

DE INVLOED VAN HUISARTSEN IN DE TWEEDELIJN

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Voor mijn ouders en voor Wim

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

De invloed van huisartsen in de tweedelij

Theodoricus Johanna Joseph Maria Theresia Kersten. - Utrecht:

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

Proefschrift Utrecht. - Met literatuur opgave. - Met samenvatting in het Engels.

ISBN 90-6905-153-2

Trefw.: huisartsen en specialisten; samenwerking

Vormgeving / Omslag : M. Cornelius

Woordprocessor / Lay-out : M.A.M. van der Meulen-Kimmelaar

Drukker : Boekbinderij Post

DE INVLOED VAN HUISARTSEN IN DE TWEEDELIJN

THE GENERAL PRACTITIONER'S INFLUENCE ON SECONDARY MEDICAL CARE

(with a summary in English)

Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Rijksuniversiteit te Utrecht,
op gezag van de Rector Magnificus Prof. Dr. J.A. van Ginkel,
ingevolge het besluit van het College van Dekanen
in het openbaar te verdedigen
op 6 december 1991 des namiddags te 4.15 uur

door

Theodoricus Johanna Joseph Maria Theresia Kersten

geboren op 15 juni 1952 te Geldrop

Promotores: Prof. Dr. D. van Kreveld

Prof. Dr. J. van der Zee
(Rijksuniversiteit Limburg)

Inhoud

Voorwoord

1. Inleiding

1.1	Probleemstelling	1
1.2	Opbouw van het proefschrift	3

2. Een theoretische analyse van de invloed van huisartsen in de tweedelij

2.1	Inleiding	8
2.1.1	De sociale uitwisselingstheorie	8
2.1.2	Afbakening van het onderwerp van onderzoek	9
2.1.3	Toepassing van de sociale uitwisselingstheorie op de relatie huisarts-specialist	10
2.1.4	Overzicht van de kosten en baten voor huisartsen en specialisten van continuïteitsinvloed van de huisarts	16
2.2	Vraagstelling	17
2.3	Methode	17
2.4	Resultaten	20
2.4.1	Meningen van huisartsen over kosten en baten van continuïteitsinvloed	20
2.4.2	Schaalconstructie	20
	- Schaalconstructie van kosten en baten van continuïteitsinvloed	20
	- Schaalconstructie 'algemene taakopvatting' en 'algemene taakuitoefening'	24
	- De validiteit van de schalen 'materiële kosten' en 'sociale kosten' van continuïteitsinvloed	28
2.4.3	De effecten van 'coalitievorming' en 'keuzevrijheid' op kosten en baten van continuïteitsinvloed	29
2.5	Discussie	30
2.5.1	De theoretische analyse	30
2.5.2	De onderzoeksresultaten	31

3. De relatie huisarts-specialist in Nederland vergeleken met die in het Verenigd Koninkrijk

3.1	Inleiding en vraagstelling	41
3.2	Methode	44
3.2.1	Bestudeerde tijdschriften	44
3.2.2	Insluitingscriteria	45
3.2.3	Onderwerpen	46
3.2.4	Continuïteitsinvloed	47
3.2.5	Aard van de publikaties	48
3.3	Resultaten	49
3.3.1	Vergelijking tussen de landen wat betreft aantal, onderwerp en aard van de geselecteerde publikaties	49
3.3.2	Ontwikkelingen in de tijd betreffende de geselecteerde publikaties	52
3.3.3	Aantal publikaties over continuïteitsinvloed en ontwikkelingen in de tijd	54
3.3.4	Wat is in Nederland geschreven over continuïteitsinvloed	55
3.3.5	Wat is in het Verenigd Koninkrijk geschreven over continuïteitsinvloed?	60
3.4	Beschouwing	62
	Appendix	71

4. Aanwijzingen voor invloed van de huisarts in de tweedelijns op basis van zorgproductiecijfers

4.1	Inleiding	91
4.2	Vraagstelling	92
4.3	Methode	96
4.4	Resultaten	99
4.5	Beschouwing	110

5. Hoe percipiëren huisartsen en specialisten (neurologen) de invloed van de huisartsen in de tweede lijn?

5.1	Inleiding	119
5.2	Vraagstelling	121
5.3	Methode	122
5.4	Resultaten	123
5.4.1	Meningen van huisartsen en neurologen	123
5.4.2	Poliklinisch meer invloed dan klinisch en meer invloed op duur dan aard van de behandeling	125
5.5	Beschouwing	127

6. De invloed van de verwijfsbrief op de procedure in de tweede lijn

6.1	Inleiding	131
6.2	Vraagstelling	133
6.3	Methode	133
6.4	Resultaten	135
6.4.1	Procedure-voorstel van de huisarts ten opzichte van de door de specialist gevolgde procedure	135
6.4.2	Snelheid van berichtgeving in relatie tot gevraagde en gevolgde procedure	136
6.5	Discussie	138

7. Overleg door huisartsen met specialisten over de ziekenhuisopname van patiënten

7.1	Inleiding en vraagstelling	143
7.2	Methode	146
7.2.1	Steekproef	146
7.2.2	Procedure	146
7.2.3	Operationalisatie van kenmerken van huisartsen en van opgenomen patiënten	146
7.2.4	Analyseschema	147

7.3	Resultaten	147
7.3.1	Beschrijving van de overleg-frequentie naar fase van de ziekenhuisopname	147
7.3.2	Effecten van kenmerken van opgenomen patiënten op overleg door de huisarts	148
7.3.3	Overleg door de huisarts in relatie tot de aard van de aandoening van de opgenomen patiënt	149
7.3.4	Effecten van kenmerken van huisartsen op het overleg	152
7.4	Beschouwing	154

8. Contacten tussen huisarts en patiënt in de verschillende stadia van de ziekenhuisopname

8.1	Inleiding en vraagstelling	157
8.2	Methode	162
8.2.1	Steekproef	162
8.2.2	Procedure	162
8.2.3	Operationalisatie van kenmerken van huisartsen en van opgenomen patiënten	163
8.2.4	Analyseschema	163
8.3	Resultaten	164
8.3.1	Beschrijving van de frequentie van huisarts-patiënten-contacten naar fase van ziekenhuisopname	164
8.3.2	Effecten van de kenmerken van opgenomen patiënten op huisarts-patiënt contacten	165
8.3.3	Contacten in relatie tot de aard van de aandoening van de opgenomen patiënt	168
8.3.4	Overzicht van de intensiteit van contacten per huisarts	171
8.3.5	Effecten van kenmerken van huisartsen op de intensiteit van het contact	172
8.4	Beschouwing	176

9. Slotbeschouwing	
9.1 Inleiding	183
9.2 Samenvatting van en beschouwing over de verworven inzichten	183
9.3 Aanbevelingen voor verder wetenschappelijk en beleidsgericht onderzoek	187
9.4 Beleidsmatige overwegingen	190
Summary	193
Literatuur	199
Curriculum vitae	209

Voorwoord

De invloed van huisartsen in de tweedelijns is mij een bijzonder onderwerp van onderzoek gebleken. Kenmerkend is dat deze invloed geen algemeen bekend verschijnsel is, zoals bijvoorbeeld het verwijzen van patiënten naar de tweedelijns. Op de vraag 'wat is het onderwerp van je proefschrift?' heb ik ook aan mensen die zich niet bezighouden met de relatie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg steeds beter antwoord leren geven. Toch blijven er na mijn uitleg bij degenen die de materie vanuit hun ervaring als patiënt beschouwen vaak vragen over: 'Als een huisarts mij naar de specialist verwijst, doet hij dat, omdat hij zelf niet goed raad weet met mijn probleem. Hij stuurt mij niet voor niets hogerop. Waarom zou mijn huisarts zich er dan nog mee moeten bemoeien?' Vanuit de ideologie van de huisartsgeneeskunde is er dan uiteraard wel een antwoord. Maar de scepsis die in de vraag schuil gaat is grotendeels terecht gebleken: huisartsen blijken in de dagelijkse praktijk niet erg actief te zijn om invloed uit te oefenen op de aard en omvang van de tweedelijnszorg voor hun patiënten. Huisartsen zijn echter in het algemeen wel betrokken bij 'hun' in het ziekenhuis opgenomen patiënten, zoals met name blijkt uit de bezoeken aan patiënten thuis na ontslag.

Onderzoek doen is voor mij alleen maar mogelijk met de kritiek, vriendschap en ondersteuning van collega's. Hen dank ik daarvoor, waarbij ik speciaal wil noemen: Ed Hackenitz (onderzoeksassistentie), Marcelle van der Meulen (secretariaat), en Marcus Winckers (bestandsopbouw), evenals mijn naaste collega's Loek Stokx en Diana Delnoy. Peter Groenewegen deed mij waardevolle suggesties voor de aanpak. Mijn promotoren ben ik erkentelijk voor hun begeleiding. Verder dank ik de huisartsen die hebben meegewerkt en ook het team van de 'Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk' voor het kunnen beschikken over de gegevens. Tot slot dank ik het NIVEL voor de gelegenheid die mij is geboden om te promoveren.

1. Inleiding

1.1 Probleemstelling

Kenmerkend voor het Nederlandse systeem van de gezondheidszorg is, dat huisartsen een vast patiëntenbestand hebben. Er is een permanente relatie tussen patiënten en 'hun' huisarts. Sommige patiënten zijn daarnaast onder behandeling van een specialist; meestal is dit tijdelijk. De noodzaak tot specialistische behandeling wordt in principe door de huisarts gesignaleerd. De huisarts verwijst in dat geval de patiënt.

Blijkens hun officiële taakomschrijving, het door de Landelijke Huisartsen Vereniging opgestelde 'Basistakenpakket', nemen huisartsen de verantwoordelijkheid op zich voor de continuïteit in de zorgverlening voor de bij hen ingeschreven patiënten (1). Wat hier bedoeld wordt met 'continuïteit van zorg' laat zich waarschijnlijk het best begrijpen op basis van de definitie van Shortell (2, p. 378): "Continuity of medical care can be defined as the extent to which services are rendered as part of a co-ordinated and uninterrupted succession of events, consistent with the medical needs of the patients". In het Basistakenpakket claimen huisartsen de verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg, ook nadat patiënten zijn verwezen naar de specialist. Zij stellen zich daarbij niet alleen ten doel om de aansluiting van de zorg tussen eerste- en tweedelijns te bewaken ("the extent to which services are rendered as part of a co-ordinated and uninterrupted succession of events"), maar ook om te voorkómen dat patiënten - in hun ogen - onnodig lang specialistische hulp krijgen; dat betekent terugverwijzing van patiënten naar de eerstelijns door de specialist, zodra dit medisch gezien verantwoord is ("the extent to which services are consistent with the medical needs of the patient").

De verantwoordelijkheid die huisartsen op zich nemen voor de continuïteit van zorg van de door hen verwezen patiënten impliceert, dat huisartsen een zekere invloed dienen te hebben op de zorgverlening door specialisten. Deze invloed wordt veelal aangeduid als '*de invloed van de huisarts in de tweedelijns*'. Dit wordt bijvoorbeeld expliciet geuit in de beschrijving van de eisen die de beroepsgroep stelt aan de verwijsbrief (de 'Standaard voor de verwijsbrief', geformuleerd door het Nederlands Huisartsen Genootschap). Eén van de doelen van de verwijsbrief wordt omschreven als: "de huisarts invloed laten uitoefenen op het verloop, de aard en de omvang van de verdere behandeling in de tweedelijns" (3, p. 102). In het kader van het doel van de verwijsbrief wordt elders gesproken over: "voorkómen van overbodige handelingen, dubbele onderzoeken, dubbele medicatie, onverenigbaarheden, e.d." (3, p. 102).

Vooraf in recente jaren is weinig onderzoek verricht naar de invloed van de huisarts in de tweedelijns. De belangrijkste studie werd in 1973 door De Melker verricht en is toegespitst op de rol van de huisarts bij de intramurale behandeling van patiënten in het ziekenhuis. Zijn conclusie met betrekking tot de invloed van de huisarts in de tweedelijns luidt: "*De huisarts heeft en volgens patiënten en volgens huisartsen en specialisten een specifieke taak bij ziekenhuispatiënten*". Deze taak vloeit voort uit zijn functioneren als gezinsarts en

is complementair aan de technisch-specialistische hulp die in het ziekenhuis geboden wordt. De huisarts bewaakt en begeleidt gezinnen en tracht in nauwe samenwerking met andere hulpverleners persoonlijke, integrale zorg aan hen te verlenen, ook tijdens ziekenhuisopname. Juist daarom is hij de hulpverlener die de kloof tussen intra- en extramurale zorg kan overbruggen: *ziekenhuispatiënt-huisarts-huisgezin*." (4, p. 159 - 160, cursivering in origineel).

In dit proefschrift bestuderen we hetgeen hierboven is aangeduid als 'de invloed van de huisarts in de tweedelij'. We richten ons daarbij primair op de invloed uitoefenende partij (de huisarts) en secundair op de partij op wie invloed wordt uitgeoefend (de specialist). De relatie tussen huisarts en specialist wordt met andere woorden onderzocht vanuit de positie van de huisarts. Een nadere uitwerking van het begrip 'invloed van de huisarts in de tweedelij' volgt in hoofdstuk 2.

Hierboven bespraken we het doel dat huisartsen zichzelf stellen om invloed te hebben op de zorgverlening door specialisten, zoals dit tot uitdrukking komt in de officiële documenten van de beroepsgroep. Zoals blijkt uit de aangehaalde conclusie, is de tot nu toe belangrijkste studie (4) primair gericht geweest op de vraag, of patiënten, huisartsen zelf en specialisten voor huisartsen een specifieke taak zien weggelegd bij de intramurale behandeling van patiënten in het ziekenhuis. De wijze waarop huisartsen deze taak in de praktijk invullen werd daarbij toegespitst op de mate waarin huisartsen bezoeken afleggen aan in het ziekenhuis opgenomen patiënten (het 'ziekenhuisbezoek'). In dit proefschrift is de centrale vraag: in hoeverre wordt de *doelstelling* van de beroepsgroep huisartsen om invloed te hebben in de tweedelij *in werkelijkheid* door huisartsen waargemaakt?; dus in hoeverre oefenen huisartsen daadwerkelijk invloed uit in de tweedelij? Primair richten we ons daarbij op het inventariseren en verklaren van de *pogingen* die huisartsen doen om invloed te hebben in de tweedelij en de psychologische afwegingen die bij hen aan dit gedrag ten grondslag liggen. Gegeven de boven vermelde keuze om de relatie tussen huisarts en specialist te bestuderen vanuit de positie van de huisarts, komt de mate waarin deze *pogingen effect hebben* in mindere mate aan bod. Bij dit laatste gaat het om de mate waarin specialisten hun handelwijze veranderen.

