgegevens van de verwezen patiënt (leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm);
- b. de hulpverlener of hulpverlenende instantie waarnaar verwezen werd;
- c. het initiatief tot de verwijzingen (teneinde de verwijzingen te kunnen splitsen in verwijzingen die beschouwd mogen worden als een beslissing van de huisarts en verwijzingen die buiten de directe invloedssfeer van de arts liggen);
- d. het motief tot de verwijzingen (waarbij grofweg als klassifikatie gehanteerd werd: "verwijzingen ter diagnose, verwijzingen ter therapie, verwijzingen omdat de arts geen andere oplossing meer weet");

\* althans volgens de definitie die we in hoofdstuk II hebben gegeven.



e. het oordeel over de aard van de klacht waarvoor de verwijzing bedoeld is op de dimensie somatisch-psychosociaal.

In de meeste gevallen was het zo dat de arts de vragen op het formulier invulde en de assistente de personalia van de patiënt. Wanneer het om herhaalkaarten of zgn. "achteraf" verwijzingen ging, gebeurde het ook dat de assistente het gehele formulier invulde.

Tijdens de eerste drie maanden van de registratie werden de formulieren eerst naar het N.H.I. gebracht en aldaar gekodeerd om aldus een controle te hebben op de (wijze van) invulling door de artsen en hun assistentes. Toen bleek dat daarmee geen problemen waren, werden de formulieren rechtstreeks naar de komputerafdeling van de Philips Medische Dienst gestuurd, waar vanaf dat moment de gehele verwerking plaats vond (dat wil zeggen koderen, ponsen en op magneetband zetten). De berekeningen en analyses vonden weer plaats in Utrecht op de door het N.H.I. gebruikte computer van de Rijks Universiteit Utrecht.

### 3. Kwantiteit en kwaliteit van het materiaal

Er is op deze wijze informatie verzameld m.b.t. een groot aantal verwijzingen. In totaal gaat het om 14096 verwijzingen van de zes artsen uit de experimentele groep, en 4406 verwijzingen van de vier artsen uit de controlegroep.

Alvorens dieper op deze aantallen in te gaan, moeten we twee problemen aanstippen die met deze data te maken hebben:

Op de eerste plaats is de controlegroep vier maanden later met registreren begonnen dan de experimentele groep. Dit heeft tot gevolg, dat wat we bij de experimentele groep als voormeting beschouwen, niet vergeleken kan worden met een overeenkomstige meting bij de controlegroep.

Vergelijking van de eerste registratiemaanden van de controlegroep met de eerste registratiemaanden van de experimentele groep zou betekenen dat men geen rekening hield met mogelijke seizoensinvloeden. Vergelijking van de eerste maanden van de controlegroep met de daarmee overeenkomstige maanden van de experimentele groep zou betekenen dat men in feite een stukje van de experimentele periode die 1 november 1977 begon nog beschouwt als voormeting.

We komen later op dit probleem terug wanneer we spreken over de betrouwbaarheid van de resultaten van de controlegroep (paragraaf 4)

Een tweede beperking van het materiaal ligt besloten in het feit dat het grote aantal data slechts betrekking heeft op tien artsen.

We willen in dit onderzoek uitspraken doen over een groep van zes artsen en die vergelijken met een nog kleinere groep van vier artsen.

Per arts zijn zoveel data verzameld, dat we, indien deze verzameling betrouwbaar verlopen blijkt te zijn, met recht uitspraken mogen doen over de manier waarop die arts zijn patiënten verwijst. Het aantal artsen is echter te klein om uitspraken zonder meer naar grotere groepen artsen te generaliseren.

De gegevens zullen per arts geïnterpreteerd moeten worden en moeten worden ingepast in de andere gegevens die in de loop van het konsultatieproject verzameld zijn (m.b.t. de deelname van de betreffende arts aan de





konsultatiezittingen, de attitude van de arts t.o.v. konsultatie en huisartsgeneeskunde, de inschatting van de arts van zijn eigen funktioneren, etc).

Een laatste kwaliteitsvraag die ten aanzien van het materiaal moet worden gesteld is de vraag naar de betrouwbaarheid.

Deze zal in het navolgende en laatste gedeelte van dit hoofdstuk worden besproken.

#### 4. De betrouwbaarheid van het materiaal

Het begrip betrouwbaarheid wordt in de literatuur op een groot aantal verschillende manieren gebruikt. Wij gebruiken het hier om de stabiliteit van het meetinstrument aan te geven \*). Wij willen namelijk weten of veranderingen in het verwijsgedrag, wanneer die in de loop van dit onderzoek geconstateerd worden, niet toegeschreven kunnen worden aan fouten in het meetinstrument.

"A measuring instrument is reliable if it yields the same result in repeated applications to the same phenomena; if the phenomena change - e.g. if an individual becomes heavier between weightings - we would naturally expect the result obtained from the measuring instrument to change accordingly. The importance of reliability comes from the fact that it gives the investigator confidence that variations in his data are not the result of imperfectness in the measuring instrument itself".  
(Philips 1966, p. 163).

We hebben in dit onderzoek twee manieren gekozen om de betrouwbaarheid van het meetinstrument vast te stellen:

##### A. Stabiliteit van de registratie tijdens de voormeting

Het onderzoek in het kader van het konsultatieprojekt is zodanig opgezet dat we kunnen spreken van een voormeting: de registratie van de verwijzingen is begonnen op 1 juli 1977. Tot 1 november 1977 kenden de deelnemers aan het konsultatieprojekt ( P.M.D. R.P.I. ) elkaar in feite alleen maar op papier. Van enige vorm van konsultatie was tot op dat moment geen sprake geweest. Invloed van de konsultatiegevers op het (verwijs-) gedrag van de huisartsen kan er in die periode dus niet zijn geweest. Met andere woorden er is geen enkele reden om aan te nemen dat het verwijsgedrag van de artsen in deze periode zou veranderen tenzij door onnauwkeurigheid van het meetinstrument, bijvoorbeeld door vermoeidheidsverschijnselen bij de registrerende artsen.

experimentele groep

We maken voor de analyse bij de experimentele groep gebruik van de verloopkurves die de verwijzingen per arts per 100 kontakten per week weergeven; in grafiek 1 is zowel het totaal aantal verwijzingen weergegeven, als het aantal dat op initiatief van de arts plaats vindt.

\* Vergelijk o.a. De Groot (1968), Drenth (1968), Phillips (1966).



Wanneer we de totaal cijfers uit grafiek 1 bekijken, zien we nergens een konstante daling van het aantal geregistreerde verwijzingen, behalve bij arts 2, die vanaf het begin steeds minder verwijzingen is gaan registreren. We mogen daaruit voorlopig konkluderen dat behalve bij arts 2 zich geen vermoeidheidsverschijnselen ten aanzien van het registreren hebben voorgedaan.

De gegevens uit de onderste lijn van deze grafiek wijzen zelfs nog meer in deze richting: hier zien we bij alle artsen (behalve bij arts 2) een vrijwel rechte verloopcurve.

Overigens is na de proefperiode de oorzaak van de onbetrouwbaarheid van arts 2 zijn registratie achterhaald en weggenomen; met enig voorbehoud presenteren we daarom ook zijn resultaten van de daarop volgende 16 maanden,

e controle-  
groep

Behalve de experimentele groep heeft ook de controlegroep alle verwijzingen geregistreerd en wel op dezelfde manier als de experimentele artsen dit gedaan hebben. Om de stabiliteit van de registratie van deze groep artsen te testen werd van de eerste vier maanden een verloopcurve geconstrueerd gelijk aan die in grafiek 3 van de experimentele artsen is gegeven. We zien (grafiek 2) dat de verloopcurves hier een veel grilliger beeld vertonen, een beeld dat vragen oproept over de nauwkeurigheid van de registratie. Wellicht dat de tweede controle ons meer duidelijkheid hierover kan verschaffen.

#### B. Vergelijking van de verwijscijfers uit de voormeting met die uit andere bronnen.

Een andere manier om de betrouwbaarheid van het meetinstrument te meten is: gegevens die via ons meetinstrument verzameld zijn te vergelijken met gegevens die op een andere wijze en met een ander instrument verzameld zijn\*. Wanneer de resultaten van beide metingen overeenkomen, pleit dat voor de betrouwbaarheid van het getoetse meetinstrument (en des te meer naarmate de betrouwbaarheid van het meetinstrument waaraan getoetst wordt zelf groter is).

In dit onderzoek is een mogelijkheid voor een dergelijke toetsing in de vorm van een vergelijking van de verwijzingen naar medische specialisten (zoals die geregistreerd zijn op de in dit onderzoek gebruikte verwijsformulieren) met de registratie van verwijskaarten naar medische specialisten zoals die door het LISZ wordt bijgehouden. Bij de vergelijking gaan we uit van de cijfers over 1978, aangezien dit het enige volledige jaar is in de NHI-registratie (het LISZ kent alleen jaarcijfers; het is dus niet mogelijk om deze betrouwbaarheidscontrole voor de periode van de voormeting uit te voeren, zoals dat hiervoor is gebeurd).

\* Wij danken de heer Van Beek, informatiedeskundige van de Philips Medische Dienst voor zijn bereidwillige medewerking.



de experimen-  
tele groep

In de onderstaande tabel zien we per arts het aantal verwijzingen over 1978 zoals die door het NHI werden geregistreerd, gevolgd door dezelfde groep verwijzingen maar dan zoals die in de administratie van het LISZ voorkomen.

	NHI	LISZ	verschil
arts 1	1347	1169	-13%
arts 2	806	1206	+50%
arts 3	1180	1308	+11%
arts 4	725	1093	+50%
arts 5	1497	1430	- 4%
arts 6	1379	1282	- 7%

Tabel 1: Vergelijking van NHI-cijfers met LISZ-cijfers over de experimentele groep (in 1978)

De geconstateerde afwijkingen (zie de derde kolom) zijn bij de artsen 1,3,5 en 6 tolerabel.

De NHI-registratie is gebaseerd op uitgeschreven verwijskaarten, de LISZ-registratie op door de specialist gedeclareerde verwijskaarten en tussen deze twee gebeurtenissen kunnen grote tijdverschillen zitten. De afwijkingen die bij de artsen 2 en 4 geconstateerd werden zijn echter te groot om op een dergelijke manier weg verklaard te worden. De registratie van deze beide artsen is dus op bepaalde punten onbetrouwbaar geweest. Bij arts 2 bevestigt dit het beeld dat we bij de vorige controle reeds kregen; het betrouwbaarheidsprobleem bij arts 4 werd bij de eerste controle niet verwacht.

Bij navraag bleek de onbetrouwbaarheid van de registratie van arts 2 gelegen te zijn in de verwijzingen die door de assistente werden geregistreerd. Zij registreerde niet de herhaal kaarten en "achteraf-verwijzingen" en door een misverstand is zij op een bepaald moment zelfs helemaal met het registreren gestopt. Na hierop te zijn geattendeerd werd de registratie van deze verwijzingen weer ter hand genomen, waarop (uiteraard) ook de totaalcijfers weer hoger werden. Samenvattend kunnen we ten aanzien van de cijfers van arts 2 zeggen dat de verwijzingen van arts 2 "op eigen initiatief" redelijk betrouwbaar zijn. De totaalcijfers moeten, met name in de eerste meetperiode echter met de nodige argwaan bekeken worden.

Het is niet mogelijk gebleken de bronnen van de onbetrouwbaarheid van de registratie voor arts 4 te achterhalen.

De meeste kans op onderrapportage ligt uiteraard bij de min of meer automatisch geschiedende verwijzingen, maar desalniettemin zullen ook zijn verwijzingen op eigen initiatief met de nodige scepsis bekeken moeten worden.



ontrolegroep

	NHI	LISZ	verschil
arts 7	253	1490	+589%
arts 8	417	1111	+266%
arts 9	903	1475	+163%
arts 10	578	1255	+217%
totaal	2152	5331	+248%

Tabel 2: vergelijking van de NHI-cijfers met de LISZ-cijfers over de kontrolegroep (in 1978)

Een globale blik op deze tabel stemt reeds tot droevigheid. De diskrepantie tussen de NHI-cijfers om de LISZ-cijfers zijn hier niet meer terug te voeren op verschillen in het moment van registratie. Daarvoor zijn de verschillen veel te groot.

Bij navraag bleek er bij arts 9 een duidelijke reden te zijn om het verschil in aantal geregistreerde verwijzingen bij LISZ en NHI te verklaren: een andere arts van het gezondheidscentrum Woensel had in 1978 de verwijskaarten van arts 9 gebruikt, waardoor de LISZ-registratie van arts 9 enkele honderden verwijzingen te veel aangaf (het exacte aantal was helaas niet te achterhalen).

Men zou dus mogen aannemen dat de verwijzingen van arts 9 wel redelijk betrouwbaar zijn geregistreerd.

Maar dan nog zou arts 9 de enige arts van de kontrolegroep zijn wiens verwijzingen vergelijkbaar zijn met die van de experimentele artsen (en dan nog alleen met het nodige voorbehoud). Het idee van de kontrolegroep komt met deze resultaten nogal op lossen schroeven te staan. De cijfers van de experimentele groep afzetten tegen dubieuze cijfers van de kontrolegroep heeft immers weinig zin.

De verwijzingen van de kontrolegroep verliezen daarmee de functie, die hen toebedeeld was, n.l. te controleren voor andere effecten dan de experimentele faktor. Indien we nog gebruik maken van deze cijfers kan dit hooguit een illustratief karakter hebben.

## 5. Samenvatting en discussie

In dit hoofdstuk "Materiaal" wordt een beschrijving gegeven van het onderzoeksmateriaal dat de basis vormt voor deze rapportage.

Er werd verteld dat ruwe verwijs cijfers, zoals bijvoorbeeld het LISZ die registreert niet gedetailleerd genoeg zijn om in dit onderzoek te gebruiken. Aanvullende informatie was daarom noodzakelijk.

Om deze informatie te verzamelen werd gekozen voor de methode van zelfregistratie: de artsen vulden voor elke verwijzing naar een andere hulpverlener een formulier in waarin naast de gewone informatie (achtergrondgegevens van de patiënt, hulpverlener naar wie verwezen wordt) ook enkele geprecodeerde vragen waren opgenomen. Op die manier werd van elke verwijzing (ook die naar paramedische of psychosociale hulpverleners!) bekend wie het initiatief tot de verwijzing genomen had, wat het motief





was om de patiënt te verwijzen, of het een eerste dan wel herhaalverwijzing betrof en of er naar de mening van de arts ook psychosociale aspecten verbonden waren aan de klacht waarvoor de patiënt verwezen werd.

Nu, aan het eind van het onderzoek, is het goed om eens terug te zien op de door ons gebruikte onderzoeksmethode. Voor onszelf is dit een beetje achteraf-praten (gemaakte fouten zijn niet meer te herstellen). Onderzoekers die nog moeten beginnen met hun materiaalverzameling kunnen echter wel wat van onze ervaringen leren.

En die ervaringen zijn niet zo heel erg positief, zoals we in dit hoofdstuk hebben geleerd.

De registratie van de artsen van de controlegroep is (met hoogstens één uitzondering) ronduit onbetrouwbaar te noemen.

Dit had als consequentie dat het verloop van hun verwijspatroon niet als controle kan gelden voor mogelijke buitenexperimentele effecten op het verwijspatroon van de experimentele groep.

De registratie van de experimentele groep artsen verliep weliswaar beter dan die van de controlegroep, maar ook hier hebben wij bij twee artsen enkele kunstgrepen toe moeten passen om het materiaal verder in het onderzoek te kunnen gebruiken. In feite is slechts bij vier van de in totaal tien artsen de registratie probleemloos verlopen.

Hoe komt dit nu en wat leert het ons?

Het feit dat controle-artsen allemaal minder betrouwbaar registreerden dan de experimentele artsen en het feit dat tenminste bij één van de experimentele artsen de registratiefouten gelokaliseerd konden worden bij zijn praktijkassistente leert ons dat motivatie een belangrijke factor is geweest. De artsen die aan het konsultatie experiment meededen waren meer bij het onderzoek betrokken, nieuwsgierig naar de uitkomsten en zodoende goed gemotiveerd om hun verwijzingen te registreren. De controle-artsen hadden een meer perifere positie; hadden weinig rechtstreeks met de onderzoekers te maken en hadden ook minder belang bij de resultaten van het onderzoek.

Een tweede factor die van invloed lijkt te zijn is de factor controle: gedurende de eerste vier maanden van de registratie werd bij de experimentele groep artsen tamelijk intensief door de onderzoekers gecontroleerd of de registratie naar wens verliep. Dit is bij de controlegroep achterwege gebleven. Ook is halverwege het experiment met de experimentele artsen nog eens een zitting belegd om te kijken of alle artsen nog op dezelfde manier registreerden als in het begin van het projekt.

Bij de controlegroep is een dergelijke zitting achterwege gebleven. Tenslotte werden de experimentele artsen tijdens iedere konsultatiezitting (t.w. één middag per veertien dagen) aan het onderzoek herinnerd door de aanwezigheid van een van de onderzoekers bij de konsultatie. Alles bij elkaar was de formele en informele controle bij de experimentele artsen dus veel groter dan bij de controlegroep.

Het onderzoek leert ons derhalve dat zelfregistratie een onderzoeksmethode is die met zeer veel voorzorgen omringd moet worden, tenminste als de onderzoeker prijs stelt op een volledige en betrouwbare registratie.



Indien de motivatie en de betrokkenheid van de registrerende artsen bij het onderzoek niet bijzonder groot is blijkt de kans op een betrouwbare registratie klein te zijn. Ook blijkt dat een toekomstig onderzoeker er goed aan doet om gedurende de gehele looptijd van het projekt voortdurend allerlei controlemechanismen in de registratie in te bouwen om de kans op onbetrouwbare gegevens zo klein mogelijk te laten zijn (dus niet na vier maanden denken dat het verder wel goed zal gaan zoals wij, naïef, in het onderhavige onderzoek deden).

En ook dan nog blijkt dat er bij twee van de zes artsen bij wie alle denkbare voorzorgen zijn getroffen, toch nog systematische fouten in de registratie zijn geslopen.

Gelukkig konden we met enig kunst- en vliegwerk deze fouten achterhalen en in de beschrijving van de onderzoeksresultaten verdiskontereren, maar dat lukte alleen bij gratie van het feit dat het hier ging om een kleine groep vanwege het intensieve contact inmiddels bekend geworden artsen. Onderzoekers die bij een grootschaliger onderzoek denken aan de zelf-registratie als onderzoeksmethode doen er goed aan vóór hun definitieve keuze eerst alle alternatieven goed te overwegen.