Continuïteit van zorg geldt algemeen als een belangrijke waarde in de gezondheidszorg. Omdat huisartsen ernaar streven om met hun invloed in de tweedelij de continuïteit in de zorgverlening te bevorderen, hebben alle betrokken partijen (patiënten, hulpverleners, overheid en verzekeraars) belang bij meer inzicht in dit fenomeen. Daarnaast is inzicht in de invloed van de huisarts in de tweedelij van belang in verband met de substitutie van zwaardere vormen van zorg door lichtere vormen, die zowel door de overheid (5), de huisartsen (6, 7), als de specialisten (7, 8) wordt nagestreefd. Huisartsen streven er immers naar via hun invloed een verantwoord snelle terugverwijzing naar de eerstelij te bewerkstelligen en dit is één van de manieren om tot de bedoelde substitutie te komen. Ten slotte is inzicht in de invloed van de huisarts in de tweedelij van belang, omdat het meer licht werpt op de contacten tussen huisartsen en specialisten in het kader van de zorgverlening. Informatie over deze contacten is van belang ter verbetering van de samenwerking tussen huisarts en specialist.

1.2 Opbouw van het proefschrift

De globale indeling van het proefschrift is als volgt. Na een theoretische analyse van het bestudeerde vraagstuk in hoofdstuk 2 en een analyse van de relevante literatuur in hoofdstuk 3, wordt in de hoofdstukken 4 tot en met 8 verslag gedaan van empirische onderzoeken naar verschillende facetten van het vraagstuk van de invloed van de huisarts in de tweedelij. In het hierna te presenteren overzicht van de hoofdstukken zullen deze facetten nader worden aangeduid.

Het gebruikte onderzoeksmateriaal is afkomstig uit verschillende bronnen. Een belangrijke rol spelen echter de registratie- en enquête-gegevens die door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg) zijn verzameld in het kader van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (9, 10, 11), verder aangeduid als de 'Nationale Studie'. In hoofdstuk 9 worden ten slotte de conclusies, beschouwingen en aanbevelingen gepresenteerd.

Overzicht van de inhoud per hoofdstuk:

Hoofdstuk 2

Op basis van het sociaal-psychologische kosten-baten principe, zoals uitgewerkt in de sociale uitwisselingstheorie van Thibaut en Kelley (12), wordt in het eerste deel van dit hoofdstuk een theoretische analyse gemaakt van de voor- en nadelen die voor huisartsen verbonden zijn aan het uitoefenen van invloed in de tweedelij. De voordelen zijn op voorhand niet direct duidelijk. Eén van de doelen van invloed in de tweedelij is namelijk patiënten snel terug verwezen te krijgen door de specialist. In een deel van de gevallen zal dat betekenen dat de huisarts zorg moet verlenen aan patiënten die de specialist zou hebben verleend, als de terugverwijzing minder snel had plaatsgevonden. (Te denken valt bijvoorbeeld aan het onder controle houden van type II diabetes-patiënten, nadat deze door de internist zijn ingesteld.) Omdat de honorering echter primair op abonnementsbasis geschiedt, heeft de huisarts geen financieel belang bij het verlenen van deze 'extra' zorg.

Uit de uitgevoerde theoretische analyse worden voorspellingen afgeleid over de condities waaronder huisartsen tot de voor hen meest gunstige kosten-batenafweging komen. In het tweede deel van het hoofdstuk worden deze voorspellingen getoetst met behulp van gegevens die verkregen zijn in het kader van de 'Nationale Studie'.

Hoofdstuk 3

We constateerden reeds dat er weinig onderzoek is gedaan naar de invloed van de huisarts in de tweedelij. Vaker is in beschouwende zin gepubliceerd over dit onderwerp. Door een analyse van het aantal en de inhoud van de over dit onderwerp verschenen publikaties, verkrijgen we inzicht in het belang dat aan de invloed van de huisarts in de tweedelij wordt toegekend. We vergelijken daarbij de in Nederland verschenen publikaties met die in het Verenigd Koninkrijk. Deze vergelijking is interessant, omdat er belang-

rijke overeenkomsten bestaan (de huisartsen hebben een vaste groep patiënten, de huisartsen hebben geen sterk financieel belang bij substitutie van tweedelijs- door eerstelijnszorg, de toegang tot de tweedelijns verloopt via een verwijzing door de huisarts) naast een belangrijk verschil (Nederlandse specialisten worden in hoofdzaak per verrichting betaald, terwijl hun Britse collega's in loondienst zijn; de laatst genoemden zullen op grond daarvan minder financiële nadelen ondervinden van de substitutie van tweedelijs- door eerstelijnszorg). De vraag is met name, hoe het verschil in de positie van specialisten uitwerkt op de invloed die huisartsen nastreven in de tweedelijns.

De uitgevoerde literatuurstudie is gebaseerd op een analyse van de inhoud van de publicaties die gedurende de periode 1971 - 1990 zijn verschenen in de relevante tijdschriften.

Hoofdstuk 4

Hiervoor gaven we aan dat invloed van de huisarts in de tweedelijns is gericht op aansluiting in de zorgverlening tussen eerste- en tweedelijns en tevens op verantwoord snelle terugverwijzing naar de eerstelijns. In dit hoofdstuk wordt nagegaan, of uit secundair materiaal (ziekenfondsgegevens) aanwijzingen te verkrijgen zijn, dat sommige huisartsen via hun invloed in de tweedelijns inderdaad een beperking van de hoeveelheid tweedelijszorg voor hun verwezen patiënten weten te bewerkstelligen. Daarbij wordt zowel het poliklinische als het klinische traject van de tweedelijszorg in beschouwing genomen.

In dit hoofdstuk gaat het niet om het inventariseren en verklaren van *pogingen* van huisartsen om invloed uit te oefenen in de tweedelijns, maar om het exploreren van de *effecten* van aangewende invloed.

Hoofdstuk 5

Als men in een relatie de invloed van de ene partij op de andere wil bestuderen, is men uiteraard primair geïnteresseerd in de objectieve waarneming van de beïnvloedingsprocessen. Daarnaast is het echter interessant om vast te stellen, hoe de invloed uitoefenende zowel als de beïnvloede partij de beïnvloeding percipiëren. De vraag is, of elk van hen een juist beeld heeft van de werkelijkheid en of er overeenkomsten en verschillen zijn in de beelden die zij van elkaar hebben.

Daartoe wordt op basis van enquête-gegevens geïnventariseerd, hoe huisartsen en specialisten (neurologen) de invloed van huisartsen in de tweedelijns waarnemen.

Hoofdstuk 6

Eén van de mogelijkheden die huisartsen hebben om te beïnvloeden wat er met verwezen patiënten gebeurt in de tweedelijns is gelegen in de verwijsbrief. Huisartsen kunnen hierin aan specialisten een voorstel doen voor de procedure die zij voorstaan bij de behandeling in de tweedelijns. In dit hoofdstuk inventariseren we de mate waarin huisartsen dergelijke procedurevoorstellen doen in hun verwijzingen naar de polikliniek interne geneeskunde. Tevens gaan we na, hoe internisten op de procedurevoorstellen van internisten reageren (het effect van de aangewende invloed).

Het onderzoeksmateriaal is beschikbaar via een inhoudsanalyse van 200 verwijsbrieven en de bijbehorende 200 schriftelijke reacties van internisten aan de huisartsen (de 'specialistenbrieven').

Hoofdstuk 7

De Melker (4) signaleerde het belang dat patiënten, huisartsen en specialisten hechten aan de betrokkenheid van huisartsen bij de intramurale behandeling van patiënten in het ziekenhuis. In dit hoofdstuk inventariseren we hoe deze betrokkenheid in werkelijkheid gestalte krijgt in de vorm van overleg tussen huisartsen en behandelende specialisten. Op basis van gegevens van de 'Nationale Studie' schetsen we een beeld dat indicatief is voor de huidige Nederlandse situatie. Daarnaast worden veronderstellingen uitgewerkt en getoetst over de factoren die bepalen of huisartsen in overleg treden met specialisten over de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten.

Hoofdstuk 8

Zoals boven is besproken, heeft de invloed van de huisarts in de tweedelijnn onder andere ten doel om de aansluiting van de zorg tussen eerste- en tweedelijnn te waarborgen. In verband daarmee is niet alleen de relatie tussen huisarts en specialist van belang, maar ook de relatie tussen huisarts en patiënt. Uit onderzoek (4) blijkt, dat van huisartsen verwacht wordt dat zij hun patiënten begeleiden, als zij worden opgenomen in het ziekenhuis (onder andere door middel van ziekenhuisbezoeken). Op basis van gegevens uit de 'Nationale Studie' gaan we in dit hoofdstuk na, hoe vaak dergelijke contacten tussen huisarts en patiënt gedurende het verloop van de ziekenhuisopname voorkomen. Daarnaast worden veronderstellingen uitgewerkt en getoetst over de kenmerken van huisartsen en patiënten die van invloed zijn op de mate waarin de contacten voorkomen.

Hoofdstuk 9

In dit hoofdstuk wordt een samenvatting en beschouwing gegeven van de belangrijkste resultaten uit voorgaande hoofdstukken, waarbij deze resultaten in relatie tot elkaar worden gezien. Daarnaast worden aanbevelingen gedaan voor verder wetenschappelijk en beleidsmatig onderzoek en wordt een aantal beleidsmatige overwegingen naar aanleiding van het onderzoek gepresenteerd.

Leeswijzer

De hoofdstukken zijn zo geschreven dat zij afzonderlijk leesbaar zijn. Steeds wordt begonnen met een korte samenvatting, zodat de lezer zich snel een beeld kan vormen van de inhoud. De consequentie van deze werkwijze is dat soms bepaalde informatie herhaald dient te worden; dit geldt met name voor de methode-secties in de hoofdstukken waar gebruik is gemaakt van de 'Nationale Studie' (hoofdstuk 2, 7 en 8).

Literatuur

1. LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING. Het Basistakenpakket van de huisarts. Landelijke Huisartsen Vereniging Vademecum, Utrecht 1987
2. SHORTELL, S.M. Continuity of medical care: conceptualization and measurement. Medical Care 14 (1976) 377-391
3. NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP. De verwijfsbrief naar de tweedelij[n] [Standaard O01]. Huisarts en Wetenschap 32 (1989) 102-105
4. MELKER, R.A. DE. Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin. Dekker & van de Vegt, Nijmegen 1973
5. MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Verandering Verzekerd, Stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk 1988
6. LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING. De positie van de huisarts in de toekomst. Discussienota. Landelijke Huisartsen Vereniging, Utrecht 1986
7. LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING / LANDELIJKE SPECIALISTEN VERENIGING. Intentieverklaring LHV / LSV inzake substitutie. Utrecht 28 april 1988
8. LANDELIJKE SPECIALISTEN VERENIGING. De specialist van morgen. Landelijke Specialisten Vereniging, Utrecht 1988
9. FOETS, M., J. VAN DER VELDEN & J. VAN DER ZEE. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Projectvoorstel. NIVEL, Utrecht 1986
10. FOETS, M. & J. VAN DER VELDEN. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport + meetinstrumenten en procedures. NIVEL, Utrecht 1990
11. BENSING, J.M., M. FOETS, J. VAN DER VELDEN & J. VAN DER ZEE. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts en Wetenschap 34 (1991) 51-60
12. THIBAUT, J.W. & H.H. KELLEY. The social psychology of groups. Wiley, New York 1959

2. Een theoretische analyse van de invloed van huisartsen in de tweedelijⁿ*

Samenvatting

Huisartsen hebben een belangrijke invloed op specialisten, doordat zij via hun verwijfsbeleid in aanzienlijke mate de samenstelling van het patiëntenbestand van specialisten bepalen ('selectie-invloed'). Daarnaast benadrukken huisartsen als beroepsgroep hun verantwoordelijkheid om de continuïteit in de zorgverlening ook na de verwijzing te bewaken. Zo wordt het doel van de verwijfsbrief omschreven als: de huisarts invloed te laten uitoefenen op het verloop, de aard en de omvang van de verdere behandeling in de tweedelijⁿ ('continuïteits-invloed'). In deze studie wordt een theoretische analyse gemaakt van de continuïteitsinvloed van huisartsen op specialisten vanuit het psychologische 'kosten-batenprincipe'. Daaruit kunnen voorspellingen ten aanzien van invloedbevorderende condities worden afgeleid. De belangrijkste daarvan lijken te zijn: coalitievorming tussen huisartsen en de mogelijkheid om bij het verwijzen van patiënten uit verschillende specialisten te kiezen. Tevens worden instrumenten ontwikkeld om de kosten-batenafweging van huisartsen zichtbaar te maken.

De onderzoeksgegevens werden verzameld bij de 161 huisartsen die deelnamen aan de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk, uitgevoerd door het NIVEL. De resultaten wijzen uit dat de meeste huisartsen instemmen met de bestudeerde baten van het uitoefenen van continuïteitsinvloed, terwijl de meerderheid het oneens is met het optreden van veronderstelde kosten. In deze kosten en baten zijn twee dimensies te onderscheiden: enerzijds de 'materiële kosten' (zorg op het grensvlak van eerste- en tweedelijⁿ kost tijd waar geen extra-honorering tegenover staat) en anderzijds de 'sociale kosten en baten' (de moeilijkheden zowel als de plezierige kanten van de communicatie met specialisten en patiënten in verband met continuïteitsinvloed). Aandachtspunten voor de toekomst zijn de gebleken aanwijzingen dat de materiële kosten van continuïteitsinvloed minder ervaren worden door huisartsen in gezondheidscentra evenals door huisartsen die een nauwe relatie hebben met één specifiek ziekenhuis. Deze laatste bevinding is niet overeenkomstig de verwachtingen. Een belangrijke vraag voor verder onderzoek is, hoe coalitievorming tussen huisartsen in combinatie met een zekere vrijheid van huisartsen om bij het verwijzen te kiezen uit verschillende specialistenassociaties uitwerkt op hun continuïteitsinvloed.

* Een verkorte en enigszins bewerkte versie van dit hoofdstuk is in principe voor publikatie geaccepteerd door het Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg Gezondheid & Samenleving: T.J.J.M.T. Kersten. De invloed van de huisarts op de specialist. Een theoretische analyse getoetst aan de opvattingen van huisartsen.

2.1 Inleiding

De meeste publikaties op het terrein van de relatie tussen huisarts en specialist constateren feiten of relaties, zonder dat ze geplaatst worden in een meer omvattend theoretisch kader. Een uitzondering op deze regel vormt het werk van Shortell (1, 2, 3) die het verwijzen van patiënten in de Amerikaanse situatie tracht te verklaren vanuit het sociaal-psychologisch theoretische principe van de 'kosten-batenafweging' - met name de sociale uitwisselingstheorie van Thibaut en Kelley (4). In Nederland hebben De Greve en Vrakking (5) een aantal 'fenomenen met betrekking tot interorganisationale relaties' uitgewerkt die sterk geïnspireerd zijn op het kosten-batenprincipe. Zij presenteren elementen hieruit als verschillende fenomenen: het 'ruilfenomeen', het 'afhankelijkheidsfenomeen', het 'normatieve fenomeen', etcetera. Hier zullen we terugrijpen op de sociale uitwisselingstheorie van Thibaut en Kelley voor een beter begrip van de relatie tussen huisarts en specialist. Daarbij gaat het er met name om verschillen tussen huisartsen te verklaren in hun gedrag ten opzichte van specialisten.

In het vervolg van deze inleiding geven we om te beginnen een toelichting op de sociale uitwisselingstheorie, daarna zullen we ons specifieke onderwerp van studie binnen de relatie tussen huisarts en specialist (de invloed van de huisarts in de tweedelijns) nader afbakenen, en vervolgens zullen we de sociale uitwisselingstheorie hierop toepassen. Deze inleiding vormt de aanloop tot de rapportage van een empirische studie waarin de ontwikkeling van een meetinstrument wordt nagestreefd. Dit meetinstrument is bedoeld om de kosten-batenafweging te kunnen vaststellen die huisartsen maken van het uitoefenen van invloed in de tweedelijns. Vervolgens wordt nagegaan, welke kenmerken van huisartsen van invloed zijn op de wijze waarop zij deze kosten-batenafweging maken.

2.1.1 De sociale uitwisselingstheorie

We geven een samenvatting van wat de sociale uitwisselingstheorie inhoudt. De basis van deze theorie is dat mensen in hun relaties streven naar zo groot mogelijke '*baten*' en zo gering mogelijke '*kosten*'. Bij elke interactie met anderen vindt op dit punt een afweging plaats. Baten komen voort uit de bevrediging van behoeften (iemand krijgt iets wat hij wil) en kosten zijn de nadelen die gedragingen opleveren. Het verschil tussen gemaakte kosten en ontvangen baten is de '*opbrengst*'.

Mensen bepalen de aantrekkelijkheid van een relatie op basis van een interne standaard, het '*vergelijkingsniveau*'. Deze wordt beïnvloed door wat zij weten van de opbrengsten die mogelijk en billijk zijn in de betreffende relatie. Verder hanteren mensen tevens een '*vergelijkingsniveau voor alternatieven*'. Dit is het laagste opbrengstniveau dat iemand in een relatie accepteert in het licht van mogelijke opbrengsten in beschikbare alternatieve relaties. Het bepaalt met andere woorden, hoe '*afhankelijk*' iemand is van een specifieke relatie, of iemand zal overstappen naar een andere relatie. Iemand kan te maken hebben met een '*niet-vrijwillige relatie*' (er zijn geen alternatieve relaties bereikbaar). Deze relatie is onprettig, als de opbrengst lager ligt dan het vergelijkingsniveau.

'*Normen*' zijn gedragsregels die in zekere mate geaccepteerd worden door personen die met elkaar een relatie hebben. Normen reduceren de noodzaak om directe, informele of persoonlijke invloed uit te oefenen en werken daardoor kostenverlagend. Zij ontstaan na

verloop van tijd in een relatie op basis van 'trial and error' of worden overgenomen van andere relaties.

'Coalities' tussen personen ontstaan in situaties waar men hogere opbrengsten kan verwerven door zich met anderen te verbinden: door het sluiten van een coalitie beogen de leden van een coalitie hun opbrengsten te verhogen.

In aansluiting op het kosten-batenprincipe onderscheiden bijvoorbeeld Veen en Wilke (6, p. 112-113) de begrippen '*afhankelijkheid*', '*macht*' en '*invloed*'. Persoon A is afhankelijk van B, als B machtsmiddelen heeft, dat wil zeggen mogelijkheden om de opbrengst van A te beïnvloeden. De macht van B over A is de kracht waarmee hij in potentie het gedrag van A kan beïnvloeden. Macht wordt invloed (machtsuitoefening) als B zijn macht aanwendt. De auteurs onderscheiden drie determinanten van afhankelijkheid:

1. Naarmate de opbrengst van het gedrag van B meer waarde heeft voor A, is A afhankelijker van B. Bijvoorbeeld: naarmate een huisarts meer waarde toekent aan de ondersteuning door zijn of haar assistente, is deze huisarts meer afhankelijk van deze assistente.
2. Naarmate A minder alternatieven heeft, is hij afhankelijker van B. Bijvoorbeeld: als een huisarts in een gebied woont waar moeilijk geschikte assistentes te vinden zijn, is deze huisarts meer afhankelijk van zijn of haar huidige assistente.
3. Naarmate A voor meer verschillende soorten opbrengsten van B afhankelijk is, is A afhankelijker van B. Bijvoorbeeld: als een assistente niet alleen administratieve taken doet, maar ook eenvoudige diagnostiek voor haar rekening neemt, patiënten-voorlichting geeft en een intermedieërende rol vervult bij de toegang van patiënten tot de huisarts, is de afhankelijkheid groter.

2.1.2 Afbakening van het onderwerp van onderzoek

We bestuderen hier de relatie tussen huisarts en specialist vanuit de positie van de huisarts. Met andere woorden het gaat in de eerste plaats om de invloed (aangewende macht) van de huisarts op de specialist. Daarbij zijn er twee typen invloed te onderscheiden: '*selectie-invloed*' en '*continuïteitsinvloed*'. We lichten dit toe.

Omdat patiënten in principe een verwijzing nodig hebben van de huisarts om de specialist te bezoeken, hebben huisartsen grote invloed op de samenstelling van de patiëntengroep die onder specialistische behandeling is. Huisartsen zijn dus verantwoordelijk voor de selectie van patiënten voor specialistische behandeling en in deze zin hebben zij *selectie-invloed* op specialisten (ongeacht nog de keuze van de specifieke specialist naar wie de huisarts de patiënt verwijst; het kiezen van de specialist en de keuzevrijheid van de huisarts hierbij komen verderop aan de orde). Huisartsen wenden hun selectie-invloed op uiteenlopende wijzen aan, resulterend in hogere of lagere verwijscijfers (zie ook hoofdstuk 4). Mede vanwege het grote belang van de verwijscijfers voor de totale kosten van de gezondheidszorg, hebben de determinanten van de selectie-invloed van huisartsen in onderzoek veel aandacht gekregen (o.a.: 7, 8, 9, 10). Bovendien, vanuit de dagelijkse praktijk gezien is de verwijsrelatie het meest in het oog springende aspect van de relatie tussen huisarts en specialist.

Vanuit de huisartsgeneeskunde bezien is er echter nog een belangrijk tweede aspect in hun relatie dat te maken heeft met de verantwoordelijkheid van huisartsen om de conti-

nuïteit in de hulpverlening te bewaken, nadat de patiënt door hen verwezen is. We duiden dit hier aan als de *continuïteitsinvloed*. Aan deze vorm van invloed wordt bijvoorbeeld gerefereerd in de standaard voor de verwijfsbrief van het Nederlands Huisartsen Genootschap (11), waar het doel van de verwijfsbrief wordt omschreven als de huisarts invloed te laten uitoefenen op het verloop, de aard en de omvang van de verdere behandeling in de tweedelij. Ook in het Basistakenpakket, opgesteld door de Landelijke Huisartsen Vereniging (12), wordt naar dit type invloed verwezen. Daar wordt gesteld dat de positie van de huisarts met zich meebrengt dat deze een eigen verantwoordelijkheid voor de verwezen patiënt behoudt. Met name dient de huisarts te voorkomen dat de patiënt onnodig lang onder specialistische zorg blijft. Op grond hiervan definiëren we *continuïteitsinvloed* hier als: *de invloed van de huisarts op de specialist gericht op optimale huisartsgeneeskundige inbreng in de tweedelijnsbehandeling van patiënten, met als belangrijke implicatie een zo kort mogelijk verblijf van patiënten in de tweedelij.*

Zoals we reeds in hoofdstuk 1 bespraken, deed De Melker (13) als één van de weinigen onderzoek naar de continuïteitsinvloed van huisartsen in verband met in het ziekenhuis opgenomen patiënten. Hij komt tot de conclusie dat de huisarts naar de mening van zowel patiënten als van specialisten als van huisartsen zelf een specifieke taak heeft (normatief gesteld) bij ziekenhuispatiënten: "De huisarts bewaakt en begeleidt gezinnen en tracht in nauwe samenwerking met andere hulpverleners persoonlijke, integrale zorg aan hen te verlenen, ook tijdens ziekenhuisopname." (13, p. 160). De Melker verwacht van 'het functioneren van de huisarts binnen het ziekenhuis' (een vorm van continuïteitsinvloed in onze terminologie) diverse voordelen die niet alleen verband houden met een positieve uitwerking op de relatie huisarts - patiënt, respectievelijk huisarts - specialist. Tevens veronderstelt hij namelijk dat als gevolg van het functioneren van de huisarts in het ziekenhuis een bekorting van de ligduur zal optreden. Dit laatste impliceert een duidelijk maatschappelijk economisch belang van continuïteitsinvloed van de huisarts, hetgeen continuïteitsinvloed in dezelfde sfeer zou plaatsen als selectie-invloed, waaraan behalve zorginhoudelijke steeds ook sterke economische aspecten zijn toegekend.

2.1.3 Toepassing van de sociale uitwisselingstheorie op de relatie huisarts - specialist

Welke potentiële machtsmiddelen hebben huisarts en specialist ten opzichte van elkaar? Het belangrijkste potentiële machtsmiddel van de huisarts is ongetwijfeld de mogelijkheid om wel of niet naar een bepaalde specialist te verwijzen (de selectie-invloed van de huisarts). Een specialist is voor de instroom van patiënten (de basis van zijn inkomenspositie) immers afhankelijk van verwijzingen van huisartsen die, gegeven bepaalde geografische omstandigheden, de mogelijkheid hebben om al dan niet naar deze specialist te verwijzen. De organisaties waarbinnen specialisten functioneren, de ziekenhuizen, zijn zich van deze afhankelijkheid zeer wel bewust, zoals blijkt uit titels van publikaties als: 'Het basisziekenhuis geknipt voor de eerstelij.' (14), 'Marketing voor specialisten' (15), 'Waarom kiezen ze ons?' (16) , 'Waarom verwijzen ze zo weinig naar ons?' (17). Overigens kan ook de patiënt zijn invloed doen gelden, door voor een bepaalde specialist te kiezen. Er is nog weinig bekend over de verhouding tussen huisarts en patiënt in dit opzicht (18, 19).

De afhankelijkheid van de huisarts ten opzichte van de specialist heeft te maken met het feit dat het de huisarts aan specialistische deskundigheid ontbreekt om voor alle gezondheidsklachten van de patiënten in de huisartspraktijk zelf zorg te verlenen. Paterson (20) categoriseert de belangrijkste redenen voor huisartsen om te verwijzen als: "because we do not know" (d.w.z. voor diagnose), "because we cannot do" (d.w.z. voor behandeling) en "because we need moral support" (vaak geïnterpreteerd als: ter geruststelling van patiënt of huisarts). De specialistische deskundigheid van specialisten is dus hun potentiële machtsmiddel ten opzichte van huisartsen.

We spraken tot nu toe expliciet over 'potentiële' machtsmiddelen. Veen en Wilke (6, p.109) stellen dat het pas 'echte' machtsmiddelen zijn, als er iets op het spel staat. Zij geven het voorbeeld van de meer ervaren ambtenaar die zijn deskundigheid kan gebruiken om bepaalde dingen van de minder ervaren ambtenaar gedaan te krijgen. Er moet echter sprake zijn van een relatie tussen beiden, wil deze deskundigheid een echt machtsmiddel worden. Een relatie hebben houdt in dat de meer ervaren ambtenaar in bepaalde opzichten ook afhankelijk moet zijn van de minder ervaren ambtenaar: er moet 'iets op het spel staan'. Wat staat er nu voor specialisten en huisartsen op het spel? We zagen dat voor specialisten de instroom van patiënten op het spel staat. Daarbij is een specialist uiteraard niet afhankelijk van één enkele huisarts, maar van de groep huisartsen die gegeven geografische omstandigheden kan verwijzen naar deze specialist. De afhankelijkheid van een specialist is dus gespreid over een groep huisartsen en de invloed die een individuele huisarts op een specialist kan uitoefenen is dus niet zo erg groot.

Wat staat er voor huisartsen op het spel in hun relatie met specialisten? Dat is in elk geval niet de mogelijkheid om patiënten te verwijzen als zodanig. Specialisten kunnen immers niet de verwijzingen van bepaalde huisartsen afhouden en bovendien hebben zij hier geen materieel belang bij (in immaterieel opzicht kan het vervelend zijn patiënten te behandelen die beter door de huisarts kunnen worden behandeld). De mogelijkheid tot het invoeren van specialistische deskundigheid door de huisarts (diens voornaamste afhankelijkheid van specialisten) blijft dus altijd open.

De belangen die de huisarts heeft zijn vooral terug te voeren op de normen die de beroepsgroep heeft geformuleerd over de wijze waarop huisartsen de continuïteit van de zorg dienen te bewaken, in het geval zij patiënten verwijzen naar de tweedelijns (zie de bespreking boven van het Basistakenpakket en de Standaard voor de verwijsbrief). In zoverre individuele huisartsen dit streven naar continuïteit delen, hebben zij er belang bij:

- dat de specialist zich aan het procedurevoorstel voor de tweedelijnsbehandeling houdt dat de huisarts in de verwijsbrief heeft vermeld;
- dat de specialist zo snel mogelijk de patiënt weer terugverwijst naar de eerstelijns;
- dat de specialist rekening houdt met de informatie die vanuit huisartsgeneeskundig perspectief beschikbaar is over de patiënt (inclusief eventueel door de huisarts uitgevoerde/aangevraagde diagnostiek en behandeling);
- dat de specialist gemakkelijk toegankelijk is voor tussentijdse verzoeken om informatie van de zijde van de huisarts met betrekking tot de specialistische behandeling of de toestand van de patiënt;

- kortom, dat de specialist de huisarts als volwaardig partner beschouwt in de medische hulpverlening aan de patiënt en ermee instemt dat de patiënt in principe thuishoort in de eerstelijns, tenzij de toestand van de patiënt tweedelijnsbehandeling noodzakelijk maakt.

Het zal duidelijk zijn dat de hier genoemde belangen van huisartsen in de samenwerking met specialisten soms in conflict komen met andere belangen van huisartsen, zoals het streven naar inkomen en vrije tijd. Dat is het duidelijkst bij de 'snelle terugverwijzing naar de eerstelijns', waaruit in veel gevallen extra-werk voor huisartsen zal voortvloeien, waar bij ziekenfondspatiënten geen extra-honorering tegenover staat. Verder zij aangetekend, dat het streven naar continuïteit door de huisarts in boven bedoelde zin consequenties kan hebben voor diens relatie met de patiënt. Niet alle patiënten zullen in alle omstandigheden bijvoorbeeld het streven van de huisarts delen om zo snel mogelijk weer te worden terugverwezen naar de eerstelijns. Ook kunnen verwezen patiënten verdere bemoeienis van de huisarts met hun behandeling door de specialist juist niet op prijs stellen, bijvoorbeeld omdat zij verwezen wilden worden uit frustratie over de aanpak van hun gezondheidsprobleem door de huisarts. Anderzijds kunnen patiënten betrokkenheid van de huisarts bij hun tweedelijnsbehandeling juist wel op prijs stellen, omdat zij zoveel mogelijk hun behandeling 'buiten het ziekenhuis' willen verkrijgen. Verder kunnen zij hun huisarts als vertrouwenspersoon en belangenbehartiger zien bij de voor hen zelf ondoorzichtige medische keuzes die aan de orde zijn bij behandeling in de tweedelijns.