HOOFDSTUK V. DE RESULTATEN VAN DE EXPERIMENTELE GROEP:  
EEN KWANTITATIEVE ANALYSE

1. Inleiding

Na alle uitweidingen over "verwijzen als fenomeen" en de kwaliteit van het onderzoeksmateriaal wordt het nu tijd voor een weergave van de resultaten van de experimentele groep.

In dit hoofdstuk willen we nagaan of de omvang van het aantal verwijzingen gedurende het konsultatieproject veranderd is. Daarbij wordt zowel gekeken naar de totaalcijfers als naar de cijfers per verwijsmogelijkheid. Als belangrijkste maat voor de verwijzingen wordt de verwijsindex gehanteerd (zie ook hoofdstuk III) dat wil zeggen het gemiddeld aantal verwijzingen op eigen initiatief van de arts per 100 spreekuurkontakten per week. Daarnaast zal, met name bij de gedetailleerde bespreking van de omvang van de verwijscijfers ook gebruik gemaakt worden van het ruwe aantal verwijzingen op eigen initiatief van de arts. Dat gebeurt dan niet meer om de artsen onderling met elkaar te vergelijken (een arts met een druk spreekuur heeft meer kans om te verwijzen, dan een collega die het minder druk heeft), maar voornamelijk om per arts een idee te geven hoe hij de verschillende verwijsmogelijkheden ten opzichte van elkaar gebruikt; ook bekijken we of in die verhouding tussen diverse verwijsmogelijkheden vermindering optreedt in de loop van het konsultatieproject.

Dat betekent dat hier gekeken wordt naar het verloop van de verwijsindex van de zes experimentele artsen van vier maanden vóór de start van het konsultatieproject (juli 1977) tot en met het eind van het experiment (februari 1979).

Behalve aan de verwijsindex zelf besteden we in deze paragraaf ook aandacht aan de componenten waaruit deze verwijsindex is samengesteld - t.w. het aantal verwijzingen op eigen initiatief van de arts per week en het aantal spreekuurkontakten per week - alsmede aan de totaalcijfers van alle verwijzingen. Deze paragraaf geeft daarmee een eerste indicatie van de veranderingen die eventueel in de loop van het konsultatieproject zijn opgetreden in de manier van verwijzen van de diverse artsen. Doordat deze analyse per arts worden uitgevoerd vertelt deze paragraaf tevens iets over de verschillen die er tussen de artsen bestaan in de mate waarin zij hun patiënten naar andere hulpverleners doorverwijzen.

Over deze laatste categorie verschillen handelt ook paragraaf 3 waarin wordt nagegaan in hoeverre de gevonden verschillen zijn terug te voeren op de invloed van achtergrondvariabelen als: de praktijkgrootte, en de samenstelling van de praktijk naar leeftijd en geslacht.

In paragraaf 4 gaan we over tot een verdere uitsplitsing van de verwijscijfers naar de verschillende verwijsmogelijkheden die de artsen te Eindhoven tot hun beschikking hebben. Eerst maken we een globaal profiel waarin de verwijzingen naar de medische specialisten, de paramedische beroepen, het maatschappelijk werk, de psychosociale hulpverleners/hulpverlenende instanties, de bedrijfsarts, etc. naast elkaar worden gezet.



Daarna gaan we binnen deze categorieën in detail in op de vraag in hoeverre er trends in de tijd te ontdekken zijn.

Een samenvatting en discussie ronden dit hoofdstuk verder af.

Voordat we overgaan tot de bespreking van de onderzoeksresultaten moeten we nog één opmerking plaatsen. De betrouwbaarheidskontrolle heeft ons geleerd dat de registratie niet bij alle artsen even vlekkeloos is verlopen. Bij arts 2 was de foutenbron gemakkelijk op te sporen: in zijn praktijk is hijzelf een korte tijd en zijn assistente veel langer opgehouden met de registratie. Dit betekent dat bij hem in de eerste meetperiode alleen de verwijsggegevens op eigen initiatief van de arts betrouwbaar te noemen zijn. Voor het overige kunnen we aannemen dat de cijfers wel redelijk betrouwbaar zijn. Bij arts 4 is het onduidelijker wat er nu precies is misgegaan. Zijn cijfers moeten daarom met enig wantrouwen bekeken worden.

## 2. De over-all verwijscijfers per arts.

In hoofdstuk III hebben we reeds gezien dat de meest stabiele maat waarmee het verwijsgedrag van de arts kan worden uitgedrukt in een getal, bestaat uit het aantal verwijzingen op eigen initiatief van de arts per 100 spreekuurkontakten per week. Oftewel: de artsen bleken allemaal een vaste proportie van het aantal mensen dat per week bij hen op het spreekuur kwam op eigen initiatief naar een andere hulpverlener door te verwijzen. Fluktuaties in het ruwe aantal verwijzingen bleken vooral te ontstaan door de verwijzingen die buiten zijn direkte invloedssfeer liggen (herhaalkaarten, verzoeken om verwijzing naar de oogarts vanwege refractiefwijkingen, verwijskaarten naar de EHBO, etc.).

Op zich is dit een interessant resultaat.

Het betekent namelijk dat de arts een verwijsgewoonte heeft. Net zoals de maatschappij de gewoonte heeft om een vaste proportie van het menselijk gedrag als afwijkend (of krimineel) te beschouwen (Rhodes 1972) en net zoals artsen de gewoonte hebben om een vaste proportie van het aantal kinderen dat ze zien in aanmerking te laten komen voor tonsillectomie (Zola 1971) zo lijken artsen (of althans de 6 artsen van het konsultatieprojekt) een vaste proportie van het aantal patiënten dat zij per week zien door te verwijzen naar een andere hulpverlener. En bovendien blijkt deze eigenschap tussen de artsen te differentiëren: sommige artsen verwijzen konstant een grotere proportie van het aantal patiënten dat zij per week zien dan anderen.





We zullen nu nagaan in hoeverre deze verwijsindex gedurende de periode van het konsultatiegebeuren veranderd is. In de bijlage staat van elke arts in drieweekse voortschrijdende gemiddeldes gedurende twintig maanden weergegeven hoe het aantal kontakten per week, het aantal verwijzingen op eigen initiatief en de resultaten van deze twee: de verwijsindex, verlopen is.

Een eerste inspectie van deze grafieken leert ons het volgende:

- de curve van de ruwe aantallen verwijzingen op eigen initiatief volgt vrij redelijk de curve van het aantal kontakten per week. De afgeleide van deze twee, de verwijsindex, blijft zo gedurende voormeting en experimentele periode vrij konstant.
- We zien in deze grafische weergave, dat artsen 3 en 4 zich onderscheiden van de rest, in die zin dat hun verwijsindex konstant veel lager is dan die van de andere artsen: ze verwijzen dus konstant een kleinere fractie van de patiënten die ze zien op eigen initiatief door naar andere hulpverleners. In hoofdstuk IV merkten we een onderrapportage van arts 4 op; desondanks verwijst hij ook volgens de LISZ-cijfers het minste (vgl. IV. 2)

Teneinde de verwijscijfers beter statistisch behandelbaar te maken zetten we in de verdere analyse drie perioden tegen elkaar af: de eerste periode wordt gevormd door de voormeting (juli-oktober 1977), de tweede door een periode van precies een jaar later (het konsultatieprojekt was toen ongeveer een half jaar aan de gang); het voordeel van deze periode is dat er gecontroleerd wordt voor seizoensinvloeden. De derde periode omvat de laatste vier maanden dat er verwijzingen geregistreerd werden en valt samen met de laatste vier maanden van het konsultatieprojekt.

In tabel 3 staat per arts voor deze drie periodes het volgende weergegeven:

- het totaal aantal verwijzingen,
- het ruwe aantal verwijzingen op eigen initiatief van de arts,
- het gemiddeld aantal spreekuurkontakten per week in die periode, en
- de gemiddelde verwijsindex (die immers per week berekend is).

Met behulp van deze gegevens is het mogelijk om de gemiddelde verwijsindex van de verschillende artsen en perioden onderling te toetsen. Tevens kunnen de componenten waaruit de verwijsindex is samengesteld op deze zelfde manier bekeken worden.

anderingen  
de loop  
tijd

Wanneer we per arts de drie perioden twee aan twee tegen elkaar toetsen, dan zien we bij geen enkele arts verschillen in de verwijsindex; met andere woorden: de verwijsindex, blijft bij alle artsen konstant. Er lijkt in eerste instantie dus niet zoveel te veranderen in de kwantiteit van de verwijzingen.

Een aspect dat wel bij alle artsen een verandering lijkt te ondergaan is de standaarddeviatie van de verwijsindex. We zien dat deze in de laatste twee perioden bij alle artsen is toegenomen; dit wordt grafisch weergegeven in de wat grotere schommelingen in de drie weekse voortschrijdende gemiddeldes van de verwijsindex.



Periode 1					Periode 2				Periode 3			
Arts	Tot.	Eigen Init.	Kont./week	Index	Tot.	Eigen Init.	Kont./week	Index	Tot.	Eigen Init.	Kont./week	Index
1	577	203 (36.4)	118	9.56 S <sub>d</sub> :2.81	594	244 (41.1)	127	10.74 S <sub>d</sub> :4.25	616	243 (39.4)	104	13.85 S <sub>d</sub> :8.74
2	315	260 (82.5)	125	12.11 S <sub>d</sub> :5.05	442	277 (62.7)	135	11.02 S <sub>d</sub> :5.41	482	268 (55.6)	122	12.15 S <sub>d</sub> :4.19
3	357	102 (28.6)	140	4.04 S <sub>d</sub> :1.78	403	112 (27.8)	161	4.53 S <sub>d</sub> :3.74	375	131 (34.9)	131	5.35 S <sub>d</sub> :1.50
4	365	151 (41.4)	154	6.07 S <sub>d</sub> :1.47	261	94 (36)	131	4.07 S <sub>d</sub> :3.07	258	130 (50.4)	130	5.52 S <sub>d</sub> :2.09
5	666	257 (38.6)	155	9.96 S <sub>d</sub> :1.97	659	247 (37.5)	134	10.75 S <sub>d</sub> :4.47	459	190 (41.4)	105	10.05 S <sub>d</sub> :2.83
6	598	208 (34.8)	141	10.01 S <sub>d</sub> :3.61	504	224 (44.4)	156	8.92 S <sub>d</sub> :5.29	460	198 (43)	127	8.38 S <sub>d</sub> :2.99
Tot..	2878	1181 (41.0)			2863	1198 (41.8)			2650	1160 (43.8)		
zonder arts 2	2563	921 (36.2)			2421	921 (38)			2168	892 (41)		

Tabel 3: Totaalverwijscijfers, verwijzingen op eigen initiatief, gemiddeld aantal contacten per week, en verwijsindex, voor de experimentele groep, in drie periodes (tussen haakjes: proportie eigen init. van totaal)

Aangezien de tweede en derde periode de laatste acht maanden van de bijna twee jaar durende registratieperiode weergegeven, lijkt het erop dat deze schommelingen te wijten zijn aan een wat grotere nonchalance bij de registrerende artsen.

Ditzelfde vermoeden rijst wanneer we de totaalcijfers vergelijken met de cijfers over de verwijzingen op eigen initiatief van de arts. Deze laatste groep verwijzingen verandert nauwelijks, terwijl de eerste groep wél verandert (over de gehele lijn minder wordt). De reden hiervoor kan gelegen zijn in het feit dat onder de totaalcijfers ook alle telefonische verzoeken om een verwijskaart vallen en ook alle zgn. 'achteraf'-verwijzingen. Het is denkbaar dat bij deze min of meer administratieve verwijzingen eerder registratiefouten gemaakt worden dan bij die verwijzingen waarbij de arts actief betrokken is. De konklusie die we uit deze twee verschijnselen in eerste instantie trekken is dat de artsen geleidelijk aan minder nauwkeurig zijn gaan registreren. Een gevolg overigens van het feit dat de totaalcijfers in de loop der tijd wat afnemen is dat het percentage die de verwijzingen op eigen initiatief van het totaal aantal verwijzingen vormen, met name in de derde meetronde wat hoger ligt dan in



de eerste meetperiode (behalve bij arts 2 - maar daar werden in de eerste meetperiode de verwijzingen buiten het initiatief van de arts niet geregistreerd- zie hoofdstuk IV.

rschillen  
ssen de  
tsen

Wanneer we per periode de artsen twee aan twee met elkaar vergelijken zien we (zoals we ook in de grafieken in de bijlage kunnen zien) dat de artsen 3 en 4 in alle drie de periodes minder patiënten verwijzen dan de andere artsen. Ten aanzien van de arts 4 dient echter enig voorbehoud gemaakt te worden.

rwijsindex  
der  
keken

Zoals we ook reeds in hoofdstuk III hebben aangekondigd moeten we de verwijsindex ook in haar componenten bekijken. De verwijsindex is immers een breuk, waarvan óf de teller óf de noemer of zelfs beide componenten in de loop van de tijd kunnen veranderen. Wanneer we het materiaal met die ogen bekijken dan zien we bij de artsen 1 en 3 een lichte toename in het aantal verwijzingen op eigen initiatief van de arts, terwijl de contactfrequentie ongeveer gelijk blijkt. De verwijsindex is bij deze twee artsen dan ook iets toegenomen, maar te weinig om significant te zijn.

Een erg interessant beeld levert arts 5 op: bij hem blijft weliswaar de verwijsindex gelijk in de loop van het konsultatieproject, *maar dit komt omdat beide componenten van de verwijsindex veranderen.*

Bij arts 5 loopt het totaal aantal verwijzingen op eigen initiatief van de arts aanmerkelijk terug, maar dit gaat gepaard met een gelijktijdige daling in het aantal spreekuurkontakten.

Deze afname van het aantal verwijzingen, die gepaard gaat met een teruggelopen aantal arts-patiënt kontakten, laat zich echter verklaren uit de bijzondere omstandigheden waarin arts 5 de laatste maanden van het konsultatieproject verkeerde. In de nazomer van 1978 heeft arts 5 de P.M.D.-groepspraktijk in de Willemstraat verlaten en heeft in het kader van de totale reorganisatie van de P.M.D. - zich in een nieuw gezondheidscentrum gevestigd. Deze verhuizing ging gepaard met een verminderd aantal patiënten en een intensieve samenwerking binnen het nieuwe gezondheidscentrum.

Dit onderzoekresultaat heeft echter ook een positieve kant. We zien nu namelijk dat de verwijsindex als maat inderdaad bestaanswaarde heeft. Het blijkt een zinvolle zaak om het aantal verwijzingen dat onder controle van de arts staat te betrekken op het aantal patiënten dat hij per week ziet. Wanneer door een willekeurige oorzaak (praktijkverkleining of -vergroting ed.) het aantal spreekuurkontakten verandert, verandert daarmee óók het aantal verwijzingen van de arts.

*De arts heeft dus inderdaad iets als een verwijsneiging. De totale verwijsoutput van de arts wordt daarmee rechtstreeks bepaald door het aantal patiënten dat hij ziet.*



menvatting

Al met al dus weinig veranderingen in de theoretisch relevant geachte *verwijsindex*. Overigens vinden we wel een ondersteuning voor die relevantie in de resultaten van arts 5 wiens verwijsindex gelijk bleef terwijl beide componenten van de verwijsindex veranderden. De indruk bestaat dat arts 5 (onder invloed overigens van een praktijkverkleining en niet van het konsultatieprojekt) minder patiënten per week is gaan zien, en 'dus' ook minder is gaan verwijzen. Maar zijn *verwijsneiging*, de verwijsindex bleef gewoon gelijk. Een resultaat dat theoretisch gezien interessanter is dan wanneer we kijken naar de praktijk van dit evaluatieonderzoek.

Er werden wel nog wat andere veranderingen gevonden die zich in de loop van het konsultatieprojekt moeten hebben voorgedaan. Bij drie artsen nam het totaal aantal verwijzingen af, terwijl het aantal verwijzingen op eigen initiatief echter nagenoeg gelijk bleef (behalve bij arts 5, zoals we hierboven zagen). Het is echter onwaarschijnlijk dat een konsultatieprojekt er niet in slaagt het aantal verwijzingen te beïnvloeden dat onder controle van de arts staat en wel die verwijzingen waarop de arts geen enkele invloed kan uitoefenen. We moeten deze veranderingen of aan een "registratiemoehheid" toeschrijven, die waarschijnlijk bij de min of meer administratieve verwijzingen groter zal zijn dan bij de verwijzingen waarbij de arts zelf actief betrokken is, of we moeten aannemen dat een andere faktor de verwijzingen die niet op initiatief van de arts plaats vinden, heeft doen afnemen.

We hebben niet alleen gekeken naar veranderingen in de loop van de tijd, maar ook naar verschillen tussen artsen in de mate waarin zij hun patiënten (plegen te) verwijzen. Bij alle analyses kwamen daarbij dezelfde verschillen naar voren: de artsen 3 en 4 verwezen in elke periode minder dan hun collega's.

### 3. De invloed van achtergrondvariabelen op de verwijsindex

Het verwijsgedrag van de huisarts wordt niet alléén bepaald door zijn persoonsgebonden kenmerken. In de literatuur wordt een groot aantal achtergrondvariabelen genoemd die van invloed zijn op het verwijscijfer. Een aantal daarvan zijn te benoemen als macrofactoren en worden ook voornamelijk in macro-onderzoek gebruikt. Deze factoren (afstand tot het ziekenhuis, b.v.) differentiëren per definitie niet tussen de artsen die deelnemen aan het konsultatieprojekt en kunnen daarom ook niet als verklarende variabele worden gebruikt voor verschillen tussen de artsen onderling of verschillen in de loop der tijd. Achtergrondvariabelen waarin de artsen eventueel wel van elkaar verschillen zijn gelegen in hun praktijkkenmerken: praktijkgrootte, leeftijds- en geslachtsopbouw van de praktijk. Gebleken is dat deze kenmerken een belangrijke invloed hebben op de hoogte van het verwijscijfer. Oude mensen worden bijvoorbeeld veel vaker verwezen dan jonge mensen; in een praktijk met veel bejaarden zal het verwijscijfer daarom automatisch hoger liggen dan in een jonge praktijk. Hetzelfde geldt voor de invloed van de geslachtsopbouw van de praktijk: vrouwen worden vaker verwezen dan mannen; wanneer een praktijk beïnvloed meer vrouwen onder de patiënten telt, stijgt daarmee automatisch het verwijscijfer.





Ten aanzien van de praktijkgrootte tenslotte wordt gepostuleerd dat het verwijscijfer (aantal verwijzingen per 1000 patiënten) in een grote praktijk hoger zal liggen dan in een kleine praktijk \*.

Teneinde de invloed van deze praktijkenmerken op het verwijsgedrag van de huisarts te kunnen vaststellen en daarmee te kunnen nagaan of dat de verschillen in het verwijscijfer zou kunnen verklaren, hebben we een analyse gedaan naar de mate waarin het verwijscijfer van de arts bepaald wordt door de kenmerken van zijn praktijk.

We zullen de genoemde achtergrondvariabelen achtereenvolgens behandelen.

Aangezien de gegevens met betrekking tot praktijkgrootte en leeftijds- en geslachtsopbouw van de praktijken alleen voor 1977 beschikbaar waren, verrichten we de analyse over de eerste meetperiode.

Aangezien bij navraag bleek dat er behalve bij arts 5 zoals we net hebben gezien weinig veranderingen hadden plaatsgevonden in de loop van het konsultatieprojekt, en gezien het feit dat de artsen ten opzichte van elkaar maar weinig veranderen in de loop der tijd, kan aan de uitkomsten van dergelijke analyses toch wel enige betekenis worden toegekend.

\* Over deze laatste stelling valt nog wel het een en ander op te merken. Van Praag c.s. postuleert de hierboven genoemde veronderstelling vanuit de gedachtegang dat een grotere praktijk betekent: druk spreekuur, minder zelf doen door de huisarts en dus: meer verwijzen. Posthuma en Van der Zee (1978) tonen aan dat deze redenering toch wel wat te simpel is. Een arts weet b.v. door zijn terugbestelgedrag het aantal patiënten dat hij in feite op het spreekuur ziet aardig te reguleren. Het is dus onjuist om een grote praktijk per definitie gelijk te schakelen met een druk spreekuur.



ktijk-  
otte

Over de invloed van de praktijkgrootte kunnen we kort zijn: de verschillen tussen de diverse huisartsenpraktijken zijn niet erg groot: de kleinste praktijk telde (op 1 mei 1977) 2122 patiënten, de grootste 2554. Daarmee vielen alle praktijken onder de gemiddelde praktijkgrootte in Nederland ( $\pm$  2700) en ook onder de gemiddelde praktijkgrootte van de op dat moment bestaande groepspraktijken in Nederland \*.

Hiermee zijn alle zes de praktijken te betitelen als relatief klein. Verschillen in praktijkgrootte voeren daarentegen pas tot verschillen in verwijscijfer wanneer men praktijken met meer dan 3000 ingeschrevenen afzet tegen praktijken met minder dan 3000 ingeschrevenen (Posthuma en Van der Zee 1978).

In onderstaande tabel staat per arts weergegeven wat de grootte van zijn praktijk is (kolom 1), hoeveel patiënten hij in totaal tijdens de vier maanden van de voormeting heeft verwezen (kolom 2) het percentage verwijzingen op de totale praktijkpopulatie (kolom 3) en tenslotte, hoeveel patiënten hij op eigen initiatief heeft verwezen, gerelateerd aan het aantal kontakten (kolom 4).

	praktijk- grootte	aantal ver- wijzingen	%verwijzingen op totale prak- tijk	aantal verwijzing- en op eigen initia- tief per 100 kon- takten (de ver- wijsindex)
arts 1	2122	557	26,2%	9,56
(arts 2 **)	2363	315	13,3%	12,11
arts 3	2554	357	14,0%	4,04
arts 4	2394	365	15,2%	6,07
arts 5	2390	666	27,9%	9,96
arts 6	2492	598	24,0%	10,01
x	2390	509	21,3%	7,83

Tabel 4: Invloed van de praktijkgrootte op het verwijscijfer.

\* Vergelijk gegevens uit de NHI-registratie van Samenwerkingsverbanden (Boersma 1979)

\*\* Omdat we hier gebruik maken van het totaal aantal verwijzingen, dat bij arts 2 niet betrouwbaar was, laten we hem in deze paragraaf buiten beschouwing.



Wanneer we kolom 1 (praktijkgrootte) en kolom 2 (aantal verwijzingen) met elkaar vergelijken zien we dat de arts met de grootste praktijk (arts 3) het minst patiënten verwezen heeft. De arts met de kleinste praktijk (arts 1) behoort daarentegen duidelijk bij de groep "hoge verwijzers". Hetzelfde resultaat blijkt wanneer we de praktijkgrootte relateren aan het gekorrigeerde verwijscijfer - de verwijsindex (kolom 4).

We mogen hieruit konkluderen dat de hoogte van het verwijscijfer/de verwijsindex bij de artsen in ieder geval niet rechtstreeks bepaald wordt door de grootte van de praktijk, oftewel, uit onze gegevens mag bepaald niet gekonkludeerd worden dat sommige artsen meer verwijzen dan hun kollega's omdat ze een grotere praktijk hebben.

De verschillen in de hoogte van het verwijscijfer/verwijsindex zijn dus niet terug te voeren op deze achtergrondvariabelen.

slachts-  
deling

Vrouwen worden, blijkens gegevens uit de literatuur vaker verwezen dan mannen. Het is daarom goed de zes huisartspraktijken met elkaar te vergelijken op het percentage vrouwelijke patiënten. In onderstaande tabel staat per arts de geslachtsverdeling van zijn praktijk weergegeven.

	% mannen	% vrouwen	N
arts 1	53,4%	46,6%	2122
(arts2	52,3%	47,7%	2363)
arts 3	51,3%	48,7%	2554
arts 4	51,8%	48,2%	2394
arts 5	50,5%	49,5%	2390
arts 6	52,3%	47,7%	2492

Tabel 5: Geslachtsopbouw van de verschillende praktijken.

In alle praktijken blijken iets meer mannen dan vrouwen te zijn. Grote verschillen zijn er niet. Bovendien blijkt ook hier (tegen de verwachting in) de arts met de minste vrouwen in zijn praktijk (arts 1) één van de hoogste verwijzers te zijn. De twee artsen die duidelijk minder vaak verwijzen dan de rest (3 en 4) hebben allebei (iets) meer vrouwen in hun praktijk dan gemiddeld het geval is.

We hebben tot nu toe het geslacht als een echte achtergrondvariabele beschouwd. We spraken over de geslachtsopbouw van de totale praktijk en niet eens van dat gedeelte van de praktijk dat bij de huisarts op het spreekuur is geweest (over deze cijfers beschikken we helaas ook niet).

Het is echter ook mogelijk om deze variabele op een andere manier in beschouwing te nemen, namelijk door na te gaan welk percentage van de in de praktijk aanwezige vrouwen (respectievelijk mannen) door de arts daadwerkelijk verwezen is in de vier maanden van de voormeting. Deze cijfers zijn in tabel 6, op de volgende pagina weergegeven.



	mannen				vrouwen				totaal			
	prak- tijk	ver- wij- zin- gen	%	rang- num- mer	prak- tijk	ver- wij- zin- gen	%	rang- num- mer	prak- tijk	ver- wij- zin- gen	%	rang- num- mer
arts 1	1133	257	22,7	(3)	989	297	30,0	(4)	2132	557	26,2	(4)
(arts 2	1237	159	12,9		1126	151	13,4		2363	315	13,3)	
arts 3	1309	142	10,8	(1)	1245	206	16,5	(1)	2554	357	14,0	(1)
arts 4	1239	160	12,9	(2)	1155	201	17,4	(2)	2394	365	15,2	(2)
arts 5	1207	291	24,1	(5)	1183	363	30,7	(5)	2390	666	27,9	(5)
arts 6	1304	300	23,0	(3)	1188	286	24,1	(3)	2492	589	24,0	(3)

Tabel 6: Verwijzingen als % van de praktijk (uitgesplitst naar sexe).

Overeenkomstig de resultaten van vele andere verwijsonderzoeken, en daarmee overeenkomstig de al eerder uitgesproken verwachting zien we dat over de gehele linie meer vrouwen dan mannen verwezen worden.

Wanneer we de rangordes bekijken komen we bovendien tot de konklusie dat artsen die over het algemeen veel plegen te verwijzen, dit zowel doen bij vrouwen als bij mannen; artsen die weinig verwijzen, verwijzen zowel weinig mannen als vrouwen.

Samenvattend mogen we konkluderen dat de hoogte van het verwijscijfer niet rechtstreeks bepaald wordt door de achtergrondvariabele "geslachtsopbouw van de praktijk". Het verschil in geslachtsopbouw is tamelijk gering; artsen die binnen deze marges relatief veel vrouwen in hun praktijk hebben verwijzen niet méér, dan hun collega's met relatief minder patiënten van het vrouwelijk geslacht. Wel worden vrouwen relatief vaker verwezen dan mannen. Dit geldt echter bij alle artsen ongeveer in dezelfde mate.

tijds-  
eling

Patiënten hebben niet in iedere leeftijdskategorie evenveel kans om verwezen te worden. Bejaarden worden bijvoorbeeld veel vaker verwezen dan jonge mensen. Wanneer we nagaan hoe de praktijken met betrekking tot diverse leeftijdskategorieën zijn samengesteld, blijkt dat er in alle praktijken een duidelijke top te bespeuren is in de categorie 20-29 jaar. De categorie 50-59 jaar vertoont in de meeste gevallen een tweede top ten opzichte van de aanliggende leeftijdskategorieën. Wanneer we de patiënten van 60 jaar en ouder als "bejaard" beschouwen (vergeef ons de term) zien we de volgende verdeling.





	patiënten ouder dan 60 jaar	totaal aantal patiënten	%
arts 1	266	2122	12,5
(arts 2	267	2363	11,3)
arts 3	323	2554	12,6
arts 4	177	2394	7,4
arts 5	373	2390	15,6
arts 6	246	2492	9,9

Tabel 7: Percentage bejaarden in de praktijk.

Twee artsen lijken een wat afwijkend percentage bejaarden in hun praktijk te hebben: arts 5 heeft meer en arts 4 heeft minder bejaarden in de praktijk dan de anderen. Deze resultaten corresponderen met het gegeven dat arts 5 een hoge verwijzer is en arts 4 een lage.

In hoeverre wordt nu de indeling van arts 5 in de categorie "hoge verwijzers" (en de indeling van arts 4 in de categorie "lage verwijzers") inderdaad bepaald door het percentage bejaarden in de praktijk? In de volgende tabel staat per arts en per leeftijdskategorie het percentage tijdens de voormeting verwezen patiënten ten opzichte van de totale praktijkpopulatie in die leeftijdskategorie vermeld. Tussen haakjes staat steeds het rangnummer van de arts aangegeven.

	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60	totaal
	% rang num- mer	% rang num- mer	% rang num- mer	% rang num- mer	% rang num- mer	% rang num- mer	% rang num- mer	% rang num- mer
arts 1	28,6 (5)	24,4 (5)	17,7 (4 $\frac{1}{2}$ )	17,9 (4)	23,5 (4)	26,4 (3)	51,1 (3)	25,7 (4)
(arts 2	7,9	5,1	8,9	10,0 (	19,5	15,6	28,8	13,2)
arts 3	9,5 (1)	8,0 (1)	10,2	10,9 (1)	12,3 (1)	14,5 (1)	33,7 (1)	13,7 (1)
arts 4	11,4 (2)	11,6 (2)	11,0 (2)	11,4 (2)	23,1 (2)	16,3 (2)	40,1 (2)	15,2 (2)
arts 5	16,9 (4)	14,2 (3)	17,8 (4 $\frac{1}{2}$ )	17,4 (3)	33,3 (5)	34,3 (4)	56,3 (5)	27,8 (5)
arts 6	12,7 (3)	19,5 (4)	15,6 (3)	23,3 (5)	20,6 (2)	36,1 (5)	54,5 (4)	23,8 (3)
totaal	13,6	13,4	15,0	21,7	21,7	23,9	48,3	

Tabel 8: Percentage verwijzingen per leeftijdskategorie.



Het eerste wat opvalt is dat oudere mensen inderdaad vaker verwezen worden dan jongere mensen. In de categorie 60 jaar of ouder treft men bijvoorbeeld bij iedereen een percentage van ongeveer 50 aan. Verder valt op dat artsen die in de ene leeftijdskategorie veel verwijzen dat in grote lijnen in de andere ook blijken te doen en omgekeerd. De 3 "hoge verwijzers" verwijzen in alle leeftijdskategorieën meer dan de 2 "lage verwijzers". Arts 4 heeft weliswaar minder bejaarden in de praktijk, maar wanneer we de andere leeftijdskategorieën beschouwen zien we dat hij overal een lage verwijzer is. Dit betekent dat we hem ondanks de ondervertegenwoordiging van de groep oudere patiënten toch een lage verwijzer mogen noemen. Het omgekeerde geldt voor arts 5. Deze heeft weliswaar veel bejaarden in de praktijk, maar ook in de andere leeftijdskategorieën blijkt hij een hoge verwijzer te zijn. Dit betekent dat de leeftijdsopbouw van de huisartspraktijken wel enige invloed heeft op het totale verwijscijfer, maar alleen in die zin dat het bestaande verschillen in verwijsgedrag van de artsen aksentueert. Op grond van deze analyses, gedaan op het materiaal van de eerste vier maanden registreren en de praktijkgegevens van 1977 kunnen we zodoende geen aanleiding vinden om te veronderstellen dat verschillen tussen artsen 3 en 4 en de andere gebaseerd zijn op verschil in achtergrondgegevens (voor wat betreft de resultaten van arts 4, zie overigens wel hoofdstuk IV).

#### 4. Verwijzingen uitgesplitst naar verwijsmogelijkheden.

Tot nu toe hebben we steeds gesproken over "de" verwijzingen van een arts in een bepaalde periode, ongeacht het soort verwijzing. In deze paragraaf willen we nagaan wat nu zoal de inhoud van die verwijzing is. Is in alle perioden het aandeel van de medische specialisten even groot? Gaan de psychosociale hulpverleners een belangrijker plaats innemen ten opzichte van meer somatische verwijsmogelijkheden? Met dit soort vragen willen we ons in deze paragraaf bezig houden.

Daartoe zullen we eerst nagaan of er gedurende de drie perioden die we reeds in paragraaf 2 onderscheiden hebben, veranderingen zijn opgetreden in de verhouding tussen de hoofdkategorieën die we kunnen onderscheiden vervolgens zullen we diverse van die hoofdkategorieën uitsplitsen in sub-kategorieën. Dit laatste zullen we doen met de categorieën "medische specialisten", "paramedische beroepen" en "maatschappelijk werk en psychosociale hulpverlening".

lgemeen  
jsprofiel

Hoe zijn de gegevens die in paragraaf 2 werden opgediend, nader te specificeren naar verwijsmogelijkheid. Om een antwoord op deze vraag te geven hebben we de verwijzingen op eigen initiatief per arts uitgesplitst over de in tabel 9 genoemde categorieën.

We zien in deze tabel bij elke arts in ieder geval dezelfde volgorde optreden: in elke periode neemt elke arts het meest het initiatief tot een verwijzing naar een medisch specialist, daarna volgen de para-medische beroepen, terwijl de overige categorie zelden meer dan 5 procent van het aantal verwijzingen op eigen initiatief bestaan.



Toch zien we zowel tussen de drie perioden als tussen de artsen ook wel een aantal verschillen. Zo gaan de medische specialisten in de loop van de registratieperiode een nog groter aandeel van de verwijzingen op eigen initiatief opeisen, een stijging die met name voor de rekening komt entgegen alleen in de voormeting maar enigszins gevuld. Paramedische beroepen blijven een konstante proportie van ongeveer 23% van de verwijzingen op eigen initiatief beslaan \*). De voor ons belangrijke categorie verwijzingen naar maatschappelijk werk en psychologische hulpverlening neemt van eerste naar tweede periode iets toe, vooral door toedoen van arts 2 en 5, maar neemt daarna weer af \*\*). De getallen zijn hier te klein om veel zinnigs over te zeggen.

Periode	Ruw aantal verwijzingen op eigen initiatief	medische specialisten		para-medische beroepen		wijkverpleging en gezinshulp		maatschappelijk werk en psychosociale hulp		bedrijfsarts		overige	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
I													
1	203 (36.4)	148 (30.4)	72.9	31 (81.6)	15.2	8 (88.9)	3.9	7 (87.5)	3.4	8 (100)	3.9	1	0.5
2	260 (82.5)	163 (79.1)	62.7	68 (89.5)	26.2	12 (85.7)	4.6	1 (100)	0.4	6 (83.3)	2.3	10 (90.0)	3.8
3	102 (28.6)	73 (23.5)	71.6	23 (62.2)	22.5	1 (100)	0.9	3 (100)	2.9	0 (100)	0	2 (100)	2.0
4	151 (41.4)	114 (35.7)	75.5	14 (70.0)	9.3	13 (86.7)	8.6	2 (100)	1.3	4 (100)	2.6	4 (100)	2.6
5	257 (38.6)	164 (31.8)	63.8	64 (58.7)	24.9	8 (88.9)	3.1	12 (85.7)	4.7	1 (100)	0.4	8 (50.0)	3.1
6	208 (34.8)	135 (27.9)	64.9	64 (47.4)	30.8	7 (100)	3.4	0 (0)	0	1 (100)	0.5	1 (100)	0.5
totaal	1181	779	66.0	264	22.4	49	4.1	25	2.1	20	1.7	26	2.2

Periode II													
1	244 (41.4)	177 (34.6)	72.5	49 (84.5)	20.1	1 (50.0)	0.4	9 (100)	3.7	1 (100)	0.4	7 (58.3)	2.9
2	277 (62.7)	174 (53.4)	62.9	82 (86.3)	29.6	0	0	8 (100)	3.0	9 (90.0)	3.2	4 (67.0)	1.4
3	112 (27.8)	86 (23.1)	76.8	19 (82.6)	17.0	0	0	2 (100)	1.8	2 (100)	1.8	3 (75.0)	2.7
4	94 (36.0)	79 (33.1)	84.0	11 (64.7)	11.7	0	0	2 (100)	2.1	2 (100)	2.1	0	0
5	247 (37.5)	161 (31.0)	65.5	62 (59.6)	25.1	4 (67.0)	1.6	18 (85.7)	7.3	0	0	1 (20.0)	0.4
6	224 (44.4)	167 (38.5)	74.5	44 (81.5)	19.6	0	0	4 (80.0)	1.8	1 (100)	0.4	8 (80.0)	3.6
totaal	1198	845	70.5	267	22.3	5	0.4	43	3.6	15	1.3	23	1.9

Periode III													
1	243 (39.4)	189 (34.5)	77.8	41 (82.0)	16.9	4 (100)	1.6	7 (63.6)	2.8	1 (100)	0.4	1 (50.0)	0.4
2	268 (55.6)	194 (50.7)	72.4	49 (69.0)	18.3	1 (100)	0.4	13 (100)	4.9	8 (80.0)	3.0	3 (75.0)	1.1
3	131 (34.9)	97 (28.9)	74.0	27 (90.0)	20.6	1 (100)	0.8	5 (100)	3.7	1 (100)	0.8	0	0
4	130 (50.4)	94 (42.9)	72.3	35 (92.1)	26.9	0	0	0 (100)	0	0	0	2 (100)	0.7
5	190 (41.4)	116 (34.3)	61.1	68 (61.8)	35.8	0	0	5 (71.4)	2.6	1 (100)	0.5	0	0
6	198 (43.0)	142 (36.7)	71.7	54 (84.4)	27.3	0	0	0	0	0	0	2 (28.6)	1.0
totaal	1160	832	71.7	274	23.6	6	0.5	30	2.6	11	0.9	7	0.6

Tabel 9: De verwijzingen op initiatief van de arts, uitgesplitst in zes categorieën, in drie perioden. Onder elke verwijzing tussen haakjes: het percentage dat de verwijzingen op eigen initiatief uitmaakt van het totaal.