Uit het bovenstaande kunnen we afleiden dat het streven naar continuïteitsinvloed voor huisartsen een complexe zaak is. Zij hebben daarbij te maken met de wensen van de patiënt. Bovendien ontnemen huisartsen hun belangrijkste machtsmiddel om continuïteitsinvloed uit te oefenen aan de mogelijkheid om een keuze te maken uit verschillende specialisten bij het verwijzen van patiënten naar de tweedelijns. De vraag is echter of huisartsen deze verbinding leggen en in hoeverre zij de keuze voor een bepaalde specialist laten afhangen van de mate waarin deze specialist ontvankelijk is voor hun continuïteitsinvloed. Om in termen van de sociale uitwisselingstheorie te spreken: speelt het streven naar continuïteitsinvloed een rol in het 'vergelijkingsniveau' - *"Heb ik als huisarts een aanvaardbare mate van continuïteitsinvloed in de relatie met deze specialist?"* - en in het 'vergelijkingsniveau voor alternatieven' van huisartsen - *"Ga ik met een andere specialist een verwijsrelatie aan, omdat ik daar een aanvaardbaarder mate van continuïteitsinvloed kan hebben?"* -. Voor de hand liggend is, dat het oordeel van de huisarts over de deskundigheid van de specialist in strikt medische zin hierin ook een belangrijke rol zal spelen (18, 19). Vooral bij ernstige aandoeningen zal deze deskundigheid zwaar wegen in de prioriteitenafweging, gegeven het primaire belang van de patiënt: zo volledig mogelijk herstel. Verder willen we benadrukken dat de motivatie van huisartsen om continuïteitsinvloed te willen uitoefenen moet voortkomen uit hun beroepsopvatting. Er lijken weinig materiële baten (zoals geldelijke beloning, minder werk, meer vrije tijd en dergelijke) verbonden met uitoefenen van continuïteitsinvloed. We komen op de kosten en baten verbonden aan het uitoefenen van continuïteitsinvloed overigens verderop in detail terug.

Hoe kunnen huisartsen de opbrengsten van hun continuïteitsinvloed op de specialist verhogen? De meest voor de hand liggende manier is door een coalitie met andere huisartsen te vormen. Als de huisartsen in een groep immers gezamenlijk besluiten om hun verwijzingen te doen naar specialisten die zich ontvankelijk betonen voor continuïteitsinvloed (en specialisten die daarvoor niet ontvankelijk zijn hun verwijzingen te onthouden), vergroot dat hun macht ten opzichte van individuele specialisten aanzienlijk. De vraag is echter of coalities van huisartsen met dit specifieke groepsdoel bestaan. Uiteraard zijn er huisartsen die in groepspraktijken of gezondheidscentra gezamenlijk praktijk voeren. Verder zijn er de waarneemgroepen van huisartsen en ook de plaatselijke huisartsenverenigingen. Veel is er niet over bekend, maar uit de praktijk zijn er wel signalen dat huisartsen in sommige gezondheidscentra de werkwijze van specialisten evalueren (onder andere op het vasthouden van patiënten in de tweedelij. Zij trekken op grond van hun evaluatie één lijn en besluiten patiënten al dan niet naar bepaalde specialisten(associaties) te verwijzen: zij voeren een gezamenlijk verwijsbeleid. Het is de vraag of huisartsen in groepspraktijken dat ook doen.

Voor de toekomst zijn er plannen voor de ontwikkeling van zogeheten huisartsengroepen (21) die op inhoudelijk terrein meer zullen gaan samenwerken dan thans het geval is bij de meerderheid van bestaande samenwerkingsverbanden van huisartsen. Wellicht zal dit vaker leiden tot coalities in verband met het uitoefenen van continuïteitsinvloed.

De mogelijkheden van huisartsen om continuïteitsinvloed uit te oefenen zullen daar het grootst zijn waar zij uit verschillende specialisten kunnen kiezen voor het verwijzen van patiënten. In situaties waar huisartsen geen of weinig alternatieven hebben, zijn zij afhankelijker van de specialisten met wie ze te maken hebben (vergelijk de boven vermelde tweede determinant van afhankelijkheid volgens Veen en Wilke). In de praktijk komt de situatie dat huisartsen niet kunnen kiezen voor, als zij, door geografische omstandigheden gedwongen, hun patiënten slechts naar één specifiek ziekenhuis kunnen verwijzen. In de praktijk zal dit vaak een streekziekenhuis zijn met een duidelijk afgebakend adherentiegebied dat niet 'bedreigd' wordt door andere ziekenhuizen. Specialist hoeven zich in dit geval uit concurrentie-overwegingen weinig gelegen te laten liggen aan de wensen van de huisartsen die naar hen verwijzen. In een andere situatie waar een streekziekenhuis duidelijk moet concurreren met bijvoorbeeld de topziekenhuizen uit een nabijgelegen stad, zal de bereidheid van specialisten in dit streekziekenhuis om aan de wensen van huisartsen tegemoet te komen en om de communicatie met huisartsen te verbeteren veel groter zijn. Overigens zullen specialisten uit streekziekenhuizen (met een al dan niet duidelijk afgebakend adherentiegebied) en huisartsen elkaar waarschijnlijk in het algemeen beter kennen in de persoonlijke sfeer, bijvoorbeeld omdat ze lid zijn van dezelfde ontspanningsverenigingen. Verder speelt een rol dat specialisten in streekziekenhuis met (veel) minder huisartsen te maken hebben dan de specialisten in topziekenhuizen. Daardoor is de kans groter dat zij elkaar persoonlijk kennen. Dat maakt het voor de specialisten in alle streekziekenhuizen moeilijker om de wensen van huisartsen te negeren.

Tabel 2.1: Overzicht van veronderstelde kosten en baten voor huisarts en specialist ten gevolge van 'continuïteitsinvloed' door de huisarts uitgeoefend op de specialist***

huisarts →		→	
specialist ↓ ↓ ↓			
baat		kost	baat noch kost
baat	Afstemming van de behandeling tussen huisarts en specialist houdt de patiënt tevreden** (item 5)		
			Specialist kan een vaste verwijzrelatie opbouwen met de huisarts**
kost			Specialist kan makkelijk achtergrond informatie krijgen over de patiënten die hij behandelt**
	Als particuliere patiënten onder controle zijn van de huisarts i.p.v. de specialist loopt de specialist inkomen mis en verwerft de huisarts extra inkomen; de tweedelijnsbehandeling van ziekenfondspatiënten betekent daarentegen geen verlies van inkomen voor de huisarts* (item 9, 14)	Huisarts en specialist zijn beiden extra tijd kwijt aan overleg die niet speciaal betaald wordt* (item 11, 12)	Specialist loopt inkomsten mis vanwege de kortere behandeling van ziekenfondspatiënten*
	Het werkt voor huisartsen status-verhogend regelmatig met specialisten om te gaan; voor specialisten werkt het regelmatig contact met huisartsen daarentegen status-verlagend (vooronderstelling is dat huisartsen en specialisten aan specialisten een hogere status toekennen dan aan huisartsen)** (item 4)		

baat
noch
kost

(vervolg tabel 2.1)

Huisarts is beter op de hoogte van de tweedelijnsbehandeling van een patiënt en kan daardoor zijn verdere werk voor de patiënt beter doen** (item 17)	Huisarts moet risico's nemen: diens vakbekwaamheid ten opzichte van zowel de patiënt als de specialist is in het geding** (item 6)
Huisarts maakt zijn positie als belangenebehartiger voor de patiënt (waaraan in de beroepscode veel waarde wordt toegekend) meer waar** (item 2, 3, 8, 10)	Huisarts moet zich eventueel verzetten tegen patiënten met de voorkeur voor behandeling in de tweede lijn; het risico bestaat dat deze patiënten van huisarts veranderen** (item 13)
Een regelmatig contact met een specialist maakt het voor de huisarts gemakkelijker deze specialist te consulteren in situaties waar dit onvermijdelijk is (bijv. spoedopname)** (geen item)	Huisarts krijgt extra werk gepaard gaand met de zorg voor patiënten, die sneller terugkomen uit de tweedelijns* (item 15)
Als de huisarts zoveel mogelijk de dingen doet die tot zijn takenpakket behoren, verhoogt de beroepssatisfactie van de huisarts** (item 1)	Huisarts moet eventueel overleggen met andere eerstelijns hulpverleners om snel uit de tweedelijns ontslagen patiënten thuis op te vangen* (item 16)
	Huisarts moet contact zoeken met aanvankelijk onbekende collega (de specialist) met hogere status** (item 7)

* kosten/baten die direct of indirect verband houden met inkomsten of werkbelasting

** kosten/baten in de relationele sfeer

*** vooruitlopend op het empirische deel van dit hoofdstuk is tussen haakjes achter de veronderstelde kosten en baten voor de huisarts vermeld, wat de corresponderende items van tabel 2.3 zijn; zie ook paragraaf 2.3.

Normen (gedragsregels die in zekere mate geaccepteerd worden door personen die met elkaar een relatie hebben) spelen ten aanzien van continuïteitsinvloed in zoverre een rol dat huisartsen en specialisten elkaar als regel schriftelijk informeren over de verwijzing naar de tweedelijns respectievelijk de terugverwijzing naar de eerstelijns. De huisarts begeleidt de verwijzing met de verwijsbrief en de specialist rapporteert terug via de specialistenbrief (ook 'polikliniekbrief' dan wel 'ontslagbrief' genoemd). De gewoonte om deze briefwisseling te voeren is in het verleden ooit ontstaan en wordt algemeen gehandhaafd, hoewel hij voor zover bekend niet gebaseerd is op officiële afspraken tussen huisartsen en specialisten¹. Wel hebben huisartsen onderling in het Basistakenpakket (12) de afspraak gemaakt om vanwege de continuïteit in de zorgverlening een verwijzing te begeleiden met een verwijsbrief.

Het onderzoek dat gedaan is naar de verwijsbrieven wijst er overigens niet op dat het merendeel van de huisartsen veel pogingen doet om binnen de mogelijkheden die deze brieven bieden gericht continuïteitsinvloed uit te oefenen op specialisten. Verwijsbrieven bevatten immers veelal geen duidelijke vraagstelling aan de specialist (22, 23, 24, 25, 26, 27, 28).

2.1.4 Overzicht van de kosten en baten voor huisartsen en specialisten van continuïteitsinvloed van de huisarts

In tabel 2.1 geven we een overzicht van de veronderstelde kosten en baten die voor huisartsen verbonden zijn aan het uitoefenen van continuïteitsinvloed². Daarbij zijn deze kosten en baten zo geordend dat tevens te zien is of de baat van de huisarts voor de specialist een kost is, etcetera. Omdat zowel voor huisartsen als voor specialisten ook de relatie met de patiënt in het geding is, kan het voorkomen dat een baat voor de huisarts niet direct een kost voor de specialist betekent; de baat voor de huisarts is dan namelijk in de relatie met de patiënt gelegen. Hetzelfde fenomeen doet zich bij specialisten voor.

In tabel 2.1 is te zien dat de kosten van de *specialist* vooral in de sfeer van inkomsten en werkbelasting liggen. Tegenover de baat van een 'vaste verwijsrelatie' (de huisarts verwijst in voorkomende gevallen patiënten naar deze specifieke specialist), staan de kosten: verlies van inkomsten ten gevolge van kortere behandeling van zowel ziekenfonds- als particuliere patiënten en overleg met de huisarts kost tijd. De veronderstelde kosten en baten van de *huisarts* lijken tenminste evenzeer te maken te hebben met diens relatie met de patiënt als met diens relatie met de specialist. In de relatie met de patiënt zal een centrale factor zijn de mate waarin de patiënt continuïteitsinvloed van de huisarts op prijs stelt. Voor de huisarts is het van belang patiënten tevreden te houden, omdat verdere contacten met ontevreden patiënten belastend voor de huisarts zijn, en omdat de patiënt kan veranderen van huisarts. Een direct materieel belang in het uitoefenen van continuïteitsinvloed heeft de huisarts slechts in de honorering die de behandeling van particuliere patiënten oplevert. Het gaat daarbij om de behandeling van particuliere patiënten die door de uitgeoefende continuïteitsinvloed sneller zijn terugverwezen naar de eerstelijns; zij dienen daarbij in bepaalde gevallen de rest van hun behandeling in de eerstelijns te krijgen.

2.2 Vraagstelling

In de boven besproken theoretische uitwerking van de continuïteitsinvloed van huisartsen op specialisten zijn veronderstellingen geformuleerd over de kosten en baten die met name huisartsen van het uitoefenen van dit type invloed ondervinden. Tevens is nagegaan in welke omstandigheden huisartsen meer dan wel juist minder continuïteitsinvloed hebben op specialisten. Het optreden in coalities met een gezamenlijk verwijz-beleid (wat waarschijnlijk in gezondheidscentra het meest gebeurt) en de mogelijkheid om te kiezen uit verschillende specialisten (*'keuzevrijheid'*) lijken daarbij de belangrijkste factoren die de continuïteitsinvloed van huisartsen vergroten. In deze omstandigheden is naar verwachting de 'opbrengst' van de uitgeoefende continuïteitsinvloed groter, omdat de materiële en immateriële 'baten' verkregen kunnen worden tegen geringere 'kosten'. De doelstelling van het empirische onderzoek waarvan we in het vervolg van dit hoofdstuk verslag doen is om te komen tot antwoorden op de volgende vier onderzoeksvragen:

1. In welke mate ervaren huisartsen de veronderstelde kosten en baten van continuïteitsinvloed in werkelijkheid?
2. Is er een schaal te ontwikkelen die de opbrengst meet van de kosten-batenafweging van huisartsen ten aanzien van het uitoefenen van continuïteitsinvloed? Het gaat hier om de ontwikkeling van een meetinstrument dat de 'opbrengst' (opbrengst zoals bedoeld in termen van de sociale uitwisselingstheorie) van continuïteitsinvloed meet. Als er overigens meerdere dimensies in deze opbrengst blijken te bestaan, zullen ook meerdere schalen worden ontworpen.
3. Welke aanwijzingen zijn er via de samenhang met verwante schalen voor de begripsvaliditeit van de nieuw ontworpen schaal?
4. Hebben coalitievorming en keuzevrijheid het veronderstelde positieve effect op de opbrengst van continuïteitsinvloed?

2.3 Methode

Om huisartsen te kunnen ondervragen over de kosten en baten van continuïteitsinvloed is een aantal Likert-items (met vijf-punts-antwoordschalen) ontworpen waarin kosten en baten geformuleerd zijn. Huisartsen is gevraagd in welke mate zij het er mee eens zijn dat bepaalde kosten en baten optreden. Bij het opstellen van de Likert-items is voor de kosten en baten van huisartsen die vermeld zijn in tabel 2.1 één of meer uitspraken verwoord. In tabel 2.3 (resultatensectie) is een overzicht van deze items te vinden.