\* Bij artsen 4 en 5 neemt het aandeel van deze categorie toe.  
\*\* Bij arts 2 is sprake van een blijvende toename.



In tabel 9 staat tussen haakjes onder elk verwijspercentage aangegeven welk percentage deze verwijzing - op -eigen -initiatief uitmaakt van het totaal aantal verwijzingen.

We zien dan dat de psychosociale verwijzingen vrijwel altijd plaatsvinden op initiatief van de arts; ook de verwijzingen naar de paramedische beroepen zijn over het algemeen beslissingen van de arts en patiënt gezamenlijk. Anders ligt dit voor de verwijzingen naar de medisch specialisten, waar slechts gemiddeld zo'n 30 tot 40% van de verwijzingen voor rekening van de verwijzend arts komt. Dit is overigens niet zo verwonderlijk aangezien een groot gedeelte van de medische verwijzingen een min of meer administratief karakter heeft: de specialist verzoekt om een herhaalkaart; de patiënt heeft om verzekerings-technische redenen een verwijskaart nodig voor de oogarts of komt achteraf een verwijskaart halen voor de poliklinische E.H.B.O. behandeling van zijn kind na een ongeval met de schaatsplank. (zie overigens ook van Es & Pijlman, 1970)

In paragraaf 2, bij de bespreking van de algemene verwijsindex, werd gesteld dat in de loop van het onderzoek de verwijzingen op eigen initiatief bij alle artsen behalve arts 2 een groter deel van het totaal waren gaan uitmaken. In deze tabel zien we dat dit verschijnsel zich zowel voordoet bij de verwijzingen naar de medisch specialist als bij de paramedische verwijzingen, bij deze laatste groep vooral door toedoen van de artsen 3, 4 en 6. Alleen bij arts 2 neemt het percentage verwijzingen op eigen initiatief in alle categorieën af, maar dat verschijnsel hebben we reeds eerder verklaard (zie hoofdstuk IV).

Wanneer we op verschillen tussen artsen letten, dan mogen we opmerken dat de lage verwijzers 3 en 4 ook in elke subcategorie in elke periode als lage verwijzers uit de hoek komen. Met andere woorden: waar het verschijnsel van het weinig verwijzen dan ook door veroorzaakt wordt, het blijkt in ieder geval een tamelijk consistent verschijnsel te zijn.

In de derde periode moeten we, afgaande op de ruwe cijfers over de verwijzingen naar de medisch specialisten ook arts 5 bij de lage verwijzers gaan rekenen. Zoals we ook reeds in de vorige paragraaf hebben gezien is arts 5 de enige arts waarbij van een kwantitatieve vermindering van het totaal aantal verwijzingen gesproken kan worden (zie paragraaf 2). Deze blijkt dus voornamelijk veroorzaakt te worden door een vermindering van het aantal verwijzingen naar de medische specialisten.

Resumerend kunnen we zeggen dat een aantal trends die we bij de algemene verwijsindex aantreffen, teruggevonden worden binnen de diverse verwijs-categorieën. Het blijkt echter dat deze verwijsindex hoofdzakelijk wordt opgebouwd door verwijzingen naar medisch specialisten en para-medische beroepen. Veranderingen in die verwijsindex moeten dus teruggevoerd worden op veranderingen in deze categorieën, hoewel bleek dat, zolang de aantallen groot genoeg zijn om interpretatie mogelijk te houden, veranderingen in het geheel ook in de kleinere categorieën werden teruggevonden.

Nu zullen we de drie belangrijkste categorieën, medisch specialisten, paramedische beroepen, en psychosociale hulpverleners werden uitsplitsen, om te kijken of de aangetroffen veranderingen ook binnen elke subcategorie doerspelen.





medisch  
verwijsprofiel

Op dezelfde manier als het algemeen verwijsprofiel is weergegeven, geven we in tabel 10 aan hoe de verwijzingen op eigen initiatief over de diverse specialisten zijn verdeeld, en welk percentage die verwijzingen op eigen initiatief van het totaal aantal verwijzingen naar het betreffende specialisme uitmaken.

Zoals we naar aanleiding van het algemene profiel al opmerkten wordt de onderlinge verhouding tussen de artsen in het algemene verwijsprofiel voor het grootste gedeelte bepaald door de onderlinge verhouding tussen de artsen binnen de categorie "medisch specialisten".

De belangrijkste verandering was de afname van het aantal verwijzingen van arts 5 binnen deze categorie in de laatste meetperiode, waardoor zijn ruwe aantal verwijzingen op eigen initiatief in de laatste meetperiode op het niveau van artsen 3 en 4 kwam.

Bekijken we nu de tabel meer in detail. Allereerst letten we op de samenstelling van het verwijsprofiel \*) :welke specialisten worden vaak als verwijsmogelijkheid benut, welke weinig?

We zien dat in alle periodes chirurgie en E.H.B.O. de meest gebruikte verwijsmogelijkheid is, gevolgd door K.N.O. De overige categorieën zitten hieronder, maar laten zich onderling moeilijk rangschikken. Opvallend is dat in de tweede meetperiode twee maal zo weinig naar interne geneeskunde wordt verwezen dan in de twee andere periodes. Gezien de gelijktijdige top in de categorie "overigen" is het mogelijk dat in die periode een aantal superspecialismen die onder interne gerekend kunnen worden, onder "overigen" zijn gerangschikt.

Verder zien we, nog steeds in het algemeen sprekend, dat het percentage "verwijzingen op eigen initiatief" niet gelijk is voor de diverse subcategorieën.

Dit percentage lijkt duidelijk het laagst voor verwijzingen naar de oogarts, zoals overigens te verwachten was. Daarna komen interne (i.h.a. geschiedt maar 20 á 30 procent van de verwijzingen naar interne op eigen initiatief!), chirurgie met E.H.B.O., en psychiatrie (.)

Wat hoger treffen we gynaecologie, dermatologie en orthopaedie aan, en relatief de meeste verwijzingen op initiatief van de arts, geschieden naar de K.N.O. arts. Dit patroon geldt in grote lijnen voor alle drie de periodes.

\* n.b. we spreken hier weer enkel over de verwijzingen op eigen initiatief van de arts.



riode	1	totaal verwijzing eigen initiatief		oogheelkunde		chirurgie + EHBO		interne geneeskunde		gynaecologie		KNO		dermatologie		orthopaedie		psychiatrie		overigen		
		Arts	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	1	148 (30)		14 (16)	9.5	49 (28)	33.1	10 (22)	6.8	9 (38)	6.1	11 (61)	7.4	15 (65)	10.1	15 (60)	4.7	7 (37)	4.7	18 (27)	12.2	
	2	163 (79)		14 (54)	8.6	28 (48)	17.2	18 (86)	11.0	11 (100)	6.7	14 (93)	8.6	9 (100)	5.5	12 (86)	7.4	14 (100)	8.6	43 (90)	26.4	
	3	73 (23.5)		5 (0)	6.8	11 (16)	15.1	6 (17)	8.2	9 (36)	12.3	9 (53)	12.9	5 (38)	6.8	12 (67)	16.4	3 (0)	4.3	13 (26)	17.8	
	4	114 (35.7)		6 (10)	5.3	38 (39)	33.4	10 (30)	8.8	14 (54)	12.3	16 (76)	14.0	7 (54)	6.1	6 (40)	5.3	7 (39)	6.1	10 (28)	8.8	
	5	164 (31.8)		9 (8)	7.6	38 (45)	23.2	17 (20)	10.4	12 (40)	7.3	20 (61)	12.2	8 (35)	4.9	22 (61)	13.4	10 (32)	6.1	28 (38)	17.1	
	6	135 (27.9)		3 (4)	2.2	27 (18)	20.0	11 (26)	8.1	6 (29)	4.4	12 (60)	8.9	10 (39)	7.4	11 (44)	8.1	11 (31)	8.1	44 (51)	32.6	
	taal	779		51	6.5	191	24.5	72	9.2	61	7.8	82	10.5	54	6.9	78	10.0	52	6.7	156	20.0	
riode	2																					
Arts	1	177 (34.5)		21 (25)	11.9	28 (19)	15.8	9 (20)	5.1	18 (51)	10.2	13 (87)	7.3	17 (68)	9.6	12 (40)	6.8	11 (48)	6.2	48 (46)	27.1	
	2	174 (53.4)		19 (38)	10.9	33 (46)	19.0	8 (24)	4.6	15 (58)	8.6	17 (81)	9.8	13 (81)	7.5	6 (75)	3.4	10 (83)	5.7	53 (63)	30.5	
	3	86 (23.1)		6 (8)	7.0	11 (18)	12.8	10 (21)	11.6	10 (32)	11.6	13 (59)	15.1	6 (43)	7.0	6 (38)	7.0	7 (37)	8.1	17 (19)	19.8	
	4	79 (33.1)		6 (11)	7.6	19 (40)	24.1	2 (12)	2.5	5 (29)	6.3	11 (79)	13.9	11 (52)	13.9	7 (47)	8.9	7 (50)	8.9	11 (31)	13.9	
	5	161 (31)		6 (6)	3.7	43 (47)	27.2	5 (8)	3.1	10 (30)	6.2	23 (64)	14.1	15 (45)	9.2	13 (50)	8.0	10 (31)	6.2	36 (35)	22.3	
	6	167 (39)		9 (13)	5.4	52 (40)	31.1	2 (10)	1.2	15 (48)	8.9	10 (59)	6	11 (44)	6.6	14 (54)	8.3	8 (40)	4.8	46 (48)	27.5	
	taal	845		67	7.9	187	22.1	36	4.3	73	8.6	87	10.3	73	8.6	58	6.9	53	6.3	211	25.0	
riode	3																					
Arts	1	189 (34.5)		31 (27)	16.4	34 (23)	18.0	15 (24)	7.9	14 (42)	7.4	23 (85)	12.2	9 (41)	4.8	13 (57)	6.9	9 (31)	4.8	41 (45)	21.7	
	2	194 (50.7)		16 (27)	8.7	38 (49)	20.7	15 (32)	8.2	11 (69)	6.0	17 (71)	9.2	11 (61)	6.0	6 (67)	3.3	17 (65)	9.2	63 (60)	34.2	
	3	97 (28.9)		1 (2)	1.1	24 (35)	27.6	11 (21)	12.6	14 (38)	16.1	12 (75)	13.8	6 (35)	6.9	13 (57)	14.9	5 (26)	5.7	11 (21)	12.6	
	4	94 (42.9)		5 (14)	5.3	28 (52)	29.8	9 (43)	9.6	12 (60)	12.8	10 (53)	10.6	7 (64)	7.4	7 (54)	7.4	8 (25)	8.5	8 (35)	8.5	
	5	116 (34.3)		6 (13)	5.2	35 (46)	30.2	13 (25)	11.2	10 (59)	8.6	8 (73)	6.9	5 (28)	4.3	8 (38)	6.9	8 (25)	6.9	23 (35)	19.8	
	6	142 (36.7)		6 (9)	4.2	29 (46)	20.4	9 (20)	6.3	10 (30)	7.0	20 (71)	14.1	10 (48)	7.0	12 (46)	8.4	14 (33)	9.9	32 (52)	22.5	
	taal	832		65	7.8	188	22.6	72	8.7	71	8.5	90	10.8	48	5.8	59	7.1	61	7.3	178	21.4	

Tabel 10: Verwijzingen op initiatief van de arts naar medische specialisten, uitgesplitst in zes categorieën. Onder elke verwijzing tussen haakjes: het percentage dat de verwijzing op eigen initiatief uitmaakt van het totaal.

Bekijken we de resultaten voor de artsen afzonderlijk, dan kunnen we niet zonder meer zeggen dat we de algemene conclusies die we in de vorige paragraaf naar aanleiding van het algemene verwijsprofiel trokken nu ook binnen elke subcategorie aantreffen. Voor arts 3 geldt wel dat hij nooit echt boven zijn kollega's uitsteekt, maar arts 4 verwijst in de eerste periode relatief vrij veel naar chirurgie en gynaecologie.

In een aantal niet zo veel voorkomende categorieën vallen ze geen van tweeën op door lage verwijscijfers. De grote "winst" op de hogere verwijzers behalen ze alle twee in de categorie "overige verwijsmogelijkheden", die door de andere artsen veel vaker benut worden dan door de artsen 3 en 4.



Arts 5, die in de derde ronde minder naar medische specialisten is gaan verwijzen, springt er in geen enkele categorie uit, maar verwijst overal iets minder.

paramedisch In de groep "paramedische beroepen" hebben wij drie categorieën hulpver-  
sprofiel leners onderscheiden: de fysiotherapeut, de diëtiste en de vroedvrouw.  
In tabel 11 staat op de inmiddels bekende manier (zie tabel 9 en 10)  
weergegeven hoe de verwijzingen op eigen initiatief van de arts over de  
verschillende paramedische beroepen zijn verdeeld en (althans voor de  
categorie "fysiotherapie") welk percentage die verwijzingen -op-eigen-  
initiatief van het totaal aantal verwijzingen (naar fysiotherapie) uit-  
maken.

Periode I arts	totaal naar paramedische beroepen op eigen initi- atief	fysiotherapie		diëtiste		vroedvrouw		Periode II arts	totaal naar paramedische beroepen op eigen initi- atief	fysiotherapie		diëtiste		vroedvrouw	
		N	%	N	%	N	%			N	%	N	%	N	%
1	31 (81.6)	25 (78.1)	80.6	2	6.5	4	12.9	1	49 (84.5)	43 (82.7)	87.8	2	4.1	4	8.2
2	68 (88.3)	67 (89.3)	98.5	1	1.5	0	0	2	82 (86.3)	78 (85.7)	95.1	3	3.7	1	1.2
3	23 (62.2)	19 (65.5)	82.6	2	8.7	2	8.7	3	19 (82.6)	14 (77.8)	73.7	1	5.3	4	21.1
4	14 (70.0)	13 (72.2)	92.9	0	0	1	7.1	4	11 (64.7)	10 (61.5)	90.9	1	9.1	0	0
5	64 (58.7)	52 (55.9)	81.3	11	17.1	1	1.6	5	62 (59.6)	51 (56.7)	82.3	9	14.5	2	3.2
6	64 (63.4)	53 (62.2)	82.8	11	17.2	0	0	6	44 (81.5)	37 (78.7)	84.1	7	15.9	0	0
aal	264 (69.1)	229 (69.0)	82.7	27 (8.1)	13.3	8 (4.0)	4.1	Totaal	267 (76.1)	233 (74.2)	87.3	23	8.6	11	4.1

Periode III arts	totaal naar paramed. beroe- pen op eigen initiatief	fysiotherapie		diëtiste		vroedvrouw	
		N	%	N	%	N	%
1	41 (81.0)	29 (78.4)	70.7	5	12.2	7	17.1
2	49 (69.0)	46 (68.7)	93.9	3	6.1	0	0
3	27 (90.0)	22 (91.7)	81.5	0	0	5	18.5
4	35 (92.1)	34 (91.9)	97.1	1	2.9	0	0
5	68 (61.8)	53 (57.0)	77.9	11	16.2	4	5.9
6	54 (84.4)	46 (85.2)	85.2	8	14.8	0	0
aal	274 (75.5)	230 (73.7)	83.9	29	10.6	16	5.8

Tabel 11: Verwijzingen op initiatief van de arts naar paramedische beroepen. Onder fysiotherapie tussen haakjes:percentage eigen initiatief.



De fysiotherapeuten zijn duidelijk de populairste groep onder de paramedische beroepen, voor alle artsen.

Arts 5 en 6 verwijzen daarnaast nog enigzins regelmatig naar de diëtiste; voor de andere artsen zijn de verwijzingen naar diëtiste en de vroedvrouw incidenteel, en dit blijft zo wanneer we de verschillende meetperiodes naast elkaar zetten. Er is dan ook geen enkele trend te ontdekken.

De artsen 3 en 4 zijn ook hier de lage verwijzers, zij het dat de cijfers in de laatste meetperiode wat dichterbij elkaar komen te liggen.

psychosociaal  
wijsprofiel

Ondanks het feit dat er in het algemeen erg weinig naar de geestelijke gezondheidszorg verwezen is, willen we er hier toch aandacht aan besteden. In het kader van het konsultatieproject verwachten we immers dat juist deze verwijzingen het eerst veranderingen zullen ondergaan. In het konsultatieproject gaan de artsen op een intensieve manier om met het polikliniek team van de RPI; hierdoor zullen zij elkaar beter leren kennen en ook wellicht vaker naar elkaar gaan verwijzen. Van te voren was het moeilijk te bepalen of dit ten koste zou gaan van de verwijzingen naar de andere psychosociaal geschoolde hulpverleners of dat laatstbedoelde categorie verwijzingen ook zou toenemen (dit hangt namelijk af van de eventuele toename in sensitiviteit voor psychosociale problemen).