Tezamen met andere vragen zijn de ontworpen items over kosten en baten van continuïteitsinvloed in een schriftelijke enquête voorgelegd aan de huisartsen die hebben meegewerkt aan de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (29, 30, 31), uitgevoerd door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). Ten behoeve van deze studie zijn in 1987 en 1988 bij 161 huisartsen³

Tabel 2.2: Overzicht van de schaalconstructie op houdingsdimensies van huisartsen

Dimensie	Toelichting	Bron	Aantal items	Cronbach's alpha
- taakopvatting t.a.v. het behandelen van aandoeningen ('taakopvatting t.a.v. behandeling')	- geneigdheid van de huisarts om aandoeningen zelf te behandelen versus ervoor te verwijzen naar de specialist	Dopheide, 1982 (32)	25	.67
- taakopvatting t.a.v. het diagnostiseren van aandoeningen ('taakopvatting t.a.v. diagnostiek')	- geneigdheid van de huisarts om bepaalde aandoeningen zelf te diagnostiseren versus ervoor te verwijzen naar de specialist	Dopheide, 1982 (32)	25	.86
- democratisch optreden t.o.v. patiënten	- geneigdheid tot delen van de verantwoordelijkheid met de patiënt	Grol, 1983 (34)	7	.65
- risico nemen	- klachten even aanzien versus ervan uitgaan dat klacht een eerste symptoom van een ernstige lichamelijke aandoening kan zijn	Grol, 1983 (34)	5	.75
- positieve gevoelens t.a.v. de beroepsuitoefening		Grol, 1983 (34)	12	.82
- negatieve gevoelens t.a.v. de beroepsuitoefening	- negatieve gevoelens zijn op andere aspecten van het beroep gebaseerd dan positieve	Grol, 1983 (34)	12	.76
- tevredenheid met tijdsverdeling werk - privé		Mechanic, 1975 (35) Mc Crane e.a., 1982 (36)	5	.75

in 103 verschillende praktijken uitgebreid gegevens verzameld.

In verband met vraagstelling 3 betreffende de validiteit van de schaal of schalen die de kosten-batenafweging van continuïteitsinvloed meten, bestuderen we de samenhang tussen deze schaal en de 'algemene taakopvattingsschaal', zoals ontwikkeld door Dopheide (32) en aangepast door Beek, Van Eijk en Rutten (33). De algemene taakopvattingsschaal meet, aldus Dopheide, "de neiging van de huisarts om de zaak in eigen hand te houden, om zeggenschap te houden over wat er met 'zijn' patiënt gebeurt" (32, p. 17). Hoewel de items van deze schaal niet refereren aan concrete kosten en baten van continuïteitsinvloed, is deze inhoudelijk duidelijk verwant aan onze nieuw te ontwerpen schaal. We hebben in deze studie de algemene taakopvattingsschaal met enige items uitgebreid. Daarnaast zijn twee dimensies in deze schaal die bij Dopheide en Beek e.a. door elkaar lopen gescheiden. Het betreft een normatieve component '*de huisarts behoort een taak te verrichten*' en een feitelijke component '*de huisarts voert een taak daadwerkelijk uit*'. We zullen de normatieve component blijven aanduiden met de 'algemene taak**opvatting**'; de feitelijke component duiden we aan met de 'algemene taak**uitoefening**'. Informatie over de algemene taakopvatting respectievelijk de algemene taakuitoefening is verkregen door de items op twee dimensies te laten beoordelen: 1. een huisarts is het er al dan niet mee eens dat tussen huisartsen en specialisten bepaalde taken op een specifieke wijze verdeeld **dienen te zijn**, en 2. in de praktijk komt het volgens een huisarts al dan niet vaak voor dat bepaalde taken **daadwerkelijk op deze wijze verdeeld zijn**. In de resultatensectie zullen we de op deze beide dimensies verrichte schaalconstructie beschrijven.

Om eventuele samenhangen met de bovenbesproken schalen te exploreren zijn tevens de items van 7 uit de literatuur bekende houdingsdimensies aan de onderzochte huisartsen voorgelegd. Hierop is schaalconstructie uitgevoerd. Tabel 2.2 geeft in een kort bestek de meest relevante informatie. Een gedetailleerde bespreking van de uitgevoerde schaalconstructie is te vinden bij Foets e.a. (37). In het algemeen geldt dat bij de uitgevoerde principale componentenanalyses is uitgegaan van items die door de ontwerpers van de schalen erin zijn opgenomen, tenzij bij andere oplossingen een hoger percentage verklaarde variantie en een hogere betrouwbaarheidscoëfficiënt verkregen kon worden. Was dit laatste het geval, dan werd deze oplossing aangehouden.

In verband met vraagstelling 4 hebben we in deze studie de variabele 'coalitievorming' geoperationaliseerd via de praktijkvorm. Zoals reeds is opgemerkt, gaan we er van uit dat de coalitievorming in gezondheidscentra het sterkst is. Daarnaast exploreren we eventuele effecten van coalitievorming bij duo- en groepspraktijken, omdat hier eveneens sprake is van bepaalde samenwerkingsverbanden tussen huisartsen.

Wat betreft de variabele 'keuzevrijheid' hebben we de volgende redenering toegepast. Als huisartsen voor het verwijzen kunnen kiezen uit verschillende specialisten, betekent dat in de praktijk dat zij kunnen kiezen uit verschillende ziekenhuizen, omdat de specialisten van éénzelfde specialisme binnen één ziekenhuis in de regel geassocieerd zijn. Het gaat dus om de mogelijkheid om te kiezen uit verschillende ziekenhuizen. Over deze vrijheid om te kiezen uit verschillende ziekenhuizen is in deze studie geen directe informatie beschikbaar. Deze keuzevrijheid is afgeleid uit de mate waarin de patiënten in de

vestigingsplaats van een huisarts worden opgenomen in één dan wel in meerdere ziekenhuizen. We lichten dit toe. Een huisarts die gevestigd is in een gemeente waar alle patiënten worden opgenomen in één ziekenhuis kan waarschijnlijk niet kiezen; wordt echter bijvoorbeeld 65% van de patiënten in een gemeente opgenomen in ziekenhuis A en de rest in één of meer andere ziekenhuizen, dan is, zo veronderstellen wij, de keuzevrijheid van een huisarts groter. Samengevat, als indicatie voor de keuzevrijheid van huisartsen hanteren we: het percentage patiënten dat wordt opgenomen in het 'belangrijkste' ziekenhuis (waar de meeste patiënten uit deze gemeente naar toe gaan); hoe lager dit percentage, hoe groter de keuzevrijheid van een huisarts.

2.4 Resultaten

2.4.1 Meningen van huisartsen over kosten en baten van continuïteitsinvloed

In tabel 2.3 is een overzicht aan te treffen van de mening van huisartsen over de mate waarin veronderstelde kosten en baten van continuïteitsinvloed in werkelijkheid als kosten dan wel baten ervaren worden.

Aan de verdelingen van de antwoordmogelijkheden is te zien, dat een meerderheid van de huisartsen instemt met het optreden van de baten van continuïteitsinvloed (de items met een asterix - * - achter het volgnummer); de gemiddelde score op deze items ligt namelijk steeds onder het midden van de antwoordschaal dat de waarde 3 heeft (1 = 'helemaal eens', etcetera, tot en met 5 = 'helemaal mee oneens'). Anderzijds is het merendeel van de huisartsen het oneens met het zich voordoen van de kosten (de items zonder een asterix - * - achter het volgnummer); de gemiddelde score op deze items ligt namelijk steeds boven het midden van de antwoordschaal.

2.4.2 Schaalconstructie

Schaalconstructie van kosten en baten van continuïteitsinvloed

Voor de constructie van één of meer schalen die de kosten-batenafweging van continuïteitsinvloed meten zijn eerst de scheef verdeelde items verwijderd⁴. Als 'scheef verdeeld' zijn aangemerkt de items waar meer dan 75% van de respondenten het (helemaal) mee eens dan wel (helemaal) mee oneens is. In de praktijk vallen op grond hiervan de volgende items af:

- item 1 (vrijwel eensgezind - 96% is het er al dan niet 'helemaal' mee eens - zeggen huisartsen zo veel mogelijk al hun kennis en kunde in de praktijk te willen toepassen),
- item 10 (vrijwel eensgezind - 92% is het er al dan niet 'helemaal' mee eens - zeggen huisartsen het als hun taak te beschouwen om ervoor te zorgen dat patiënten niet onnodig in de tweedelijns worden behandeld),
- item 13 (vrijwel eensgezind - 87% - zeggen huisartsen dat zij *niet* altijd ingaan op het verzoek van particuliere patiënten om verwezen te worden vanwege het gevaar dat zij overstappen naar een andere huisarts),

- item 16 (vrijwel eensgezind - 81% - zeggen huisartsen niet patiënten in het ziekenhuis behandeld te willen zien vanwege de tijd die het kost om het alternatief, de thuiszorg, met andere eerstelijnsdisciplines af te stemmen).

Bij nadere inspectie is item 16 echter gehandhaafd, omdat hier het scheefheidscriterium betrekkelijk weinig overschreden wordt. Bovendien is verderop in de schaalconstructie gebleken, dat dit item ook de betrouwbaarheidscoëfficiënt van één van de gevonden factoren verhoogt.

Daarna is op de overblijvende 14 items een principale componentenanalyse uitgevoerd. Voorafgaand daaraan zijn de items waarvoor dat nodig is (zie eerste voetnoot in tabel 2.3) omgescoord, zodat een hogere score steeds wijst op een hoger geachte 'opbrengst' van continuïteitsinvloed.

Uit de principale componentenanalyse resulteerden in eerste instantie vijf factoren met een eigenwaarde groter dan 1, die respectievelijk 17.1%, 15.3%, 10.5%, 8.4 % en 8.1% van de variantie verklaren. Na varimaxrotatie hebben zes items een factorlading groter dan .4 (dit is het gehanteerde criterium) op de eerste factor; deze heeft een betrouwbaarheidscoëfficiënt (Cronbach's alpha) van .66. Op elk van de volgende factoren laden maximaal drie items. Vanwege dit kleine aantal items voor factor 2 tot en met 5 en hun lage betrouwbaarheidscoëfficiënten is vervolgens een gedwongen drie-factoroplossing geprobeerd. Daarbij laden op factor 2 en 3 elk vier items; de dimensies blijken moeilijk te interpreteren; en de Cronbach's alpha is vooral bij de derde factor laag (respectievelijk .56 en .34). Daarom is uiteindelijk voor de volgende twee-factoroplossing gekozen:

- De eerste factor bestaat uit dezelfde zes items die eerder ook bij de vijf-factoroplossing op de eerste factor hoger dan .4 bleken te laden (Cronbach's alpha is .66)⁵. Het betreft de in tabel 2.3 **onderstreepte** items 2, 11, 12, 14, 15, en 16; hun factorladingen staan vermeld in de voorlaatste kolom van tabel 2.3. Bijna al deze items (11, 12, 14, 15 en 16) hebben direct betrekking op de materiële kosten van continuïteitsinvloed: de benodigde tijd en het ontbreken van specifieke honorering voor het consulteren van specialisten en het uitvoeren van taken op het grensvlak van eerste- en tweedelijns. Item 2 brengt tot uitdrukking in hoeverre huisartsen - vermoedelijk in verband met deze materiële kosten - vinden dat de verantwoordelijkheid voor verwezen patiënten geheel en al bij de specialist ligt. We duiden deze eerste factor aan als de schaal die de ervaren '**materiële kosten van continuïteitsinvloed**' meet.
- Op de tweede factor laden vijf items .4 of hoger, te weten item 4, 5, 6, 7, en 8; deze items zijn **vet** gedrukt in tabel 2.3 en hun factorladingen staan vermeld in de laatste kolom van deze tabel. De Cronbach's alpha voor deze factor is .60. Alle items laden hoger dan .50 en hebben betrekking op de kosten en baten die aan de verdere begeleiding van patiënten in de tweedelijns zijn verbonden. Het betreft daarbij specifiek de 'sociale' kosten (de moeilijkheden van de communicatie met specialisten - item 6 en 7 - en met patiënten - item 8 -) en de 'sociale' baten (de genoegens van de communicatie met patiënten - item 5 - en specialisten - item 4 -). We duiden deze tweede factor aan als de schaal die de ervaren '**sociale kosten en baten van continuïteitsinvloed**' meet.

Tabel 2.3: Overzicht van de meningen van huisartsen (percentages per antwoordmogelijkheid) over kosten en baten van continuïteitsinvloed** (N = 161***)

Antwoordmogelijkheden:	1	2	3	4	5	gemiddelde (zonder dat is omgescoord)	lading op factor 1 (indien > .40)	lading op factor 2 (indien > .40)
1 = helemaal mee eens								
2 = mee eens								
3 = deels wel, deels niet mee eens								
4 = mee oneens								
5 = volstrekt mee oneens								
1*. Ik vind het belangrijk om zo veel mogelijk van mijn kennis en kunde als huisarts in de praktijk toe te passen	61	35	3	1	0	1.43	**** nvt	nvt
2. <u>Als ik één van mijn patiënten verwezen heb naar de specialist, ligt naar mijn idee de verantwoordelijkheid voor de verdere behandeling van deze patiënt geheel en al bij deze specialist</u>	2	8	44	36	10	3.44	.46	
3*. Ik vind, dat ik zoveel mogelijk de specialistische behandeling van mijn patiënten vanuit een huisarts-geneeskundig perspectief behoor te toetsen	16	52	25	6	1	2.26		
4*. Ik vind het een prettige activiteit om met specialisten van gedachten te wisselen over de diagnostiek en behandeling van mijn patiënten	20	53	20	6	1	2.14		.64
5*. Voor veel van mijn patiënten ben ik de vertrouwenspersoon die opkomt voor hun belangen, ook als zij onder specialistische behandeling zijn	19	54	23	4	0	2.11		.61
6. Met mijn generalistische kennis als huisarts schiet ik vaak te kort om adequaat te kunnen communiceren met specialisten met al hun specialistische kennis	0	6	24	54	16	3.81		.63
7. Ik vind het veel makkelijker om overleg te plegen met collega-huisartsen dan met specialisten	3	19	18	46	14	3.48		.59
8. Ik vind dat ik een afwachthouding aan moet nemen ten opzichte van de tweedelijnsbehandeling van mijn patiënten, tenzij de patiënt zelf om mijn bemoeienis vraagt	0	21	33	43	3	3.28		.50
9. Als mijn ziekenfondspatiënten naar de specialist willen, zal ik ze niet tegenhouden	4	18	42	29	7	3.16		
10*. Ik beschouw het als mijn taak om te zorgen dat mijn patiënten niet onnodig in de tweede lijn behandeld worden	40	52	4	3	1	1.73	nvt	nvt

(vervolg tabel 2.3)

	1	2	3	4	5	gemid- delde (zonder dat is omge- scoord)	lading op fac- tor 1 (indien > .40)	lading op fac- tor 2 (indien > .40)
11. <u>Ik vind het bezwaarlijk, dat ik geen speciale honorering ontvang voor het consulteren van specialisten</u>	4	7	23	51	15	3.66	.45	
12. <u>Mijn grootste bezwaar tegen het consulteren van specialisten, is dat het zoveel tijd kost</u>	4	11	21	47	17	3.63	.59	
13. Als mijn particuliere patiënten naar de specialist willen, stem ik daarmee altijd in om niet het risico te lopen dat ze een andere huisarts nemen	1	3	10	50	37	4.18	nvt	nvt
14. <u>Ik ben als huisarts pas bereid om meer dingen op het grensvlak van de eerste en tweede lijn te doen, als er extra honorering tegenover staat</u>	3	12	37	39	9	3.42	.74	
15. <u>Ik heb er groot bezwaar tegen om steeds meer dingen op het grensvlak van eerste en tweede lijn te moeten doen, omdat het mij zoveel tijd kost</u>	0	21	29	40	10	3.39	.73	
16. <u>Als je ziet hoeveel tijd het kost om de zorg voor patiënten af te stemmen met andere eerstelijnsdisciplines, dan denk ik vaak: 'laat die patiënt maar in het ziekenhuis'</u>	0	7	12	54	27	4.01	.61	*
17*. Behalve wanneer het gaat om routine-zaken, houd ik mij altijd uit mezelf al op de hoogte van de tweedelijns-behandeling van mijn patiënten. Dit voor het geval dat de patiënt na afloop van de tweedelijnsbehandeling of tussentijds weer een beroep op mij doet	9	45	31	14	1	2.52		

* Dit item is omgescoord ten behoeve van het berekenen van de betrouwbaarheidscoëfficiënten en de eventuele schaalscores.