We hebben het maatschappelijk werk ook in de categorie "geestelijke gezondheidszorg" gevoegd. Weliswaar is het maatschappelijk werk feitelijk van een geheel andere orde (het is een eerstelijns discipline; het is algemener van aard dan de g.g.z., etc.) maar er zijn toch ook duidelijke overeenkomsten (beide niet medisch; beide aansluitend op het konsultatieproject) en de aantallen zijn zo gering dat we meenden deze verwijzingen wel tesamen in beschouwing te mogen nemen.

In tabel 12 zijn de verwijzingen gespecificeerd naar verwijzinstantie (n.b. we spreken hier weer enkel over de verwijzingen op eigen initiatief van de arts).





Periode I		A.G.G.Z.						A.G.G.Z.							
arts	maat- schap- pelijk werk	RPI poli- kli- niek	SPD/ JPD	LGV	MOB	ove- rige	totaal	Periode II	maat- schap- pelijk werk	RPI poli- kli- niek	SPD/ JPD	LGV	MOB	ove- rige	totaal
1	1	2	3	2	-	-	8	1	9	-	-	-	-	-	9
2	-	-	-	-	-	-	-	2	6	-	1	-	-	-	7
3	1	2	-	1	-	1	5	3	-	-	-	2	-	-	2
4	1	-	-	-	1	-	2	4	2	-	-	-	-	-	2
5	5	2	1	2	1	1	12	5	13	-	-	-	2	-	18
6	-	-	-	-	-	-	-	6	4	-	-	-	-	-	4
Totaal	8	6	4	5	2	-	27	Totaal	34	3	1	2	2	-	42

Tabel 12: Verwijzingen op initiatief van de arts naar psychosociale hulpverleners.

Periode		A.G.G.Z.						totaal	
arts	maat- schap- pelijk werk	RPI poli- kli- niek	SPD/ JPD	LGV	MOB	ove- rige	totaal	ove- rige	totaal
1	4	1	2	-	-	-	7	-	7
2	9	-	4	-	-	-	13	-	13
3	2	-	-	2	1	-	5	-	5
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	4	1	-	-	1	-	6	-	6
6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totaal	19	2	6	2	2	-	31	-	31



Het valt nogmaals op, hoe weinig naar instanties voor psychosociale hulpverlening wordt verwezen.

De aantallen zijn zo klein, dat veranderingen niet zo veel zeggen.

Bekijken we de totaalcijfers dan zien we dat alleen arts 2 een toenemend gebruik gaat maken van A.A.G.Z. en M.W..

De overige artsen blijven ongeveer even veel (of even weinig) naar dergelijke instellingen verwijzen, m.u.v. arts 5 die schommelingen vertoont in dit opzicht. Als we het A.M.W. buiten beschouwing laten, zien we dat er in de voor- meting 19 verwijzingen waren naar A.G.G.Z. - instellingen, waarvan 6 naar de R.P.I.

In de tweede periode zien we dat dit aantal gezakt is tot 8, waarvan 3 naar de R.P.I., in de derde periode stijgt het aantal weer naar 10, waarvan twee maal naar de R.P.I. De konklusie lijkt gerechtvaardigd dat o.i.v. de konsultatie de verwijzingen naar instanties voor psychosociale hulpverlening, nauwelijks zijn veranderd, en dat zeker niet meer werd verwezen naar de R.P.I., de instelling van de konsultatie gevers.

Bekijken we de totaalcijfers dan zien we dat alleen arts 2 een toenemend gebruik gaat maken van A.G.G.Z. en M.W. De overige artsen blijven ongeveer even veel (of even weinig) naar dergelijke instellingen verwijzen, m.u.v. arts 5 die schommelingen vertoont in dit opzicht.

Wat het A.M.W. betreft, hier zien we een duidelijke stijging van het aantal verwijzingen, van 8 naar 34 en 19, arts 3 en 4 zijn hier weer de zeer lage verwijzers, arts 5 en - in de derde periode - arts 2 zijn de hoogste verwijzers.

Hoe verleidelijk het ook mag zijn deze relatief toch wel forse stijging aan de invloed van konsultatie toe te schrijven, het is waarschijnlijk dat deze stijging ten minste bij arts 5, een gevolg is van de reeds eerder vermelde praktijk reorganisaties, die een nauwere samenwerking met het A.M.W. met zich mee bracht.

In de loop van 1978 werd hier mee begonnen, arts 5 was de eerste die in de nieuwe organisatie ging werken, wat zijn hoge verwijscijfer naar het A.M.W. verklaart.

Voor arts 2 is deze verklaring minder voor de hand liggend. De cijfers zoals ze in tabel 11 staan weergegeven, duiden er toch op dat het M.W. en de sociaal-en jeugd psychiatrische diensten zich in de loop van het projekt meer in zijn belangstelling mogen verheugen.

nvatting

In deze paragraaf zijn de verwijzingen per arts uitgesplitst naar de verschillende hulpverleningskategorieën. Daarbij zijn wij steeds uitgegaan van de verwijzingen op eigen initiatief van de arts. Aangezien ook steeds is aangegeven welk percentage dit getal vormt van het totaal aantal verwijzingen kan de geïnteresseerde lezen zelf ook het totale verwijfsprofiel berekenen.

Verreweg de meeste verwijzingen (gemiddeld rond de 70%) bleken gericht te zijn op de medisch specialisten. De paramedische beroepen vormen met zo'n 22% een tweede belangrijke groep. De psychosociale hulpverlening -in feite de meest interessante kategorie van dit onderzoek- is een zeer schaars gebruikte verwijfskategorie: zelfs zo schaars dat het enige wat er in feite over deze verwijzingen gezegd kan worden is dat ze zo



weinig voorkomen; het zoeken naar veranderingen heeft hier nauwelijks zin.

Veranderingen zijn er in het algemeen overigens nauwelijks geweest. Alleen arts 5 is -zoals we ook al in paragraaf 2 van dit hoofdstuk zagen- minder gaan verwijzen en dat geldt dan met name voor zijn verwijzingen naar de diverse medisch specialisten. De verwijzingen van arts 5 naar de paramedische beroepen er naar de psychosociale hulpverleningsinstanties namen zeker niet af. Voorts zagen we arts 2 meer gaan verwijzen naar psychosociale hulpverleners, naarmate het projekt vorderde.

Wanneer we per arts kijken hoe zijn verwijsprofiel in detail is samengesteld, dan zien we in grote lijnen bij iedere arts hetzelfde beeld. Bij de medisch specialisten staat "chirurgie" bovenaan bij de verwijzingen op eigen initiatief van de huisarts, gevolgd door keel- neus- en oorheelkunde. Er wordt weinig op eigen initiatief verwezen naar: oogheelkunde, dermatologie en psychiatrie. Bij de paramedische beroepen vormen de fysiotherapeuten duidelijk de belangrijkste groep. Naar de psychosociaal geschoolde hulpverleners werd in het algemeen weinig verwezen. Het maatschappelijk werk genoot hier bij de meeste artsen nog de voorkeur. De RPI-polikliniek (partner in het konsultatieprojekt) bleek geen erg intensief gebruikte verwijsmogelijkheid. Waar met name de konsultatiegevers een toename verwachten in het aantal verwijzingen naar de RPI-polikliniek kunnen we, als we al iets over deze kleine cijfers mogen zeggen, hoogstens een afname konstateren.

## 5. Enkele konklusies

Er is in dit hoofdstuk veel informatie gegeven. Informatie die bovendien aan het slot van de meeste paragrafen nog eens uitvoerig is samengevat. Aan het slot van dit hoofdstuk zullen we daarom volstaan met een nadere beschouwing van de onderzoeksresultaten in het licht van de centrale vraagstelling die wij in dit onderzoek proberen te beantwoorden: Is het konsultatieprojekt erin geslaagd om kwantitatieve veranderingen aan te brengen in het verwijsgedrag van de deelnemende artsen, en zo ja welke categorieën verwijzingen betreft dit dan?

Aan deze vraagstelling zijn twee deelvragen te onderscheiden die ieder voor zich beantwoord moeten worden:

- a. kunnen we veranderingen konstateren in de *omvang* van de gepleegde verwijzingen en in de loop van het konsultatieprojekt (en zo ja in welke categorieën verwijzingen) ?
- b. zijn deze veranderingen toe te schrijven aan de *invloed* van het konsultatieprojekt ?

Om met de eerste vraag te beginnen:

ja er zijn enkele veranderingen waarneembaar, zij het niet bij alle artsen en over de gehele linie.

De enige arts bij wie het totaal aantal verwijzingen op eigen initiatief is veranderd is arts 5. De oorzaak van deze verandering ligt in een afname van de verwijzingen naar de medisch specialisten (ongeacht het



soort specialisme). De verwijzigingen naar de paramedische beroepen en naar de psychosociale hulpverleningsinstanties bleven ook bij deze arts in de loop van de tijd ongeveer gelijk.

Bij de andere artsen kon geen verandering van dergelijke omvang worden gekonstateerd. Wel zagen we bij alle artsen een andere (onverwachte) verandering: bij iedereen nam het percentage "verwijzigingen op eigen initiatief" als onderdeel van het totale pakket van verwijzigingen toe: de artsen gingen dus allemaal relatief vaker op eigen initiatief verwijzen en de verwijzigingen op initiatief van patiënten of andere hulpverleners namen in de loop van de tijd af.

Een onverwacht resultaat dat ons dan meteen brengt naar de tweede vraag: zijn deze veranderingen toe te schrijven aan de invloed van het consultatieproject?

Wat de laatstgenoemde verandering betreft is dit inderdaad onwaarschijnlijk: want waarom zouden patiënten of andere hulpverleners invloed ondergaan van het consultatieproject, als de artsen zelf niet of nauwelijks veranderen? Het is waarschijnlijker dat de oorzaak van deze relatieve toename gezocht moet worden in de andere wijze van registreren van de verwijzingen die buiten het initiatief van de arts om plaatsvinden: deze verwijzigingen hebben immers vaak een min of meer administratief karakter. De assistente vult de formulieren in. Het gaat hier nauwelijks om bewuste acties van de arts. Zoals ook al op pagina 29 gekonstateerd is het aannemelijk dat juist bij deze, terloopse, verwijzingen een zekere registratiemoetheid is opgetreden. De gekonstateerde veranderingen moeten dan ook eerder aan deze registratiemoetheid worden toegeschreven dan aan echte veranderingen in het verwijzen van de artsen. Dit gegeven onderschrijft overigens weer de konklusie van hoofdstuk 4, waar werd gesteld dat zelfregistratie een onderzoeksmethode is, die met de nodige omzichtigheid moet worden gehanteerd.

De veranderingen die we hebben gekonstateerd in het verwijzen van arts 5 laten zich niet afdoen met een verwijzing naar onnauwkeurigheden in de registratie van arts 5. Uit alles blijkt dat arts 5 een nauwgezet registreerder is. En toch zien we bij hem een vermindering in het aantal verwijzingen, gelokaliseerd in zijn verwijzingen naar medisch specialisten. Maar ook hier wil dit niet zeggen dat deze veranderingen nu veroorzaakt zijn door het consultatieproject. Zoals we ook reeds in paragraaf 2 van dit hoofdstuk hebben gezien heeft er halverwege het experiment bij arts 5 een praktijkreorganisatie plaatsgevonden: arts 5 is in een ander praktijkpand tesamen met een kollega een gezondheidscentrum begonnen. Deze operatie ging gepaard met een afname van het patiënten aantal. De daling in het aantal verwijzingen moet waarschijnlijk hieraan worden toegeschreven. Vandaar ook dat de maat die we in eerste instantie gekozen hadden om het verwijsgedrag te meten - de verwijsindex; dit is: het gemiddeld aantal verwijzingen op eigen initiatief van de arts per 100 spreekuurkontakten per week - geen veranderingen te zien gaf. In deze maat zijn immers zowel het aantal verwijzingen als het aantal spreekuurkontakten opgenomen. Bij arts 5 zien we dat beide componenten van deze breuk veranderden, terwijl het eindresultaat - *zijn verwijsneiging* - gelijk bleef.





Als voorlopige konklusie moeten we daarom stellen dat er nogal wat gebeurd is in Eindhoven en dat die gebeurtenissen ons als onderzoekers heel wat geleerd hebben over verwijsonderzoek in het algemeen, maar dat de centrale vraagstelling - te weten verandert het verwijzen der experimentele artsen onder invloed van het konsulatieprojekt - vooralsnog negatief moet worden beantwoord.

We zullen echter in een volgend hoofdstuk proberen na te gaan, in hoeverre deze konklusie bevestigd wordt door onafhandelijke bronnen, die veel globaler zijn dan onze data: de cijfers van het Landelijk Informatie Systeem van de Ziekenfondsen over de jaren 1976-1978.



## HOOFDSTUK VI. VERWIJSCIJFERS 1976 - 1978 VOLGENS ANDERE BRONNEN

In hoofdstuk IV is melding gemaakt van gekonstateerde onnauwkeurigheid in de registratie van de experimentele groep, die een dermate omvang had, dat deze groep op basis van deze resultaten niet als controlegroep kon functioneren. Daarnaast bleken ook bij enige artsen uit de experimentele groep onnauwkeurigheden op te treden.

Toch zouden we de door ons verkregen gegevens willen vergelijken met de ontwikkeling van verwijscijfers van een op het konsultatieproject na overeenkomstige groepen artsen.

Dit is ten dele mogelijk met behulp van de LISZ gegevens, die vanaf 1976 verkrijgbaar waren.

Zoals reeds eerder gezegd, vormen de LISZ-overzichten een weergave van alle verwijzingen (zowel op initiatief van de arts als buiten hem om) naar de medische specialisten.

Naast de absolute aantallen worden deze cijfers ook verstrekt per 1000 ingeschreven ziekenfondspatiënten.

Hieruit kunnen we konkluderen dat de LISZ-cijfers zich nauwelijks lenen voor een rechtstreekse vergelijking met het voor ons interessante materiaal van de experimentele groep; dit heeft alleen zin op de wijze waarop dat in hoofdstuk IV gebeurde, waarbij het enige oogmerk gelegen was in een schatting van de betrouwbaarheid.

Maar het is niet mogelijk om na te gaan of bij andere artsen een verandering optrad in het aantal verwijzingen op eigen initiatief per 100 kontakten.

We kunnen wel een vergelijking maken van het aantal verwijzingen per 1000 patiënten dat geregistreerd staat van de experimentele groep en van andere P.M.D.-artsen in de periode 1976-1978. Van deze, veel grovere maat, kunnen we dan nagaan of die bij de experimentele groep tot andere konklusies leidt, dan bij de overige artsen.



Tabel 13 geeft het aantal verwijzingen per 1000 ingeschreven ziekenfondspatiënten weer van de experimentele groep, en de acht andere artsen die bij de P.M.D. in dienst zijn en waarvan gegevens over deze periode beschikbaar zijn. (De eerste vier artsen uit deze groep vormden de controlegroep).

		1976	1977	1978
Arts				
Experi- menteel	1	580	549	534
	2	589	524	517
	3	527	468	481
	4	549	516	473
	5	646	560	602
	6	564	532	507
-----				
Overi- gen	7	545	509	529
	8	701	619	652
	9	552	962	1004
	10	631	581	562
	11	595	699	603
	12	625	568	547
	13	516	181	202
	14	526	511	495
-----				
Alle Philips Artsen:		581	543	538

Tabel 13: Aantal verwijzingen per 1000 ziekenfondsverzekerden van de experimentele groep en de overige P.M.D. artsen: 1976-1978  
(Bron: LISZ)

Uit deze tabel kunnen we de volgende konklusies trekken:

Vanaf 1976 is er sprake van een daling in het totaal aantal verwijzingen/1000 ziekenfondspatiënten. Heel duidelijk zien we dat bij de experimentele groep, maar ook bij de meeste andere artsen is dit het geval. (Een uitzondering dienen we voor arts 9 te maken, wiens plotse-linge zeer sterke stijging voor ons onverklaarbaar is).

We zien ook dat het verwijscijfer van alle Philipsartsen samen vanaf 1976 daalt.

Een daling van het totaal aantal verwijzingen constateerden we op indirekte wijze ook aan het eind van hoofdstuk V.

Immers: de verwijsindex (verwijzingen op eigen initiatief/100 kontakten) en het aantal kontakten bleven vrij konstant. Het percentage verwijzingen op eigen initiatief nam toe, ergo: het totaal cijfer zakte. We konkludeerden toen dat juist een afname van het aantal verwijzingen waar de arts geen invloed op heeft weinig voor de hand liggend was, en dat juist deze verwijzingen wel minder nauwkeurig geregistreerd zouden zijn. Nu heeft het er de schijn van dat dit niet alleen het geval is.



Laten we de LISZ-cijfers eens verder bekijken.

Tabel 14 geeft voor alle Philipsartsen een uitsplitsing in een aantal belangrijke specialismes te zien. We hopen hiermee inzicht te krijgen in de plaats, waar we de afname van de verwijzingen kunnen situeren. Nemen alle specialismes evenveel af, of is de afname bij enkele gekoncentreerd.

	1976	1977	1978
Oogheekunde	122	111	110
K.N.O.	36	34	32
Chirurgie	127	110	89
Orthopaedie	36	32	29
Gynaecologie	35	31	32
Neurologie/Psychiatrie	36	31	32
Dermatologie	27	27	25
Interne	62	65	71
Cardiologie	24	27	31

Tabel 14: Verwijzingen/1000 verzekerden naar een aantal specialisten van 1976-1978.  
(Over alle artsen).

Als toevoeging bij tabel 14 kunnen we opmerken dat een daling bij de experimentele groep algemeen en duidelijk optrad voor chirurgie, K.N.O. en orthopaedie, en in iets mindere mate bij oogheelkunde.

Het tegendeel geldt voor cardiologie. Ook Interne en neurologie/psychiatrie gaf nauwelijks dalingen te zien.

Dit betekent dus dat de artsen uit de experimentele groep duidelijk de trend van de gehele groep volgde

De konklusie die we aan deze cijfers mogen verbinden, is dat de daling in het aantal verwijzingen/1000 verzekerden niet bij elk specialisme even sterk optrad, maar dat met name chirurgie een onevenredig groot deel hiervan voor zijn rekening nam. Daarna komen oogheelkunde, K.N.O., orthopaedie en neurologie/psychiatrie. Alle dalen met meer dan 10%. Nauwelijks daling of zelfs stijging zien we daarentegen bij dermatologie, interne geneeskunde en cardiologie.

De experimentele groep verschilt in deze hoegenaamd niet van de controle-groep.