** Onderstreepte items blijken na principale componenten-analyse deel uit te maken van de schaal 'materiële kosten van continuïteitsinvloed'; vet gedrukte items vormen de schaal 'sociale kosten en baten van continuïteitsinvloed'.

*** Bij deze en alle volgende tabellen van dit hoofdstuk is het maximale aantal ontbrekende waarnemingen 5.

**** 'nvt' wil zeggen dat geen factorlading is berekend, omdat het item vanwege zijn scheefheid is afgevoerd.

Afgezien van de eerder besproken scheef verdeelde items blijven bij de gekozen twee-factoroplossing drie items buiten beschouwing. Het betreft respectievelijk:

- item 3 (dat ingaat op de mate waarin huisartsen vinden dat ze specialistische behandeling van hun patiënten vanuit huisartsgeneeskundig perspectief behoren te toetsen; 68% is het hier (helemaal) mee eens),
- item 9 ("als mijn ziekenfondspatiënten naar de specialist willen, zal ik ze niet tegenhouden"; 22% is het hier (helemaal) mee eens),
- item 17 (dat ingaat op de mate waarin de huisarts de tweedelijnsbehandeling van verwezen patiënten uit eigen beweging blijft volgen om op de hoogte te zijn als de patiënt een beroep op hem/haar doet; 54% is het hier (helemaal) mee eens).

De scores op de beide ontwikkelde schalen bestaan uit het gemiddelde van de scores op de items die deel uitmaken van de beide respectievelijke factoren, waarbij geldt hoe hoger de score op de schaal, hoe positiever de kosten-batenafweging. De gemiddelde schaalscore voor de 'materiële kosten van continuïteitsinvloed' bedraagt 3.58 en de standaarddeviatie is .55 (beide niet vermeld in de tabel). Voor de 'sociale kosten en baten van continuïteitsinvloed' bedraagt het gemiddelde 3.67 en de standaarddeviatie is .53 (eveneens beide niet vermeld in de tabel).

Schaalconstructie 'algemene taakopvatting' en 'algemene taakuitoefening'

In tabel 2.4 is een overzicht te vinden van de 15 items die zijn voorgelegd voor het meten van de algemene taakopvatting en taakuitoefening. Tevens zijn de reacties weergegeven van de geënquêteerde huisartsen.

Voor de constructie van de taakopvattingsschaal vallen 8 van de 15 items af op het scheefheids criterium ('meer dan 75% (helemaal) mee eens/oneens'). Op al deze items getuigt een zeer groot deel van de huisartsen van een brede taakopvatting. Op de overblijvende 7 items (item 4, 7, 8, 9, 10, 11 en 12) werd na eventuele omscoring een principale componentenanalyse uitgevoerd. Hieruit kwamen twee factoren naar voren: de eerste factor bestaande uit de items 4, 7 en 10, die 35.1% van de variantie verklaart en een Cronbach's alpha heeft van .62; en de tweede factor bestaande uit de items 8, 9, 11 en 12, die 15.9% van de variantie verklaart en een Cronbach's alpha heeft van .56.

Met name gezien de inhoudelijk moeilijk afzonderlijk te interpreteren dimensies van de gevonden factoren en het kleine aantal items per factor, is besloten een gedwongen één-factoroplossing uit te voeren. Op deze ene factor laden alle items hoger dan .4 uitgezonderd item 8. De zes overgebleven items hebben factorladingen tussen .58 en .69 (de - al dan niet vet gedrukte - **onderstreepte** items in tabel 2.4). De Cronbach's alpha is .70. De items hebben alle betrekking op de taakverdeling en de afstemming van taken tussen huisarts en specialist, met name wat betreft het intramurale deel van de specialistische behandeling. De gemiddelde schaalscore bedraagt 3.32 (hoe hoger de schaalscore, hoe 'breder' de algemene taakopvatting) en de standaarddeviatie is .53 (beide waarden zijn niet vermeld in de tabel).

Voor de constructie van de taakuitoefeningsschaal vallen 2 van de 15 items af op het scheefheidscriterium. Uit deze twee items (item 7 en 10) blijkt een geringe wens tot betrokkenheid van de huisarts bij de behandeling van in het ziekenhuis opgenomen patiënten.

Op de 13 items die na verwijdering van de 'scheve' items resteren is een principale componentenanalyse uitgevoerd. Daaruit kwam in eerste instantie een vijf-factorenoplossing naar voren met respectievelijk 23.4% verklaarde variantie voor de eerste factor, 11.2% voor de tweede, 9.4% voor de derde, 8.4% voor de vierde en 8.0% voor de vijfde factor. Het grote verschil in verklaarde variantie tussen de eerste factor en de daarop volgende factoren, evenals het feit dat deze overige factoren moeilijk afzonderlijk interpreteerbaar zijn, was aanleiding om te pogen tot een meer 'overall'-indicatie van de taakuitoefening te komen. Gegeven het reeds genoemde grote verschil in hoeveelheid verklaarde variantie tussen de eerste factor en alle volgende, is daartoe meteen overgegaan tot het uitvoeren van een één-factoroplossing. Daarbij blijven er 8 items over met een factorlading groter dan .4 (de - al dan niet onderstreepte - **vet** gedrukte items in tabel 2.4). De verklaarde variantie is 23.4% en de Cronbach's alpha bedraagt **.74**. Hoewel het voor het merendeel niet om exact dezelfde items gaat als bij de algemene taakopvattingsschaal, hebben de items evenals bij deze laatst genoemde schaal allemaal betrekking op de taakverdeling en de afstemming van taken tussen huisarts en specialist, met name inzake het intramurale deel van de specialistische behandeling.

De gemiddelde schaalscore bedraagt 3.09 (hoe hoger de schaalscore, hoe 'breder' de algemene taakuitoefening) en de standaarddeviatie is .46 (beide waarden zijn niet vermeld in de tabel).

Tabel 2.4: Overzicht van de meningen van huisartsen (percentages per antwoordmogelijkheid) over 'taakopvatting' en 'taakuitoefening' (N = 161)**

	taakopvatting***							taakuitoefening****						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1*. Je moet je als huisarts bij alles wat je doet afvragen of je niet op het terrein van de specialist dreigt te komen	0	2	7	57	34	4.24	nvt	1	3	34	47	15	3.70	
2. Een deel van het diagnostisch werk, dat uitsluitend door specialisten wordt gedaan zou eigenlijk even goed door huisartsen gedaan kunnen worden	20	55	19	5	1	2.12	nvt	4	27	56	12	1	2.80	
3. Controle van chronische patiënten hoort, als het ook maar enigszins mogelijk is, te worden verricht door de huisarts	38	47	13	2	0	1.78	nvt	14	37	48	1	0	2.35	.50
4. <u>Specialisten moeten zich in de eerste plaats opstellen als consulenten voor de huisarts</u>	18	38	27	14	3	2.45	.59	1	13	56	27	3	3.15	.42
5. Een patiënt bij wie de specialist geen afwijking heeft gevonden, behoort direct te worden terugverwezen naar de huisarts	53	43	3	1	0	1.52	nvt	8	46	41	5	0	2.42	.48
6. Een huisarts die een ziekenhuispatiënt bezoekt, zou óók zonder tussenkomst van de specialist de status moeten kunnen inzien	41	41	9	8	1	1.87	nvt	17	21	19	24	19	3.06	
7. <u>De huisarts die dat wil, zou in het ziekenhuis sommige van zijn opgenomen patiënten moeten kunnen meebehandelen</u>	8	40	28	19	5	2.74	.61	0	1	13	31	55	4.41	nvt
8*. Als de huisarts en specialist van mening verschillen over de wenselijkheid van een ziekenhuisopname dient het oordeel van de specialist de doorslag te geven	2	4	43	42	9	3.52		9	4	36	36	15	3.45	
9. <u>Specialisten behoren tijdens een ziekenhuisopname geld overleg te plegen met huisartsen over hun patiënten</u>	12	39	37	10	2	2.51	.64	1	3	29	57	10	3.73	.60
10. <u>Bij de behandeling van ziekenhuispatiënten zou de inbreng van de huisarts even groot moeten zijn als die van de specialist</u>	3	8	29	55	5	3.50	.69	1	1	14	47	37	4.18	nvt

(vervolg tabel 2.4)

	taakopvatting***							taakuitoefening****						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
11. <u>Als de specialist de huisarts verzoekt om na een jaar een nieuwe verwijskaart af te geven, behoort de huisarts éérst te vragen of dat wel echt nodig is</u>	16	47	23	13	1	2.38	.58	5	13	25	43	14	3.47	
12. <u>De specialist zou als regel de huisarts moeten betrekken bij zijn beslissing om de patiënt op te nemen</u>	10	43	33	13	1	2.52	.67	2	14	33	41	10	3.45	.69
13. <u>De specialist zou de huisarts een grote rol moeten toekennen in de medische nazorg na een ziekenhuisopname</u>	26	63	10	1	0	1.87	nvt	6	35	46	13	0	2.67	.73
14. <u>Als een patiënt na een ziekenhuisopname in medisch opzicht nazorg nodig heeft, zou dat, als het maar enigszins mogelijk is, gedaan moeten worden door de huisarts</u>	33	59	8	0	0	1.75	nvt	10	37	46	7	0	2.51	.68
15. <u>Als een patiënt in medisch opzicht nazorg nodig heeft na een ziekenhuisopname, zou de specialist daarover altijd contact op moeten nemen met de huisarts</u>	47	48	5	0	0	1.57	nvt	7	20	47	25	1	2.94	.60

* Dit item is omgescoord ten behoeve van het berekenen van de betrouwbaarheidscoëfficiënten en de eventuele schaalscores.

** Onderstreepte items blijken na principale componenten-analyse deel uit te maken van de 'taakopvattingen'-schaal;
Vet gedrukte items van de 'taakuitoefeningen'-schaal, (vet en onderstreept: item in beide schalen).

*** 'taakopvatting'

- 1 = helemaal mee eens
- 2 = mee eens
- 3 = deels wel, deels niet mee eens
- 4 = mee oneens
- 5 = volstrekt mee oneens
- 6 = gemiddelde
- 7 = factorlading; 'nvt' wil zeggen dat geen factorlading is berekend, omdat het item vanwege zijn scheefheid is afgevoerd

**** 'taakuitoefening' (in mijn praktijk is dat ... het geval)

- 1 = meestal
- 2 = vaak
- 3 = soms wel, soms niet
- 4 = zelden
- 5 = nooit
- 6 = gemiddelde
- 7 = factorlading; 'nvt' zie taakopvatting

De validiteit van de schalen 'materiële kosten' en 'sociale kosten' van continuïteitsinvloed

In tabel 2.5 wordt een overzicht gegeven van de samenhangen tussen de beide nieuw ontworpen schalen in verband met kosten en baten van continuïteitsinvloed ('materiële kosten' en 'sociale kosten en baten') enerzijds en de algemene taakopvattings- en de algemene taakuitoefeningsschaal anderzijds. Tevens worden de samenhangen van deze vier schalen met andere houdingskenmerken van de onderzochte huisartsen gepresenteerd.

Tabel 2.5: Overzicht van de samenhangen (Pearson correlatie coëfficiënten)* tussen 'materiële kosten' en 'sociale kosten en baten' van continuïteitsinvloed en andere houdingskenmerken van huisartsen (N=161). N.B. Voor de volledige correlatiematrix, zie eindnoot⁶.

Kenmerken van de huisarts	materiële kosten van continuï- teitsin- vloed	sociale kosten en baten van continuï- teitsin- vloed	algemene taakopvat- ting	algemene taakuitoefe- ning
<u>Houdingskenmerken</u>				
- algemene taakopvatting	--	--		.20
- algemene taakuitoefening	--	.31	.20	
- taakopvatting t.a.v. behandeling	--	--	.32	--
- taakopvatting t.a.v. diagnostiek	--	--	.25	--
- democratisch optreden t.o.v. patiënten	.36	--	.16	-.15
- risico nemen	.23	--	--	-.17
- positieve gevoelens t.a.v. beroeps- uitoefening**	--	.20	--	--
- negatieve gevoelens t.a.v. beroeps- uitoefening***	--	.23	--	--
- tevredenheid met tijdsverdeling werk - privé	--	--	--	--

* Alleen significante correlaties ($\alpha = .05$) die groter zijn dan .10 zijn in de tabel vermeld.

** De items hebben betrekking op positieve gevoelens ten aanzien van het huisartsenberoep.

*** De items hebben betrekking op negatieve gevoelens ten aanzien van het huisartsenberoep.

Uit de tabel is op te maken dat de 'materiële kosten' van continuïteitsinvloed het sterkst samenhangen met de mate waarin huisartsen democratisch optreden ten opzichte van patiënten ($r = .36$). Blijkbaar ervaren huisartsen die meer op gelijke voet zeggen om te gaan met patiënten minder de materiële kosten (gegeven de richting die aan de schaal gegeven is betekent dit een hogere score en dus een positieve correlatie) van het uitoefenen van continuïteitsinvloed. Verder blijken huisartsen die meer risico durven te nemen

blijkens hun antwoorden op de attitudeschaal eveneens minder dergelijke kosten te zien. Het saldo van de 'sociale kosten en baten' van continuïteitsinvloed, de 'opbrengst', is hoger bij huisartsen die in sterkere mate te kennen geven dat ze een breed takenpakket en een goede afstemming met specialisten (dit is de 'algemene taakuitoefening') weten te realiseren ($r = .31$). Ook hebben dergelijke huisartsen meer plezier in het vak blijkens een hogere score op de 'positieve' en ook op de 'negatieve gevoelens ten aanzien van de beroepsuitoefening' (de schaal van negatieve gevoelens is omgescoord, zodat een hogere score meer positieve gevoelens inhoudt).