Nu zijn in de groep specialismes waarbinnen het aantal verwijzingen daalt, de meeste specialismes opgenomen waarvan we vonden dat het percentage verwijzingen op eigen initiatief gering was. Met andere woorden: met name door de spectaculaire achteruitgang van het aantal verwijzingen naar chirurgie (33%) is relatief het aantal verwijzingen buiten initiatief van de arts sterker afgenomen dan het aantal verwijzingen op initiatief van de arts. Met als resultaat dat het aantal verwijzingen op eigen initiatief/100 kontakten vrij konstant blijft, terwijl het bruto aantal verwijzingen/1000 ingeschreven ziekenfondspatiënten daalt.

Onze eerste indruk, dat het dalend totaal aantal aan registratiemoetheid moet worden toegeschreven, dient dus herzien te worden.





Het bruto-aantal verwijzingen daalt wel degelijk, maar aangezien voornamelijk verwijzingen die vaak buiten de arts om geschieden, afnemen, blijft het aantal verwijzingen op eigen initiatief/100 kontakten konstant, en gaat deze laatstgenoemde soort verwijzingen ook een groter deel van het totaal uitmaken.



## HOOFDSTUK VII: KWALITATIEVE ASPEKTEN VAN DE VERWIJZING

### 1. Inleiding

Na de bespreking van de verwijs-index en de profielen, willen we in dit hoofdstuk nagaan, of er veranderingen zijn opgetreden gedurende het konsultatie projekt in de motieven die artsen hebben bewogen bij hun beslissing om te verwijzen, en in de beoordeling van de artsen van de klacht op de schaal somatisch-psychosociaal.

Motief en beoordeling zijn beide op te vatten als kwalitatieve aspecten van een verwijzing.

Een derde hoedanigheid van een verwijzing is in het vorige hoofdstuk al behandeld, n.l. op wiens initiatief dat plaats vindt. In de konklusies van dit hoofdstuk zullen we het initiatief tot verwijzing mede betrekken in onze beschouwing over kwalitatieve aspecten van de verwijzing.

Konsultatie richt zich op het functioneren van huisartsen bij psychosociale problemen. Wanneer het konsultatie projekt Eindhoven veranderingen teweeg brengt in het functioneren van de 6 PMD-artsen zullen die dan ook het eerst in de psychosociale sektor merkbaar zijn.

Daarom zullen de verwijzingen die als psychosociaal te benoemen zijn, er in deze nota apart worden uitgelicht.

In het vorige hoofdstuk hebben we reeds gezien dat het aantal verwijzingen naar psychosociale hulpverleners erg klein is. Zo klein zelfs dat er weinig zinnigs over op te merken was (behalve dan het feit dat het er zo weinig zijn). De verwijzingen naar psychosociale hulpverleners vormen echter niet de enige groep verwijzingen die we zouden willen rangschikken onder de noemer "psychosociale verwijzingen". Het gebeurt immers ook vaak dat een arts zijn patiënt naar een medisch of paramedisch hulpverlener verwijst, daarbij wetend dat er ook allerlei psychosociale aspecten een rol spelen bij de klachten.

Om deze groep verwijzingen op te sporen hebben wij de artsen bij elk van de verwijzingen op het verwijsformulier op laten tekenen wat hun oordeel is over de aard van de door hen verwezen klacht(en) op de dimensie organisch-psychosociaal. Zij kruisten daarvoor steeds één van de schaalpunten van de volgende 5-puntschaal aan:

- 1 geheel organisch
- 2 meer organisch dan psychosociaal
- 3 evenzeer psychosociaal als organisch
- 4 meer psychosociaal dan organisch
- 5 geheel psychosociaal

Daarnaast hebben de artsen opgetekend wat hun motief was om te verwijzen. Een viertal mogelijkheden kon worden aangegeven:

- 1 omdat ik onvoldoende weet
- 2 omdat ik onvoldoende kan behandelen
- 3 omdat ik niet meer wil
- 4 anders

We beperken ons in dit hoofdstuk tot verwijzingen op eigen initiatief. Immers dat zijn de verwijzingen die onder de invloedssfeer van de arts liggen, en we willen in dit hoofdstuk ook beoordelingen van de arts bekijken.



## 2. Beoordeling van de verwijzingen

Om eventuele veranderingen in de beoordeling te kunnen nagaan, hebben we van elke arts per periode een algemeen beoordelingsprofiel opgesteld van zijn verwijzingen op eigen initiatief.

In onderstaande tabel staat van elke arts in de drie meetperiodes aangegeven in welk percentage van de verwijzingen de klacht als puur somatisch werd beschouwd.

Periode Arts	I	II	III
1	59	75	73
2	53	54	48
3	55	53	57
4	56	64	58
5	74	81	80
6	66	97	98
Totaal:	61	73	69

Tabel 15 : Percentage verwijzingen waarbij de klacht als "puur organisch" werd beoordeeld van de zes artsen uit de experimentele groep in drie periodes (resp. juli - oktober 1977, juli - oktober 1978 en november 1978 - februari 1979).

Het eerste wat bij deze tabel opvalt, in alle drie de perioden, is het grote aantal puur organische verwijzingen, en het feit dat dat percentage in de loop van het konsultatie projekt is gestegen. Gezien het relatieve overwicht van de skore "organisch", nemen we ook bij de verdere analyse de schaalpunten 2 t/m 5 tesamen onder de titel "psychosociaal".

Deze benaming doet weliswaar onrecht aan het feit dat aan sommige van deze verwijzingen wel degelijk - soms zelf overwegend somatische kanten zitten, maar de pure aanwezigheid van een psychosociale komponent maakt deze verwijzingen voor ons interessant. Het is voornamelijk uit stilistisch oogpunt dat wij niet kiezen voor de meer terechte naam "voor een deel ook psychosociaal".

Als wij de diagnose 2 t/m 5 beschouwen als diagnose met een psychosociale komponent (hierna de psychosociale diagnose), dan zijn die gezakt in de loop van het konsultatie projekt.

Wanneer we niet alleen de totalen bekijken, maar ook letten op de verschillen tussen de zes artsen, dan zien we dat we deze konklusie moeten nuanceren.

De gestegen proportie organisch beoordeelde klachten, treffen we met name aan bij artsen 1 en 6. Arts 5 stijgt enigzins, maar dit is niet signifi-



kant te noemen. Bij artsen 2,3 en 4 wordt in elke periode ongeveer 50 à 60% van de verwijzingen op eigen initiatief somatisch beoordeeld. Letten we per meetperiode op verschillen tussen artsen, dan kunnen we in de eerste meetperiode artsen 2,3 en 4 als één groep zien. Ze beoordelen minder verwijzingen somatisch dan artsen 5 en 6. Arts 5 neemt significant meer verwijzingen als somatisch waar dan arts 1. In de tweede meetperiode zijn artsen 2 en 3 het minst somatisch gebleven. De anderen zijn allen somatischer gaan kijken: arts 4 neemt nu meer verwijzingen als somatisch waar dan artsen 2 en 3; arts 1 en arts 5 meer dan artsen 2,3 en 4; arts 6 vindt in de tweede meetperiode vrijwel alle verwijzingen puur somatisch en verschilt zo van alle vijf andere artsen. In de derde meetperiode is dit beeld goeddeels gestabiliseerd: alleen in de onderste regionen treedt enige verschuiving op, zodat nu arts 2 nu het minste aan verwijzingen als somatisch ziet, gevolgd door artsen 3 en 4. Vervolgens komen arts 1 en arts 5, en arts 6 blijft vrijwel elke verwijzing als puur somatisch zien.

Het is interessant om de gegevens die we hier gevonden hebben eens te vergelijken met de resultaten van het deelonderzoek "sensitiviteit voor psychosociale problemen". Ten behoeve van dat deelonderzoek hebben de artsen immers gedurende 10 dagen alle klachten die ze op hun spreekuur aangeboden kregen geturfd op dezelfde 5-punt schaal die ook in het deelonderzoek "verwijzen" gebruikt is. Daar werden alle patiënten die op het spreekuur kwamen beoordeeld, hier alleen de patiënten die verwezen zijn. In onderstaande tabel staan de cijfers van de beoordelingen bij het deelonderzoek "verwijzen" en "sensitiviteit voor psychosociale problemen". De cijfers m.b.t. verwijzen hebben betrekking op de eerste en de laatste meetperiode, teneinde zo goed mogelijk met de sensitiviteitscijfers overeen te stemmen.

arts	Beoordeling verwijzingen		Beoordeling alle klachten	
	1e meetperiode	3e meetperiode	voormeting	nameting
1	59	73	52	59
2	53	48	33	29
3	55	57	57	60
4	56	58	60	42
5	74	80	59	33
6	66	98	35	58

Tabel 16 : percentages organisch beoordeelde klachten binnen de verwijzingen en in het algemeen.

Afgezien van arts 3, die in elke periode en bij elk meetinstrument blijkt geeft van een roerende konstantie, zien alle artsen in hun konsulten meer psychosociale klachten dan binnen de steekproef die gevormd wordt door de patiënten die op eigen initiatief verwezen worden. De verdeling van de zes artsen naar beoordeling van hun verwijzingen is echter duidelijk





anders dan de verdeling van de artsen wanneer gelet wordt op de beoordeling van alle konsulten.

Ook de verschillen tussen voor- en nameting lopen niet honderd procent parallel: arts 4 verandert niet wat betreft het beoordelen van zijn verwijzingen, maar gaat in het algemeen meer klachten als psychosociaal zien; arts 5 verandert enigszins in het beoordelen van verwijzingen, (en hij beoordeelt iets minder verwijzingen psychosociaal aan het eind) maar gaat veel meer klachten in het algemeen als psychisch beoordelen.

Kortom, van de doorsnee patiënt die men op het spreekuur ziet, beoordeelt men de klacht eerder als "psychosociaal", dan van de patiënt die men verwijst.

Voorts wil een toegenomen sensitiviteit voor psychosociale problemen in de algemene praktijk situatie nog niet zeggen dat men dus ook verwijzingen vaker als psychosociaal gaat betitelen.

We zullen nu eerst nagaan, in hoeverre de veranderingen die hierboven in globale zin gekonstateerd zijn, in de diverse onderdelen van het verwijzingsprofiel zichtbaar zijn. Tevens zullen we nagaan of de veranderingen zich geleidelijk in diverse leeftijds- en geslachtskategorieën voltrokken.

Binnen het verwijzingsprofiel kunnen we twee grote groepen onderscheiden die begripmatig gezien van betekenis zijn voor het onderzoek, voldoende aantallen verwijzingen bevatten om tot interpreteerbare resultaten te kunnen leiden en voldoende spreiding in beoordeling hebben om interessant te zijn; we onderscheiden de verwijzingen naar de medisch specialisten en naar de paramedische beroepen (fysiotherapie, diëtiste, vroedvrouw). Psychosociale verwijzingen (maatschappelijk werk, A.G.G.Z., andere psychosociale hulpverleners) zijn in dit laatste opzicht niet interessant, omdat elke psychosociale verwijzing automatisch als niet organisch wordt beoordeeld.

De categorieën E.H.B.O., wijkverpleegkundige, gezinshulp en bedrijfsarts laten we verder buiten beschouwing: er wordt weinig naar verwezen en/of de beoordeling van die verwijzingen is altijd hetzelfde.

In tabel 15 geven we aan hoe per arts, per periode de beoordeling van de verwijzingen naar de twee hoofdgroepen was:

Periode	Medische specialisten			Paramedische beroepen		
	I	II	III	I	II	III
Arts						
1	67	82	79	43	71	61
2	64	58	56	41	57	41
3	60	60	60	48	32	59
4	64	67	63	36	64	43
5	82	89	84	83	86	80
6	69	98	98	64	100	98

Tabel 17: Percentage somatisch beoordeelde verwijzingen naar medisch specialisten en naar paramedische beroepen gedurende drie perioden.



We zien dat in het algemeen de artsen een verwijzing naar een medisch specialist relatief wat minder vaak psychosociaal beoordelen dan het totaal aan verwijzingen; de verwijzingen naar paramedische hulpverleners zijn relatief wat vaker psychosociaal beoordeeld, terwijl die naar maatschappelijk werk, A.G.G.Z., e.d., zoals gezegd, altijd psychosociaal beoordeeld werden.

Wanneer we de artsen onderling vergelijken, zien we dat de differentiatie tussen de artsen in grote lijnen binnen alle twee de subgroepen wordt teruggevonden: bij de medisch specialisten neemt in de eerste meetronde arts 5 significant minder psychosociale klachten waar dan de vijf anderen; in de tweede en de derde meetronde blijven de artsen 2,3 en 4 ongeveer op een gelijk niveau, boven 1 en 5, terwijl 6 vrijwel geen psychosociale klachten meer ziet in zijn verwijzingen naar medisch specialisten.

Wanneer we de getallen betreffende de medisch specialisten verder uitsplitsen per specialisme, blijkt dat niet elk specialisme evenzeer aan verandering onderhevig is. De grootste verschillen in percentage waargenomen psychosociale klachten tussen artsen vinden we bij de verwijzingen naar de internist, gynaecoloog, dermatoloog, keel-neus-en-oorarts en psychiater. Weinig verschil is er tussen de artsen in beoordeling van verwijzingen op eigen initiatief naar oogarts, chirurg, en - in mindere mate - orthopaed.

Dezelfde verdeling zien we, wanneer we letten op de verschillen tussen meetrondes per arts: een arts vertoont de grootste verschillen bij de beoordeling van verwijzing naar de psychiater, dermatoloog, gynaecoloog, k.n.o.artsen, internist, de kleinste bij verwijzing naar oogarts en chirurg.

Resumerend kunnen we zo het volgende konkluderen: de overall-konklusie dat arts 1 en 6 minder verwijzingen als psychosociaal gaan beschouwen in de loop van het konsultatieprojekt, en dat artsen 2,3 en 4 relatief het meest verwijzingen als "psychosociaal" beoordelen blijkt zowel binnen de groep "medisch specialisten" als binnen de groep "paramedische hulpverleners" op te gaan. Bij de eerst genoemde groep zijn specialismes als oogheelkunde, chirurgie en orthopaedie minder gevoelig voor verandering in dit opzicht dan de andere specialismes.

Het verband tussen beoordeling van de klacht en degene waarnaar verwezen wordt, kunnen we ook nog in de omgekeerde zin beschouwen: naar wie wordt een patiënt, wiens klacht psychosociaal wordt beoordeeld, verwezen in de drie periodes?

Bij elke arts staat de medisch specialist in dit opzicht weer bovenaan, hoewel in minder sterke mate dan het geval was toen we alle verwijzingen op eigen initiatief in beschouwing namen (zie hoofdstuk V.4: het algemeen verwijsprofiel). Voorts neemt dit aandeel van de medisch specialisten in de psychosociaal beoordeelde verwijzingen toe in de loop van de tijd.

Op de tweede plaats komen de paramedische beroepen: relatief worden psychosociale klachten ongeveer evenveel naar hen verwezen als somatische klachten. Het aandeel van de paramedische beroepen in de psychosociale verwijzingen neemt af bij arts 2 en arts 3 (N.B. arts 6 heeft in de tweede en derde meetperiode überhaupt nauwelijks psychosociale verwijzingen) en toe bij arts 4 en arts 5.



In de eerste meetperiode komt de wijkverpleging regelmatig in aanmerking als verwijs mogelijkheid voor psychosociale klachten. In de tweede en derde meetronde komt dit vrijwel niet meer ter sprake. Het is mogelijk dat dit type verwijzing in de loop van de tijd steeds slordiger geregistreerd is, wat ook de relatieve toename van de andere verwijsmogelijkheden verklaart.

Maatschappelijk werk en A.G.G.Z. ten slotte nemen bij de meeste artsen in het begin een vrij gering deel van de psychosociale verwijzingen voor hun rekening (behalve bij arts 5 overal minder dan 10%).

Dit aandeel is in de tweede meetperiode wat toegenomen, maar daalt weer in de derde periode (behalve bij arts 2).

In de volgende paragraaf, waarin we de motieven om te verwijzen van de artsen beschrijven, zullen we nagaan in hoeverre het motief om psychosociale klachten te verwijzen nog veranderd is.

### 3. Motief voor verwijzing

Zoals aan het begin van deze paragraaf is gesteld, is naast het oordeel van de arts met betrekking tot de al dan niet psychosociale geaardheid van de verwijzing, ook zijn motief om te verwijzen vastgelegd.

In hoofdstuk II is al ingegaan op de driedeling die in dit opzicht te maken was. Een arts kan verwijzen:

- omdat hij onvoldoende weet
- omdat hij onvoldoende kan
- omdat hij met een patiënt niet meer verder wil

Opgemerkt werd dat vooral in dit laatste opzicht veranderingen in verwijzingspatroon verwacht zouden moeten worden, omdat in het konsultatieproject expliciet aandacht zou worden besteed aan het functioneren van de huisarts bij voor hem moeilijke patiënten. De tweede categorie is interessant omdat hierin een stuk van de keuze tussen zelf behandelen en verwijzen ligt besloten, hetgeen vooral met betrekking tot psychosociale verwijzingen en verwijzingen naar een psychosociale hulpverlener zou kunnen veranderen onder invloed van konsultatie.

We zullen in deze paragraaf nagaan of er sprake is van een verwijzing in de motieven voor de zes artsen om tot een verwijzing over te gaan, waarbij met name de genoemde categorieën in de beschouwing betrokken zullen worden. Volgens het gebruikelijke patroon bekijken we eerst de cijfers over de hele linie, om vervolgens de analyse toe te spitsen op deelonderwerpen.

Deze motieven om een patiënt te verwijzen veranderden bij de verschillende artsen op diverse manieren: In het algemeen komt het motief "omdat een arts niet verder wil met een patiënt" weinig voor. De meest voorkomende categorie "ter therapie", neemt in de loop van het onderzoek toe bij artsen 2 en 6, terwijl bij de andere artsen een lichte toename in verwijzingen "ter diagnose" te bespeuren valt.

Interessanter is het evenwel om te zien of de motivatie van verwijzingen met betrekking tot psychosociaal beoordeelde klachten en/of naar psychosociale hulpverleners aan verandering onderhevig is geweest.



Wat dit laatste betreft: juist naar psychosociale hulpverlening toe gaat de genoemde driedeling niet op (althans in de wijze waarop de experimentele groep deze driedeling interpreteerde): vrijwel elke verwijzing naar een psychosociale hulpverlener wordt betiteld als: "omdat ik onvoldoende kan", en niet, zoals de verwachting der onderzoekers was: "omdat ik met de patiënt niet verder wil". Deze categorie kwam überhaupt weinig voor, maar wanneer hij genoemd werd ging het om een verwijzing naar een medisch specialist of een paramedisch beroep (bijvoorbeeld verloskundige). Letten we ten slotte op de motivatie om klachten die als psychosociaal beoordeeld werden te verwijzen.

Bij één arts (arts 1) worden deze klachten relatief meer verwezen "omdat hij het zelf niet kan", dan somatisch beoordeelde klachten. Artsen 3, 4 en 5 verwijzen klachten met een psychosociale component vaker 'ter diagnose' dan somatisch beoordeelde klachten. En bij artsen 2 en 6 maakt het weinig verschil of ze een klacht psychisch of somatisch beoordelen.

Deze verhouding is overigens aan het begin en het eind van het onderzoek nagenoeg gelijk. Wanneer we de motivatie "omdat ik niet verder wil met deze patiënt" aan een nader onderzoek onderwerpen, worden klachten die met deze motivatie verwezen worden door artsen 1, 5 en 6 in het begin veelal psychosociaal beoordeeld; voorzover deze motivatie nog voor komt gaat het bij deze artsen in de laatste maanden bijna uitsluitend om somatisch beoordeelde klachten.

Bij arts 2 ligt dat precies andersom: de keren dat hij in het begin iemand verwijst omdat hij niet verder wil, betreft het somatisch beoordeelde klachten aan het eind heeft de helft van deze verwijzingen betrekking op niet puur somatische klachten.

Artsen 3 en 4 ten slotte verwijzen vrijwel uitsluitend patiënten met somatische klachten met deze motivatie.

Deze resultaten dwingen ons enige verwachtingen te herzien. Aangezien de Eindhovense artsen maar weinig patiënten verwezen "omdat ze met de patiënt niet verder willen", kan dit ook niet veranderen onder invloed van konsultatie. Blijkbaar doen dergelijke problemen zich in de ogen van de deelnemende artsen niet zo vaak voor; wat de keuze tussen zelf behandelen en verwijzen betreft:

de uitkomsten wijzen niet ondubbelzinnig in één bepaalde richting: weliswaar neemt bij twee artsen de categorie "ter therapie verwijzen" toe, en bij de anderen de categorie "ter diagnose", maar toename van de één impliceert nog niet afname van de ander. In het algemeen nam de categorie "ter diagnose" of "ter therapie" toe ten koste van de twee restcategorieën ("niet verder wil" en "anders").

Verwijzingen naar psychosociale hulpverleners blijken hoofdzakelijk te geschieden opdat een deskundige de behandeling overneemt.

Wellicht is de door ons gehanteerde driedeling in deze gevallen minder op zijn plaats dan we vermoedden.

Al met al moeten we konkluderen, dat in de door ons gehanteerde vorm het motief van de verwijzing niet op een interpreteerbare manier veranderde. De globale doelstelling van het konsultatieproject: verbetering van de relatie tussen eerste en tweede lijn, komt niet tot uiting in de motieven waarmee artsen hun patiënten verwijzen.





#### 4. Konklusie

Drie kwalitatieve aspecten van het verwijzen zijn in de afgelopen hoofdstukken behandeld. In hoofdstuk V gingen we onder meer na wie het initiatief tot een verwijzing nam. In het hoofdstuk dat we nu afsluiten, zijn de beoordeling van de verwijzing - organisch of psychosociaal - en de redenen van verwijzing aan bod gekomen.

Veranderingen in deze opzichten die ondubbelzinnig tot de konsultatiesituatie waren terug te voeren, deden zich niet voor. In meer algemeen opzicht zijn er echter wel enige interessante resultaten uit de bus gekomen. We zullen deze hier kort samenvatten en bekomentariëren.

Het initiatief om een patiënt te verwijzen, blijkt lang niet altijd van de arts afhandelbaar te zijn: met name de verwijzing naar een medisch specialist geschiedt in meer dan 60 procent van de gevallen niet op initiatief van de arts, 20 à 40 procent van de verwijzingen naar paramedische beroepen geschiedt evenmin op initiatief van de arts. Naar andere categorieën werd slechts zelden buiten de huisarts om verwezen. Dit veranderinge enigszins in de loop van het konsultatieproject: bij vijf artsen nam het percentage verwijzingen op eigen initiatief met 5 à 8 procent toe. De toename van het percentage verwijzingen dat op initiatief van de arts geschiedde kan op twee manieren verklaard worden.

Op de eerste plaats hebben we kunnen konstateren dat in het algemeen bij P.M.D. artsen (niet alleen bij de experimentele groep) blijkens de LISZ-cijfers een daling in het aantal verwijzingen per 1000 verzekerden optrad. Daar staat tegenover dat volgens onze registratie de verwijsindex (aantal verwijzingen op eigen initiatief per 100 contacten per week) vrij konstant bleef. Dit zou betekenen dat binnen een teruglopend absoluut aantal verwijzingen die verwijzingen die op initiatief van de arts geschieden een groter aandeel kregen. Een tweede mogelijkheid is in de konklusie van hoofdstuk V geopperd en deze moeten we eveneens als reëel onder ogen blijven zien. Er blijven tekenen van toenemende registratie-onnauwkeurigheid in de loop van de anderhalf jaar dat de registratie duurde: grotere schommelingen in de cijfers, het verdwijnen van sommige kleine categorieën, waarbij de verwijzing een min of meer administratief karakter hebben en een toenemend clichématig "invulpatroon". Reeds eerder is dan ook geopperd dat het registreren van verwijzingen op initiatief van de arts minder vatbaar is voor dergelijke onnauwkeurigheid dan het registreren van verwijzingen die buiten de arts om gaan.

Een ander kenmerk van verwijzingen waarover dit onderzoek informatie verschaft, is het oordeel dat de arts heeft over het al dan niet psychisch zijn van de klacht waarvoor hij verwijst. Dit oordeel blijkt tussen artsen nogal te verschillen, evenals dit het geval is wanneer hij klachten op zijn spreekuur op deze wijze moet beoordelen. Verder wordt een klacht waarvoor men naar een fysiotherapeut verwezen wordt vaker psychosociaal benoemd dan een klacht waarvoor naar de specialist verwezen wordt, en zijn er binnen de specialisten ook weer duidelijk verschillen aan te merken. Een laatste interessant gegeven is het feit dat het oordeel van de artsen over de aard van verwijzingen naar internist, gynaecoloog, dermatoloog, psychiater en K.N.O.-arts sterk uiteen loopt, zowel tussen meetrondes als tussen artsen, terwijl men het wel eens is over het vaste, kleine percentage psychosociale verwijzingen naar chirurg en oogarts.



Naar aanleiding van analyse van het motief waarom men verwees, zijn de bevindingen vrij negatief. Van de driedeling: because I do not know - because I cannot do - because I need moral support bleek de laatste categorie maar weinig voor te komen. De verdeling tussen de eerste twee mogelijkheden en de ontwikkeling daarvan in de tijd, leverde per arts een eigen patroon op.

Naar psychosociale hulpverleners werd hoofdzakelijk verwezen "omdat de arts het niet zelf kan". Psychosociaal beoordeelde klachten werden door verschillende artsen weer met verschillende intenties verwezen.

De weinige klachten die men verwees, omdat men met de patiënt niet verder wilde, waren in het begin vaak diè klachten die men als psychosociaal beoordeelde, maar later ging het veelal om puur somatische klachten, behalve bij arts 2, die een omgekeerde ontwikkeling vertoonde.

De kleine aantallen waar het hier om gaat dwingen echter tot grote voorzichtigheid bij de interpretatie van deze gegevens.



## HOOFDSTUK VIII: SLOTBESCHOUWING

### 1. Inleiding

We sluiten dit deelrapport over verwijzen en konsultatie af met een slotbeschouwing. Hierin gaan we eerst in op de mate waarin de van te voren gestelde hypothesen zijn uitgekomen. Daarna wijden we een korte beschouwing aan verwijzen in het algemeen.

Ten slotte willen we ingaan op de meettechnische problemen waarop we gedurende dit onderzoek gestuit zijn.

### 2. Verwachtingen en resultaten

In hoofdstuk III formuleerden we een vijftal verwachtingen omtrent de invloed van het konsultatieprojekt op de verwijzingen van de artsen. We zullen deze verwachtingen hier nogmaals weergeven, maar nu voorzien van kommentaar aan de hand van de onderzoeksresultaten.

1. *Veranderingen in de verwijzingen op eigen initiatief van de arts zijn waarschijnlijk de veranderingen in de verwijzingen die buiten de direkte invloedssfeer van de arts liggen.*

Op het eerste gezicht lijkt gedurende de konsultatieperiode het omgekeerde gebeurd te zijn van de hierboven uitgesproken verwachting. Vanaf 1976 zagen we het totaal aantal verwijzingen afnemen, niet alleen bij de zes artsen uit de experimentele groep, maar ook bij de artsen uit de controlegroep. Bij de experimentele groep bleef echter het aantal verwijzingen op eigen initiatief, per 100 konsulten per week vrij konstant. We zagen dus ook dat het percentage konsulten op eigen initiatief een groter deel van het totaal ging uitmaken.

Er lijkt zo wel sprake van verandering te zijn, maar uit onze gegevens zouden we konkluderen dat deze verandering buiten de artsen om geschiedt - hun verwijsneiging wordt blijkbaar niet aangetast - en zodoende ook niet op het konto van het konsultatieprojekt kan worden geschreven.

Bij één arts zagen we overigens in dit opzicht meer verandering, dan bij de overigen: bij arts 5 was sprake van een duidelijke daling van het aantal verwijzingen naar medische specialisten, die echter gepaard ging met een daling in zijn kontaktfrekwentie. Zijn verwijsneiging bleef zo gelijk, maar richtte zich met name relatief meer op de paramedische beroepen en maatschappelijk werk.

De verklaring hiervoor vonden we in de praktijkreorganisatie die arts 5 gedurende de laatste maanden van het konsultatieprojekt meemaakte. Dit neemt niet weg dat de deelname aan het konsultatieprojekt op indirecte wijze zijn bijdrage leverde aan bepaalde verminderingen bij deze arts. Op zich kwam deelname aan het konsultatieprojekt bij onder meer deze arts voort uit onvrede met zijn eigen funktioneren. Dit werd tijdens diverse konsultatiezittingen ook ter sprake gebracht. Weliswaar werd de kwantiteit van het verwijzen niet aan de orde gesteld tijdens de bijeenkomsten, maar zeker bij arts 5 droeg konsultatie wel bij tot een herbezinning op het funktioneren in het algemeen (Vergelijk ook Eind-evaluatie en Procesanalyse van het konsultatieprojekt).



Geringe verandering in de hoogte van de verwijscijfers was ook door alle artsen te voren voorzien. De konsultatiegevers voorzagen voornamelijk veranderingen in het aantal verwijzingen naar psychosociale hulpverleners. We zagen in de verwijsprofielen dat deze verwijzingen een te gering aantal van het totaal uitmaakte om van invloed te kunnen zijn op het totaalcijfer.

2. *Veranderingen in de verwijzingen naar de R.P.I. zijn waarschijnlijk dan veranderingen in de verwijzingen naar andere hulpverleners of hulpverlenende instanties.*
3. *Veranderingen in de verwijzingen naar psychosociale hulpverleners of hulpverlenende instanties zijn waarschijnlijk dan veranderingen in de verwijzingen naar somatische hulpverleners.*

Deze beide verwachtingen zijn zonder meer niet uitgekomen. In vergelijking met de voormeting wordt meer verwezen naar het maatschappelijk werk (door arts 1, arts 2 en arts 5), maar dit kan niet zozeer toegeschreven worden aan de kennismaking met deze discipline in het konsultatieproject, maar veeleer aan de veranderde structuur van de P.M.D..

Van de diensten van A.G.G.Z.-instellingen werd zowel aan het begin als het einde van het projekt slechts sporadisch gebruik gemaakt.

In dit opzicht kunnen we ook niet zeggen dat de R.P.I. zich van de andere instellingen onderscheidt. Slechte registratie op dit gebied is natuurlijk mogelijk; letten we echter op de resultaten van de controle met behulp van L.I.S.Z.-cijfers (Hoofdstuk IV.4 ) dan zien we onmiddellijk dat degenen die blijkens deze controle nauwkeurig registreren, niet méér verwijzingen naar psychosociale hulpverleners registreren, dan de artsen die wat slordiger hun verwijzingen noteerden.

Het aantal verwijzingen naar de R.P.I. (zes, drie en twee in de drie meetperiodes), staat in tegenstelling tot de verwachtingen van met name de konsultatiegevers. In het algemeen werd verwijzing naar psychosociale hulpverleners gezien als de categorie die het meeste kans maakte om onder invloed van konsultatie te veranderen, maar binnen deze categorie werd de R.P.I. met name genoemd; een toegenomen aantal verwijzingen naar deze instelling zou een goede indicatie zijn voor het feit dat eerste en tweede lijn nader tot elkaar gekomen waren.

4. *Veranderingen in de verwijzingen met als motivatie "een vastgelopen arts-patiënt relatie" zijn waarschijnlijk dan veranderingen in de overige typen verwijzingen.*

"Een vastgelopen arts-patiënt relatie" stond bij de vaststelling gelijk met de motivatie om te verwijzen "omdat ik niet verder wil met de patiënt". Op de eerste plaats moet gezegd worden dat deze motivatie niet vaak genoemd wordt. Verder heeft de gehanteerde omschrijving ook tot andersoortige interpretaties geleid: een aantal verwijzingen naar de vroedvrouw met deze motivatie doen vermoeden dat de arts in het algemeen best verder wil met die patiënt, maar deze specifieke klacht - zwangerschap - niet tot zijn taak als arts rekent.





Ten slotte wordt juist naar psychosociale hulpverleners weinig verwezen met deze motivatie: indien de problemen in de arts-patiënt relatie gezocht werden zou men verwachten dat deze motivatie vaker voorkwam bij verwijzingen naar psychosociale hulpverleners dan verwijzingen naar specialisten.

5. *Veranderingen in de verwijzingen met een psychosociale indicatie zijn waarschijnlijk dan verwijzingen op louter somatische indicatie.*

Achtergrond van deze verwachting was, dat klachten die met een psychosociale indicatie worden verwezen vaak niet terecht komen, waar ze zouden horen: klachten met een psychosociale achtergrond die toch in het medisch kanaal terecht komen, met alle gevaren van somatische fixatie en dergelijke. Zoals we in hoofdstuk VII.2 en VII.3 zagen, is in dit opzicht weinig veranderd: naarmate het konsultatieproject zijn beëindiging naderde, werden psychosociale klachten in het algemeen vaker naar de medisch specialist en bij twee artsen ook vaker naar paramedische beroepen verwezen. De wijkverpleging, die in de voormeting regelmatig genoemd werd bij zulke verwijzingen, verdween vrijwel geheel uit het blikveld, maar de veronderstelling lijkt gewettigd dat hier sprake is van een toenemende onderreporting. Maar wat niet gebeurde in de mate waarin dat wellicht gehoopt werd, is een toenemend aandeel van maatschappelijk werk, R.P.I. of anderzootige A.G.G.Z.-instellingen. Dit aandeel nam in het begin wel toe, (wanneer we de voormeting met een jaar daarna vergelijken), maar aan het eind van het konsultatieproject was dit weer teruggezakt.

Ook als we kijken naar de motieven waarmee men psychosociale klachten verwees, zien we geen ontwikkeling die in de richting van de hier uitgesproken verwachting gaat; psychosociaal beoordeelde klachten worden in het algemeen vaker ter diagnose dan ter therapie verwezen door drie artsen, en vaker ter therapie door één arts dan somatisch beoordeelde klachten. Dit verandert niet gedurende het project.

Wat niet het geval was, was dat psychosociale klachten minder verwezen werden omdat de arts niet verder wilde met de patiënt, vanwege het feit dat psychosociale klachten nauwelijks met die motivatie verwezen werden.

3. Verwijzen in het algemeen

Ondanks het feit dat de onderzochte verwijzpatronen onder invloed van het konsultatieproject weinig verandering vertoonden, zijn we toch veel te weten gekomen over het verwijzen door de huisarts. De opzet van het onderzoek was er niet naar om te kunnen spreken over toetsend onderzoek naar verwijzmechnismen bij de huisarts. We bestudeerden op intensieve wijze een beperkt aantal artsen die allen in een vrij uitzonderlijke situatie zitten (de Philips Medische Dienst). Maar wel kunnen gegevens uit dit onderzoek dienen om hypothesen te genereren voor later, toetsend onderzoek, dat een noodzakelijke aanvulling kan betekenen voor de al verrichte onderzoeken op macro-niveau. Om immers de mechanismes bloot te kunnen leggen, die een huisarts bewegen om al dan niet een patiënt te verwijzen, is het niet voldoende om de structuren, waarbinnen de huisarts werkt, te bestuderen, maar zullen ook zijn motieven, taakopvatting, werkstijl, en dergelijke verdiskonteerd moeten worden.



Wat zijn we hierover in dit onderzoek te weten gekomen ?

Het belangrijkste is wellicht de vaststelling dat de verwijsindex een maat is die voor elke arts zeer stabiel is, en die differentieert tussen artsen: gelet op het aantal verwijzingen op eigen initiatief per 100 kontakten per week kan gesproken worden van een verwijsneiging. Een neiging die zich niet laat verklaren uit structurele factoren als afstand tot het ziekenhuis, percentage bejaarden in de praktijk, of praktijkgrootte. Evenmin vormt de leeftijds- of geslachtsopbouw van de praktijk een verklaring voor de gevonden verschillen.

Een tweede resultaat, dat gevolgen heeft voor verder onderzoek naar het verwijzen van de huisarts is het betrekkelijk gering aantal verwijzingen dat op initiatief van de huisarts plaatsvindt. Wil men, om het verwijs-cijfer in te dammen, zich richten op de huisarts, dan kan alleen het aantal verwijzingen op initiatief van de arts beïnvloed worden, en dit blijkt nog niet de helft van het totaal te zijn. Het belang van uitsplitsing van verwijscijfers in verwijzingen op initiatief van de arts en verwijzingen buiten de arts om en het ontwikkelen van verschillende verklaringsmodellen voor beide typen verwijzingen lijkt duidelijk.