De scores op de algemene taakopvattingsschaal blijken positief samen te hangen met de scores op de algemene taakuitoefeningsschaal ($r = .20$). Dit betekent dat huisartsen die een relatief breed takenpakket en relatief veel inbreng bij de tweedelijsbehandeling (de algemene taakopvatting) zeggen te wensen, vaker vinden dat er van deze zaken in de dagelijkse praktijk relatief veel terecht komt. Verder geldt hoe breder de algemene taakopvatting, hoe breder ook de taakopvatting ten aanzien van het behandelen van aandoeningen en de taakopvatting ten aanzien van het diagnostiseren van aandoeningen. (De beide laatste schalen zijn te beschouwen als specifieke uitwerkingen van de algemene taakopvatting en de gevonden samenhangen liggen dan ook voor de hand.) Verder geldt hoe democratischer een huisarts optreedt ten opzichte van patiënten, hoe breder zijn of haar algemene taakopvatting.

Ten slotte blijkt dat naarmate de algemene taakuitoefening van een huisarts breder is, deze huisarts juist iets minder democratisch optreedt ten opzichte van patiënten ($r = -.15$) en iets minder risico neemt ($r = -.17$).

2.4.3 De effecten van 'coalitievorming' en 'keuzevrijheid' op kosten en baten van continuïteitsinvloed

In tabel 2.6 is een overzicht te vinden van de geconstateerde effecten van coalitievorming en keuzevrijheid op de beide dimensies die zijn onderscheiden in de kosten en baten van continuïteitsinvloed: 'materiële kosten' en 'sociale kosten en baten'. Ter referentie zijn tevens de effecten van genoemde factoren op de algemene taakopvatting en de algemene taakuitoefening weergegeven.

Uit tabel 2.6 is op te maken dat huisartsen in gezondheidscentra gemiddeld de minste (ze hebben de hoogste score) materiële kosten verbonden zien aan continuïteitsinvloed. Het verschil ten opzichte van de huisartsen in solo-, duo-, en groepspraktijken, die dicht bij elkaar scoren, is significant⁷ ($t = 2.39$, $df = 152$, $p < .05$ ⁸). Dat dit verschil specifiek met het functioneren van huisartsen in gezondheidscentra te maken heeft, wordt bevestigd, doordat zoals gezegd de huisartsen in groepspraktijken niet noemenswaardig afwijken van de huisartsen in duo- en solopraktijken. Bovendien blijkt het verschil niet aan het aantal huisartsen in de coalitie als zodanig te liggen, want het aantal huisartsen is groter in de onderzochte groepspraktijken dan in de gezondheidscentra (gemiddeld drie, respectievelijk twee huisartsen).

De huisartsen in gezondheidscentra hebben overigens ten opzichte van hun collega's in andere praktijkvormen ook een bredere algemene taakopvatting ($t = 3.29$, $df = 151$, $p < .05$), terwijl het verschil bij de sociale kosten en baten van continuïteitsinvloed en de algemene taakuitoefening niet significant is.

Tabel 2.6: Verschillen in gemiddelden van 'materiële kosten' en 'sociale kosten en baten' van continuïteitsinvloed, 'algemene taakopvatting' en 'algemene taakuitoefening' al naar gelang de praktijkvorm en keuzevrijheid

	materiële kosten van continuï- teitsin- vloed	sociale kosten en baten van continuï- teitsin- vloed	algemene taakop- vatting	algemene taakuit- oefening
- praktijkvorm:				
solo-praktijk; N=52	3.53	3.60	3.32	3.10
duo-praktijk; N=57	3.56	3.68	3.29	3.08
groepspraktijk; N=31	3.54	3.78	3.22	3.05
gezondheidscentrum; N=16	3.90	3.67	3.64	3.22
- keuzevrijheid (percentage patiënten opgenomen in het 'belangrijkste' ziekenhuis):				
'klein' (90-75%); N=53	3.73	3.63	3.23	3.03
'middel' (74-45%); N=53	3.53	3.66	3.41	3.07
'groot' (44-15%); N=52	3.49	3.70	3.31	3.15

Ten aanzien van de keuzevrijheid blijkt het verschil tussen de huisartsen met een kleine en een grote keuzevrijheid significant wat betreft de materiële kosten van continuïteitsinvloed. De huisartsen met een relatief grote keuzevrijheid komen tot hogere kosten (resultierend in een lagere score op de ontworpen schaal) dan die met een kleine keuzevrijheid ($t=2.33$, $df=103$, $p<.05$).

2.5 Discussie

2.5.1 De theoretische analyse

In het bovenstaande is op basis van de sociale uitwisselingstheorie een theoretische analyse gemaakt van de invloed van de huisarts op de specialist. In de invloed die de huisarts heeft op de specialist is daarbij onderscheid gemaakt tussen selectie-invloed en continuïteitsinvloed, waarbij het laatste type invloed centraal is gesteld. Met selectie-invloed wordt verwezen naar de invloed die de huisarts heeft op de samenstelling van het patiëntenbestand van de specialist. Met continuïteitsinvloed wordt bedoeld op de invloed van de huisarts die gericht is op een optimaal huisartsgeneeskundige inbreng in de tweedelijnsbehandeling van patiënten, met als mogelijke implicatie een zo kort mogelijk verblijf van patiënten in de tweede lijn. Zowel vanuit het perspectief van de kwaliteit van de zorg als vanuit het perspectief van de kosten van de zorg is inzicht in het optreden

van continuïteitsinvloed en in de achterliggende mechanismen van belang.

Door de beroepsorganisaties van huisartsen wordt het belang van continuïteitsinvloed van huisartsen op specialisten vanuit zorginhoudelijk oogpunt onderdreept. We veronderstelden dat voor individuele huisartsen de motivatie om continuïteitsinvloed uit te oefenen vooral ook zal voortkomen uit zorginhoudelijke motieven, omdat binnen het huidige systeem directe materiële voordelen veel minder op het spel staan.

Het belangrijkste machtsmiddel van huisartsen tegenover specialisten is de mogelijkheid om specialisten die zich niet ontvankelijk betonen voor hun continuïteitsinvloed verwijzingen te onthouden. Omdat één specialist voor de instroom van verwezen patiënten afhankelijk is van diverse huisartsen, zal daarbij een collectieve afspraak van een groep huisartsen om een specialist of specialisten-associatie in een bepaald ziekenhuis de verwijzingen te onthouden, het meest effectief zijn. We veronderstelden dat met name huisartsen in gezondheidscentra meer continuïteitsinvloed zullen uitoefenen dan hun collega's in solo-, duo-, en groepspraktijken. Verder zijn er aanwijzingen dat ziekenhuizen die zich in een concurrentiepositie bevinden ten opzichte van andere ziekenhuizen, zich meer inspanningen getroosten om te komen tot een goede communicatie met huisartsen. In aansluiting daarop veronderstelden we dat huisartsen die in hun verwijzingsbeleid kunnen kiezen uit verschillende ziekenhuizen meer baten en kosten van continuïteitsinvloed zullen ervaren dan huisartsen die door geografische omstandigheden gedwongen uitsluitend kunnen verwijzen naar slechts één ziekenhuis.

Bij het uitoefenen van continuïteitsinvloed is er voor de huisartsen een complicerende factor vanuit de positie van de patiënt. Niet alle patiënten zullen na verwijzing door de huisarts diens verdere betrokkenheid op prijs stellen.

2.5.2 De onderzoeksresultaten

Uit het beschikbare empirische materiaal blijkt dat de meeste huisartsen instemmen met het optreden van de bestudeerde baten van continuïteitsinvloed, terwijl daarentegen een meerderheid van de huisartsen het oneens is met het zich voordoen van de bestudeerde kosten. Dit resultaat vormt een aanwijzing dat de meeste huisartsen positief staan ten opzichte van het uitoefenen van continuïteitsinvloed. De vraag is in hoeverre een dergelijke veronderstelde positieve houding wordt omgezet in daarbij passend gedrag. Met name in hoofdstuk 7 en 8 zullen we hierop ingaan.

Schaalconstructie wijst uit dat er in de kosten en baten van continuïteitsinvloed twee dimensies te onderscheiden zijn. De eerste dimensie houdt verband met de materiële kosten van continuïteitsinvloed (er blijken geen baten-items op de factor te laden), die vooral betrekking hebben op de extra tijd die het verlenen van zorg op het grensvlak van eerste- en tweedelijns en het consulteren van specialisten van huisartsen vraagt, zonder dat daar extra honorering tegenover staat. De tweede dimensie heeft betrekking op de sociale kosten zowel als baten die voor huisartsen aan de omgang met patiënten en specialisten in het kader van het uitoefenen van continuïteitsinvloed verbonden zijn.

Overigens blijkt 92% van de huisartsen het er (helemaal) mee eens, dat patiënten niet onnodig in de tweedelijns behandeld moeten worden en 96% vindt het belangrijk om als huisarts zoveel mogelijk kennis en kunde in de praktijk toe te passen. Vanuit beleidsmatig oogpunt betekent dit, dat activiteiten om huisartsen ervan te *overtuigen* dat substi-

tutie van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg weinig effect zullen sorteren. Vrijwel iedereen is immers al van dit standpunt overtuigd. Maatregelen zullen er meer concreet op gericht moeten zijn de voorwaarden te scheppen voor substitutie.

Voor de validiteit van de ontworpen schalen 'materiële kosten' en 'sociale kosten en baten' van continuïteitsinvloed zijn in beperkte mate aanwijzingen gevonden in de verwachte samenhang met de algemene taakopvattingsschaal van Dopheide (32), in deze studie opgesplitst in een normatieve component (de algemene taakopvattingsschaal) en een feitelijke component (de algemene taakuitoefeningsschaal). Hoe positiever namelijk de afweging van de sociale kosten en baten van continuïteitsinvloed van een huisarts is, des te positiever oordeelt deze huisarts ook over de mate waarin het in de praktijk lukt 'zeggen te houden over wat er met zijn patiënten gebeurt' ($r = .31$), de terminologie van Dopheide hanterend. De schaal 'sociale kosten en baten van continuïteitsinvloed' correleert om overigens onduidelijke redenen niet met de algemene taakopvattingsschaal.

De nieuw ontworpen schaal 'materiële kosten van continuïteitsinvloed' correleert niet met de algemene taakopvattingsschaal en ook niet met de algemene taakuitoefeningsschaal. De verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de bedoelde materiële-kostenschaal zich uit de aard der zaak toespitst op de materiële kant van de zaak, terwijl de algemene taakopvatting refereert aan een morele kwestie, namelijk wat huisartsen op het grensvlak van eerste- en tweedelijns behoren te doen.

Dat de wijze waarop huisartsen omgaan met patiënten verband houdt met de door hen gemaakte beoordeling van de materiële kosten van continuïteitsinvloed is op te maken uit de gebleken samenhang met het op voet van gelijkheid omgaan met patiënten, het democratisch optreden, ($r = .36$). Een interpretatie ligt niet direct voor de hand, maar blijkbaar hechten democratisch optredende huisartsen minder belang aan de materiële zaken waar het in het ontworpen meetinstrument vooral om gaat.

Op grond van de theoretische uitwerking veronderstelden we dat coalitievorming en keuzevrijheid (de mogelijkheid om bij het verwijzen uit verschillende specialisten te kiezen) belangrijke voorspellers zouden zijn voor de kosten-batenafweging die huisartsen maken ten aanzien van continuïteitsinvloed. Gevonden is dat de onderzochte huisartsen in gezondheidscentra de materiële kosten van continuïteitsinvloed minder bezwaarlijk achten dan hun collega's in solo-, duo-, en groepspraktijken, die onderling weinig verschilden. Aanwijzingen werden verder gevonden dat in elk geval niet zonder meer de grootte van de coalitie hier van belang is. Het gemiddeld aantal huisartsen in de onderzochte groepspraktijken is immers groter, terwijl zij niet van solo- en duopraktijken afwijken in hun oordeel over de materiële kosten. Wel speelt mogelijk de mentaliteit van de betrokken groepen huisartsen een rol, omdat de huisartsen in gezondheidscentra tevens een bredere algemene taakopvatting blijken te hebben. Wat betreft de generalisatie ervan kunnen we deze onderzoeksresultaten slechts opvatten als voorlopige aanwijzingen, met name omdat het aantal bestudeerde huisartsen in gezondheidscentra niet groter dan 16 is. Keuzevrijheid bleek effecten te hebben die tegengesteld zijn aan de veronderstelde richting (verondersteld werd dat huisartsen die de vrijheid hebben uit

meerdere verwijsbestemmingen te kiezen tegen geringere kosten continuïteitsinvloed kunnen uitoefenen), in de zin dat huisartsen met veel mogelijkheden om te kiezen tussen specialisten in deze studie juist meer de materiële kosten van continuïteitsinvloed blijken te ervaren dan huisartsen met weinig keuzemogelijkheden. Mogelijk speelt hier het fenomeen een rol dat we ook in de inleiding noemden, namelijk dat huisartsen in de situatie waar zij weinig keuzevrijheid hebben de specialisten beter kennen op grond van persoonlijke relaties. Dit laatste aspect zou dan belangrijker zijn dan de mogelijkheid om te kiezen. Hier geldt echter voorzichtigheid bij de generalisatie van resultaten vanwege de beperkingen van het huidige onderzoek. Keuzevrijheid zou namelijk pas van belang kunnen zijn, wanneer huisartsen in coalities optreden; alleen wanneer grotere aantallen huisartsen hun patiënten wel of niet verwijzen naar een specialistenassociatie, maakt dit voor deze specialistenassociatie immers substantieel iets uit. Om deze gedachte te toetsen, zou men een groter aantal huisartsen in gezondheidscentra in onderzoek moeten betrekken.