Dan is er nog een resultaat dat onze aandacht verdient: aan een belangrijk deel van de klachten die naar medische specialisten verwezen worden (namelijk 20% tot 40%), en aan nog meer verwijzingen naar paramedische specialisten blijken volgens de arts psychosociale facetten te zitten. En andersom komen van de meeste psychosociaal beoordeelde klachten bij deze hulpverleners terecht, en niet bij de A.G.G.Z., maatschappelijk werk, of iets dergelijks. Dit gegeven is in feite voor elke specialist, fysiotherapeut, etc. van groot belang.

Zo zijn er, zonder dat konsultatie hier nu blijkbaar op van invloed is geweest, een aantal aspecten van het verwijzen van huisartsen duidelijker geworden; of misschien moeten we zeggen, het is duidelijker geworden op welke aspecten van het verwijzen van de huisarts men zich zal moeten richten, om het belang ervan in de toekomst beter in te kunnen schatten.

#### 4. Onderzoekstechnische inzichten

Behalve een inzicht in het effect van konsultatie op verwijscijfers en in verwijzpatronen in het algemeen heeft dit verwijsonderzoek nog op een andere wijze tot kennisvermeerdering bijgedragen. Het verrichten van dit onderzoek leverde een hoeveelheid praktische kennis op met betrekking tot operationalisatie van theoretische begrippen, registratie hiervan gedurende langere tijd, en het werken in een veldexperiment met een controlegroep. Op enige aspecten hiervan zullen we kort ingaan.

De gehanteerde begrippen bleken in het algemeen eenduidig op te vatten: het was mogelijk om ondubbelzinnig iets al dan niet als een verwijzing volgens onze definitie (zie p.6 ) op te vatten, en aan te geven op wiens initiatief dat geschiedde. Twijfels bestaan er over de manier waarop "het motief tot verwijzing door de diverse artsen is geïnterpreteerd. I.t.t. andere variabelen gaf de verdeling van de verschillende



waarden hier bij elke arts een vrij uniek patroon te zien. Verder bleek de skore "omdat ik niet verder wil met deze patiënt" minstens op twee gronden toegekend te worden: men kan "niet verder willen" op emotionele gronden - zo was het ook bedoeld: "because I need moral support" -, maar ook op technische gronden; bijvoorbeeld verwijzingen naar de vroedvrouw werden soms gedaan met als reden: "omdat ik niet verder wil". De suggestie wordt hier in ieder geval gewekt dat deze verwijzing een gevolg is van de taakopvatting van de arts, en dat hij niet verder wil, omdat hij het zijn taak niet vindt. Een ander motief, dat moeilijk in de door ons gehanteerde driedeling is onder te brengen, is de verwijzing ter geruststelling van de patiënt.

Mocht de operationalisatie van het begrip "verwijzing" niet zoveel problemen opleveren, in de praktijk merkten we dat met name de "randgevallen" in de loop van de tijd slechter geregistreerd werden. Het merendeel van de verwijzingen - naar de specialist- waren "klassieke" gevallen: een arts moet daarvoor toch altijd een verwijskaart voor schrijven, er wordt veelal routinematig contact over onderhouden, en het registreren ervan geschiedt - voorzover na te gaan - onproblematisch.

Anders ligt dit met b.v. een verwijzing naar de wijkverpleging. Gezien het feit dat dit soort verwijzingen hoofdzakelijk het eerste halfjaar voorkwamen, doet vermoeden dat het veel lastiger is om te onthouden dat ze geregistreerd moeten worden, omdat gewoonlijk dergelijke verwijzingen informeler geschieden, en er dus geen routine bestaat van het invullen van een formulier. In nieuw onderzoek zal hier speciale aandacht aan besteed moeten worden. Dit geldt overigens voor elk type verwijzing, waar de arts gewoonlijk weinig bemoeienis mee heeft.

Verder moge het belang van een goed contact met de assistente, en het af en toe vernieuwen van instructies aan een ieder duidelijk zijn.

Deze problemen worden deels opgelost bij de experimentele groep door het voortdurende contact dat men uiteraard met deze artsen toch al heeft. Echt lastig wordt het met de kontrolegroep, waarmee men op zich veel minder contact heeft, en waarvoor het ook veel moeilijker is om de gevraagde motivatie op te brengen. De experimentele groep neemt deel aan een experiment, en hoopt daar ook zijn profijt van te hebben, een goede kontrolegroep hoort bij wijze van spreken nog geen eens te merken dat er iets aan gemeten wordt. Ook in andere rapportages n.a.v. het konsultatieprojekt zijn we op deze problematiek ingegaan (vgl: Eindeva-luatie en Voorschrijven van Medicijnen). Het dilemma van een kontrolegroep is gelegen in het volgende: enerzijds moet een kontrolegroep bestaan uit een willekeurige groep artsen, op essentiële kenmerken overeenkomend met de experimentele groep, maar zonder de experimentele konditie te ondergaan. Anderzijds moet de groep enthousiast gemaakt worden voor het verrichten van extra werk, dat niet gehonoreerd wordt met extra kennis, een verbetering van de werksituatie of iets dergelijks. Het probleem is dan gelegen in de vraag hoe je de groep laat meedraaien in het onderzoek, zonder ze het effect van een dergelijke participatie (Hawthorne effect) te laten ondergaan.

In ieder geval heeft het voorbeeld van Eindhoven aangetoond, dat een langdurige registratie alleen dan betrouwbaar kan geschieden, wanneer voortdurend nagegaan wordt, of de interpretaties niet veranderen,



de aandacht verflauwt, of allerlei andere onvoorziene omstandigheden gaan interfereren. In hoeverre dit weer in strijd raakt met de eis dat een controlegroep niet beïnvloed mag worden, is een vooralsnog onopgeloste kwestie.

### 5. Samenvatting

In deze slotbeschouwing zijn achtereenvolgens drie onderwerpen aan de orde gekomen.

Allereerst gingen we in op de mate waarin de resultaten van dit verwijsonderzoek overeenstemden met de verwachtingen die hierover tevoren waren geformuleerd. In dit opzicht moet van enige teleurstelling gesproken worden. Hoewel er wel enige veranderingen te konstaten waren, kan niet ondubbelzinnig gezegd worden dat deze op het konsultatieprojekt terug te voeren zijn. In het algemeen gesproken kan noch gezegd worden dat konsultatie de verwijspatronen van de artsen heeft veranderd, noch dat de relatie tussen eerste en tweede lijn aanzienlijke veranderingen heeft ondergaan.

Vervolgens gingen we na wat het projekt heeft opgeleverd aan kennis over verwijzen op het analyse niveau van de huisarts. In dit opzicht **draagt** dit onderzoek bij aan de schaarse kennis die er op dit gebied momenteel bestaat.

Ook kan gesproken worden van enige kennisvermeerdering op het gebied van de te hanteren meettechnieken. Een aantal problemen op dit gebied worden besproken en er worden suggesties voor mogelijke verbeteringen gedaan.





LITERATUURLIJST

- Belleman, S.J.A.                    Ontwikkelingen in de vraag naar specialistische hulp. N.Z.I., Utrecht, 1977
- Boerman, W.                        Registratie Samenwerkingsverbanden in de eerste lijns gezondheidszorg, N.H.I., Utrecht, 1979
- Bremer, G.J.                        Het verwijzen in de huisartspraktijk. Dissertatie, Utrecht, 1964
- Drenth, P.J.D.                      De psychologische test. Van Logham Slaterus, 1968
- Van Es, J.C. en Pijlman, H.R.                    Het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122 nederlandse huisartspraktijken. Huisarts & Wetenschap, 13, 1970, p. 433-439
- Van der Gaag, J.                    An economic analysis of the dutch health care system. Leiden 1978
- De Groot                            Methodologie. Grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen. Mouton & Co, 1968
- Kruidenier, H.J.                    Een onderzoek naar factoren die de hoogte van het verwijzpercentage beïnvloeden. Utrecht, LISZ, 1976
- Pel, J.Z.S.                         Over de invloed van de huisarts op het verwijzpercentage. Medisch Contact, 30, 1975(b), p. 1145-1146
- Phillips, B.S.                        Social Research Strategy and tactics. McMillen & Co, New York, 1966
- Posthuma, B.H. en van der Zee, J.                    Tussen eerste en tweede echelon - begripsafbakening en algemene beschouwing over onderzoek op macroniveau naar verwijz-, opname- en verpleegduurcijfers, Medisch Contact, 33, 1978, p. 105-108
- Posthuma, B.H. en van der Zee, J.                    Tussen eerste en tweede echelon - over praktijk-grootte en produktie. N.H.I., 1978
- Van Praag, B.M.S. en van der Gaag, J. en Rutten, F.F.H.                    Vraag-aanbod relaties in de sektor gezondheidszorg. Leiden, 1973







BIJLAGEN:

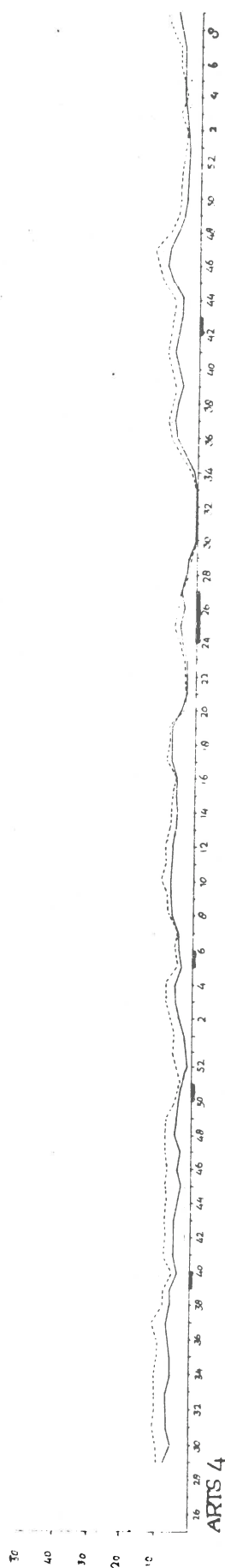
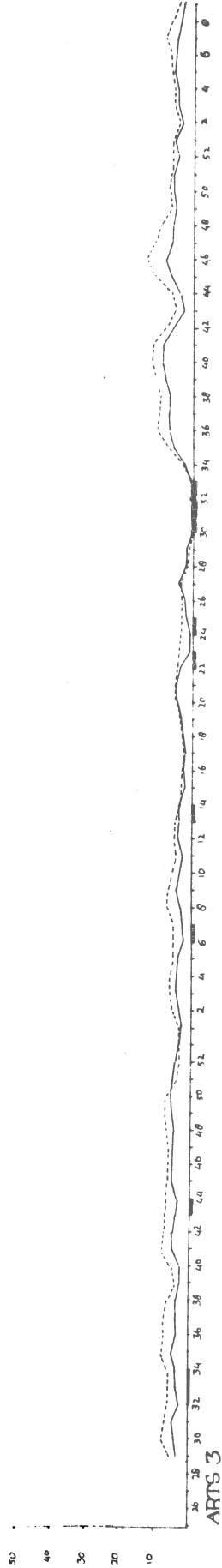
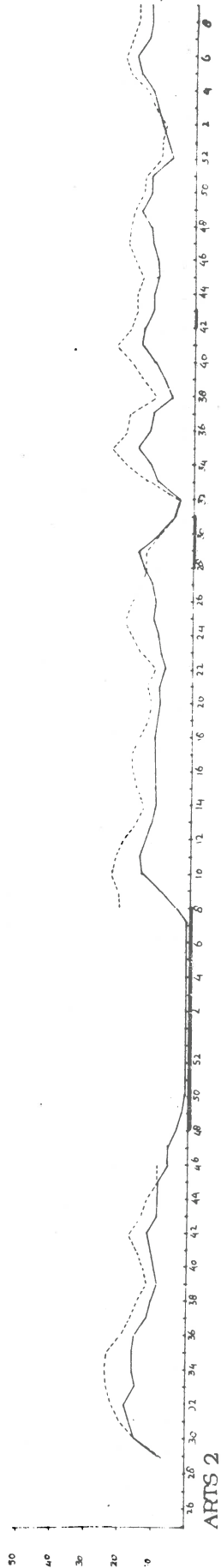
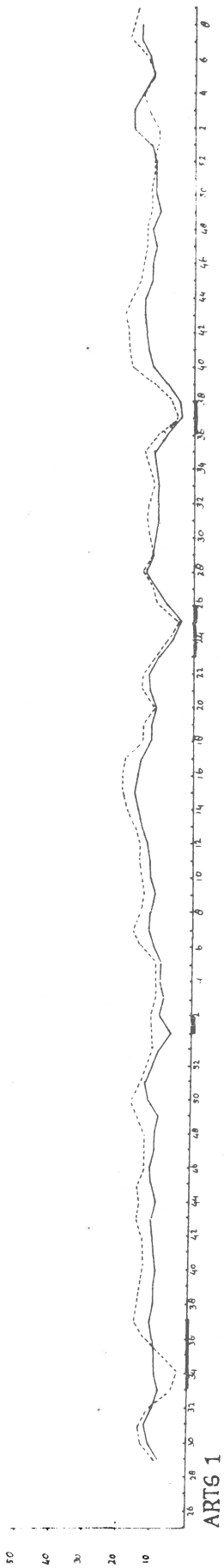
- registratieformulier
- verwijsgrafieken



gistratieformulier voor alle verwijzingen, dat wil zeggen verwijzingen naar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- medische specialisten</li> <li>- de paramedische beroepen</li> <li>- wijkverpleging</li> <li>- maatschappelijk werk</li> <li>- psychosociale hulpverleners</li> <li>- en dergelijke</li> </ul>	deze kolom niet beschrijven				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- datum:.....</li> <li>- naam + adres patiënt:.....</li> <li>.....</li> <li>- geboortedatum: .....</li> <li>- geslacht: M/V</li> </ul>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td style="width: 50px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 50px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 50px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 50px; height: 20px;"></td></tr> </table>				
rwezen naar (discipline + instelling): .....	<table border="1" style="margin: auto; width: 50px; height: 50px;"> <tr><td></td></tr> </table>				
wiens initiatief vindt de verwijzing plaats ? <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> initiatief arts</li> <li><input type="checkbox"/> initiatief patiënt</li> <li><input type="checkbox"/> initiatief arts + patiënt</li> <li><input type="checkbox"/> initiatief andere hulpverlener</li> </ul>	<table border="1" style="margin: auto; width: 50px; height: 50px;"> <tr><td></td></tr> </table>				
lleen indien de verwijzing (mede) op initiatief van de arts aatsvindt) t is uw voornaamste drijfveer tot deze verwijzing geweest ? <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> dat ik niet voldoende weet wat er aan de hand is</li> <li><input type="checkbox"/> dat ik wel ongeveer weet wat er aan de hand is, maar zelf niet verder kan behandelen</li> <li><input type="checkbox"/> dat ik zelf niet verder wil behandelen</li> <li><input type="checkbox"/> andere reden, te weten:.....</li> </ul>	<table border="1" style="margin: auto; width: 50px; height: 50px;"> <tr><td></td></tr> </table>				
at u deze verwijzing omschrijven ? <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> eerste verwijzing</li> <li><input type="checkbox"/> verwijzing naar een andere hulpverlener (eerdere verwijz- ingen voldeden niet)</li> <li><input type="checkbox"/> herhalingen</li> </ul>	<table border="1" style="margin: auto; width: 50px; height: 50px;"> <tr><td></td></tr> </table>				
t is uw oordeel over de aard van de klacht, waarvoor de verwijzing loeld is ? <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> geheel organisch</li> <li><input type="checkbox"/> meer organisch dan psychosociaal</li> <li><input type="checkbox"/> evenzeer psychosociaal als organisch</li> <li><input type="checkbox"/> meer psychosociaal dan organisch</li> <li><input type="checkbox"/> geheel psychosociaal</li> </ul>	<table border="1" style="margin: auto; width: 50px; height: 50px;"> <tr><td></td></tr> </table>				

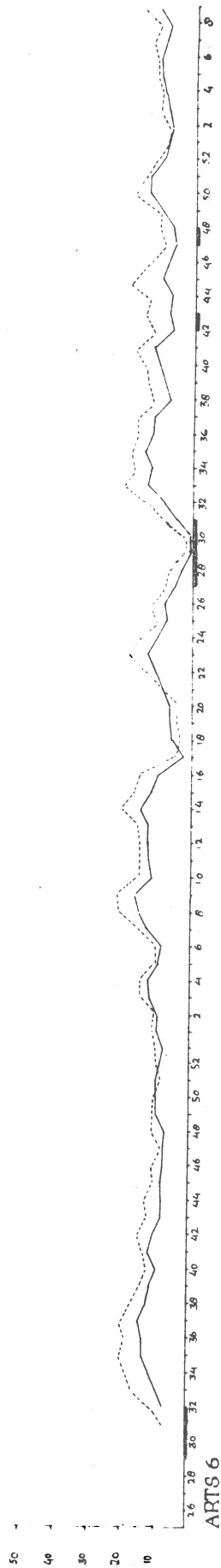
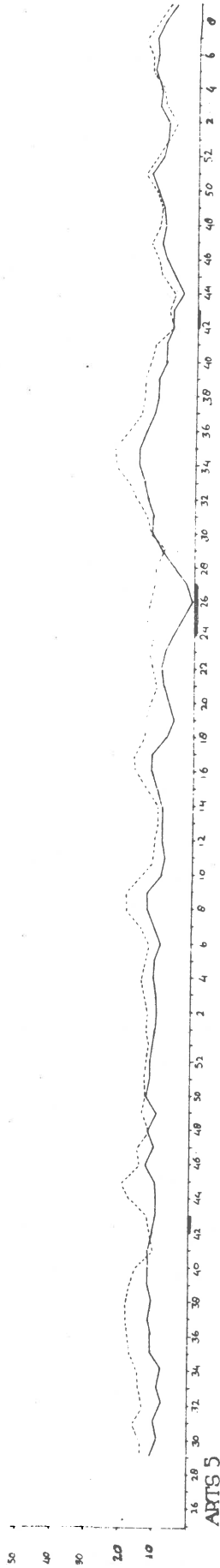






Grafiek a t/m d: 3-weekse voortschrijdende gemiddelden van het aantal verwijzingen op eigen initiatief (-----) en de verwijsindex (——) in de periode juli 1977 (week 29) - februari 1979 (week 8) van de artsen 1 t/m 4. (N.B. Vakantieweken zijn onderstreept)





Grafiek e, f: 3-weekse voortschrijdende gemiddelden van het aantal verwijzingen op eigen initiatief (----) en de verwijfsindex (—) in de periode juli 1977 (week 29) - februari 1979 (week 8) van de artsen 5 en 6. (N.B. Vakantieweken zijn onderstreept)