Eindnoten

1. Wel is in de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgelegd dat de specialist een gemotiveerd verzoek aan de huisarts dient te doen voor een verlengingsverwijzing, als hij de behandeling na één jaar wenst voort te zetten.
2. Let wel, het gegeven overzicht is het product van een voorwetenschappelijke analyse die bedoeld is om tot een systematisch overzicht van plausibele (op veronderstellingen van de onderzoeker gebaseerde) kosten en baten van continuïteitsinvloed te komen. Het overzicht is vooral bedoeld als hulpmiddel bij het formuleren van de items voor het empirische deel van deze studie (zie tabel 2.3). Beoogd wordt daarmee tot een verzameling items te komen, die zoveel mogelijk alle voor huisartsen geldende kosten en baten dekt.
In logische volgorde worden bij de gehanteerde werkwijze de volgende veronderstellingen gedaan:
1. Huisartsen maken een kosten - baten afweging; 2. De kosten en baten, zoals geanalyseerd in tabel 2.1 en uitgewerkt in de items van tabel 2.3, zijn de belangrijkste voor huisartsen geldende kosten en baten.
3. De Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk bestaat uit enkele tientallen deelprojecten. Het onderzoek waarvan in het voorliggende hoofdstuk 2 (en in de komende hoofdstukken 7 en 8) verslag wordt gedaan, is uitgevoerd in het kader van één van deze deelprojecten. Bij de steekproeftrekking is met de (soms met elkaar in strijd zijnde) eisen die de vraagstellingen van de verschillende deelprojecten stellen zo goed mogelijk rekening gehouden.
De steekproef van de Nationale Studie is gebaseerd op een a-selecte, gestratificeerde steekproef onder alle huisartsen die op 1 januari 1985 in Nederland waren gevestigd (n=5826; populatiegegevens afkomstig van de Registratie van Beroepen in de Eerstelijnsgezondheidszorg door het NIVEL). Er werd voor stratificatie gekozen om voldoende spreiding te garanderen in de variabelen waarvan bekend is dat zij de aan de huisarts op het spreekuur gepresenteerde morbiditeit en/of de verrichtingen (die de huisarts naar aanleiding van de gepresenteerde morbiditeit uitvoert) beïnvloeden. Bedoelde morbiditeit en verrichtingen staan overigens specifiek in de studie waarvan hier verslag wordt gedaan niet centraal. De voornaamste consequentie van de uitgevoerde stratificatie is dat in voorkomende gevallen (indien de stratificatievariabelen significante effecten hebben op de bestudeerde afhankelijke variabelen) gewogen moet worden om tot cijfers te komen die als indicatief kunnen gelden voor de Nederlandse situatie. Bij het bestuderen van relaties tussen variabelen is de representativiteit van de gegevens minder van belang.
De stratificatievariabelen zijn: regio (noord, midden, zuid), urbanisatiegraad (A: platteland, B: middel-grote steden, C: grote steden, exclusief D, D: Amsterdam, Rotterdam en Den Haag), en afstand tot het ziekenhuis (ziekenhuis in eigen gemeente, ziekenhuis op minder, respectievelijk méér dan 15 kilometer afstand). Van de 36 cellen in het stratificatieschema zijn er slechts 24 in werkelijkheid gevuld; deze 24 cellen zijn ook alle in de steekproef van de Nationale Studie opgenomen.
Er is gekozen voor een niet-proportionele steekproef om ervoor te zorgen dat huisartsen gelijkmatig over de 24 cellen zouden zijn verdeeld. Het aantal huisartsen per cel varieerde van 0,3% tot 15,2% van het aantal huisartsen in de populatie (30, tabel 3.1, p. 95).
De nagestreefde grootte van de steekproef was 150 huisartsen (de beoogde groep deelnemers). Om dit aantal te bereiken dienden volgens berekening per cel 6,3 huisartsen te worden getrokken. In de praktijk zijn 7 huisartsen getrokken uit de (qua bezetting) 6 grootste cellen (bezetting variërend van 5,1% tot 15,2% van het totaal aantal huisartsen) en 6 huisartsen uit de overige cellen. Anticiperend op non-respons zijn drie steekproeven van elk 150 huisartsen (met teruglegging) getrokken uit het populatiebestand. Per cel werd in eerste instantie getracht het gewenste aantal te bereiken op basis van de eerste steekproef; zo nodig werden de tweede en de derde steekproef aangesproken.
Aan alle huisartsen uit de drie steekproeven (n=408, omdat een aantal huisartsen meer dan één keer werd getrokken ten gevolge van de teruglegging) is een schriftelijk verzoek tot deelname gericht. Huisartsen die hierop niet reageerden, werden telefonisch benaderd, waarbij steeds de voorrang werd gegeven aan de eerste steekproef. Er werd net zo lang gebeld tot de betreffende cel was gevuld.
Er meldde zich een aantal van 6 vrijwillige deelnemers. Daarnaast brachten de huisartsen uit de steekproef die werkzaam waren in een samenwerkingsverband soms collega-huisartsen in hun kielzog mee, omdat hun patiëntenpopulaties moeilijk waren te onderscheiden. Vanuit het oogpunt van het construeren van ziekte-episoden gezien (hetgeen in sommige deelprojecten van de Nationale

Studie aan de orde is) is de deelname van deze collega-huisartsen zeer gewenst, omdat patiënten bij een ziektegeval vaak wisselend alle (twee of eventueel soms meer) huisartsen uit de praktijk bezoeken.

De clustering van sommige huisartsen in associaties van twee of meer huisartsen (duopraktijken, groepspraktijken of gezondheidscentra) is in statistisch opzicht complex. In de eerste plaats is de clustering een kenmerk van de populatie en de inperking van de steekproef tot solo-werkende huisartsen is uit oogpunt van representativiteit ongewenst. Verder heeft het werken in associatieverband een wisselende inhoudelijke betekenis: het continuüm loopt van louter zakelijke samenwerking tot intensieve samenwerking op het terrein van de zorg. (Zelfs bij gezondheidscentra is er aanzienlijke onderlinge variatie in de intensiteit van de samenwerking (9).) Vooral deze wisselende inhoudelijke betekenis van het werken in associatieverband maakt het moeilijk te schatten, wat de effecten zijn van het feit dat de huisartsen afkomstig zijn van hetzelfde samenwerkingsverband en welke consequenties daaraan verbonden moeten worden voor de wijze waarop de statistische analyses worden uitgevoerd. De methodische problemen die een gevolg zijn van de clustering van waarnemingen zijn niet specifiek voor deze studie, maar zijn algemeen voor dit type 'gezondheidszorgonderzoek'. Een uitgewerkte oplossing voor de problemen is moeilijk te vinden (en het zoeken ernaar valt buiten de scope van deze studie); daarom wordt in de onderhavige studie, evenals in eerdere studies binnen het genoemde onderzoeksveld, gewerkt onder de veronderstelling dat de clusteringseffecten beperkt zullen zijn.

Het uiteindelijk aantal deelnemende artsen aan de Nationale Studie bestaat uit 98 steekproefartsen, 57 collega's van steekproefartsen en 6 vrijwilligers (totaal 161; gezien het onderzoeksbudget het maximaal haalbare aantal). Deze huisartsen hebben tegen vergoeding gedurende drie maanden per afzonderlijk contact met elk van hun patiënten registraties verricht in verband met de gepresenteerde ziekte(n) en de naar aanleiding van deze ziekten uitgevoerde verrichtingen. Naast nog andere activiteiten (met name is een specifieke registratie verricht in verband met het onderhavige onderzoek; zie de methodesecties in hoofdstuk 7 en 8) hebben zij daarnaast een zeer uitgebreide batterij schriftelijke vragen beantwoord. Gezien de omvang van de onderzoeksactiviteiten en de intensieve begeleiding van de registraties (via de huisartsen bezoekende veldwerkers met een medische opleiding), is het onwaarschijnlijk dat de vrijwillige deelnemers in de studie zich anders gedragen hebben tijdens het verzamelen van de gegevens dan de overige participanten. Verder zij vermeld, dat er geen relatie bestaat tussen de vrijwillige deelname en de specifieke meetpunten van het onderhavige onderzoek. Door de medewerking van de collega's van steekproefartsen wijkt de uiteindelijke onderzoeksgroep af van de totale Nederlandse huisartsenpopulatie: de artsen in de onderzoeksgroep zijn vaker werkzaam in een samenwerkingsverband, zijn wat jonger en vaker van het vrouwelijk geslacht (30, figuren 3.2a t/m 3.2c, p. 98-99; 31, tabel 2, p. 55).

De uiteindelijk tot stand gebrachte verdeling over de 24 cellen van het stratificatieschema week eveneens voor wat betreft 17 cellen af van de nagestreefde vulling van 6, dan wel 7 huisartsen. De grootste afwijkingen betroffen de cellen urbanisatiegraad B/regio noord/afstand ziekenhuis 0-15 kilometer (11 in plaats van 6 huisartsen), urbanisatiegraad B/regio zuid/afstand ziekenhuis 0-15 km (12 in plaats van 7 huisartsen) en urbanisatiegraad C/regio zuid/afstand ziekenhuis 0-15 km. (1 in plaats van 6 huisartsen) (31, p. 55).

Voor het in dit hoofdstuk gerapporteerde onderzoek is nagegaan of de bovengenoemde stratificatievariabelen en de beide andere variabelen waarop de steekproef bleek af te wijken van de populatie significante effecten hebben op de centrale afhankelijke variabelen (materiële kosten van continuïteitsinvloed, sociale kosten van continuïteitsinvloed, algemene taakopvatting en algemene taakuitoefening). Dit bleek niet het geval, met die kanttekening dat in tabel 2.6 geconstateerd wordt dat huisartsen in gezondheidscentra op de materiële kosten van continuïteitsinvloed afwijken van de huisartsen werkzaam in alle overige praktijkvormen. Het aantal huisartsen dat werkzaam is in een gezondheidscentrum is echter zowel in de steekproef als in de populatie relatief gering. Aangenomen wordt dan ook dat de in tabel 2.3 en 2.4 gepresenteerde cijfers een vrij goed beeld bieden van de situatie in Nederland.

Tot slot zij opgemerkt dat het de lezer duidelijk zal zijn dat de gehanteerde steekproef niet zonder haken en ogen is. Gegeven de mogelijkheden bij dit type grootschalig registratie-onderzoek is de steekproef echter optimaal te noemen en is in elk geval te prefereren boven de zogeheten 'opportunity sampling' die meestal wordt toegepast.

4. Een alternatief voor het verwijderen van de scheve items zou zijn geweest het samentrekken van antwoordcategorieën, waarbij wisselende caesuren per item worden gelegd. Daar is vanaf gezien, omdat bij deze werkwijze eveneens informatie verloren gaat. De vijf-puntsantwoordschalen worden immers in dat geval ook bij de goed spreadende items teruggebracht tot een dichotomie. Bovendien is de beschrijving van de gedichotomiseerde frequenties bij wisselende afsnijpunten omslachtig.
5. Gepoogd is de waarde van deze alpha te verhogen via het weglaten van een item; dit had evenwel geen gunstig effect. Dezelfde procedure is uitgevoerd bij de verderop in dit hoofdstuk te presenteren

schalen, eveneens zonder dat een verhogend effect op de alpha werd vastgesteld.

6. Overzicht van de onderlinge samenhangen (Pearson correlatie coëfficiënten) van alle variabelen in tabel 2.5

	continu	sociaal	algtaak	algoef	tkbeh	tkdiagn	demo	risico	positf	negtf	tevree
continu											
sociaal	--										
algtaak	--	--									
algoef	--	.31	.20								
tkbeh	--	--	.32	--							
tkdiagn	--	--	.25	--	.17						
demo	.36	--	.16	-.15	--	--					
risico	.23	--	--	-.17	--	-.19	.15				
positf	--	.20	--	--	--	.15	.18	--			
negtf	--	.23	--	--	--	.17	--	--	--		
tevree	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.31	

Verklaring van de afkortingen:

continu = materiële kosten van continuïteitsinvloed
 sociaal = sociale kosten en baten van continuïteitsinvloed
 algtaak = algemene taakopvatting
 algoef = algemene taakuitoefening
 tkbeh = taakopvatting ten aanzien van behandeling
 tkdiagn = taakopvatting ten aanzien van diagnostiek
 demo = democratisch optreden ten opzichte van patiënten
 risico = risico nemen
 positf = positieve gevoelens ten aanzien van beroepsuitoefening
 negtf = negatieve gevoelens ten aanzien van beroepsuitoefening
 tevree = tevredenheid met tijdsverdeling werk - privé

- De verschillen op grond van praktijkvorm en keuzevrijheid zijn in eerste instantie getoetst via variantie-analyses voor elk van vier vermelde afhankelijke variabelen afzonderlijk. Deze gaven geen significante verschillen te zien. Drie van de in de tabel vermelde gemiddelden wijken evenwel dermate af dat via een gerichte toetsing tussen (combinaties van) groepen de verschillen geëxploreerd zijn. Over de resultaten van deze analyses wordt gerapporteerd in de tekst.
- In het gehele proefschrift is bij de toetsingen een significantieniveau van .05 aangehouden.

Literatuur

1. SHORTELL, S.M. & O.W. ANDERSON. The physician referral process: a theoretical perspective. *Health Services Research* 6 (1971) 39-48
2. SHORTELL, S.M. Determinants of physician referral rates: an exchange theory approach. *Medical Care* 12 (1974) 13-31
3. SHORTELL, S.M. & S.G. VAHOVICH. Patient referral differences among specialties. *Health Services Research* 10 (1975) 146-161
- X 4. THIBAUT, J.W. & H.H. KELLEY. *The social psychology of groups*. Wiley, New York 1959
- X 5. GREVE, W.B. DE & W.J. VRAKKING. Enkele verklaringstheorieën. In: W.B. De Greve, H.A. Tiddens, H. van Andel e.a. (red.). *Leiding en organisatie in de gezondheidszorg*, pp.36-44. Stafleu, Alphen aan den Rijn 1983
- X 6. VEEN, P. & H.A.M. WILKE. *De kern van de sociale psychologie*. Van Loghum Slaterus, Deventer 1984
7. MARINKER, M., D. WILKIN & O.H. METCALFE. Referral to hospital: can we do better? *Br Med J* 297 (1988) 461-464
8. MOKKINK, H.G.A. *Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen*. Dissertatie. Krips Repro, Meppel 1986
9. WIJKE, D. *Samenwerken en verwijzen*. Dissertatie. NIVEL, Utrecht 1986
10. POSTHUMA, B.H. & J. VAN DER ZEE. *Tussen eerste en tweede echelon (2)*. Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht 1978
- X 11. NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP. *De verwijsbrief naar de tweedelij* [Standaard O01]. *Huisarts en Wetenschap* 32 (1989) 102-105
- X 12. LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING. *Het Basistakenpakket van de huisarts*. Landelijke Huisartsen Vereniging Vademecum, Utrecht 1987
13. MELKER, R.A. DE. *Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin*. Dekker & van de Vegt, Nijmegen 1973
14. KOLKMAN, H. & S. DE JAGER. *Het basisziekenhuis geknipt voor de eerstelij*? Nationaal Ziekenhuis Instituut, Utrecht 1984
15. BROERE, F.P. & R.W. VERBRUGGE. Marketing voor specialisten. *Med Contact* 43 (1988) 1421-1423
16. VERBRUGGEN, R. *Waarom kiezen ze ons? Marktonderzoek (2): Polikliniek-enquête*. Het Ziekenhuis 19 (1989) 323-324
17. VERBRUGGEN, R. *Waarom verwijzen ze zo weinig naar ons? Marktonderzoek (3): Interviews met huisartsen*. Het Ziekenhuis 19 (1989) 350-352

18. KOLKMAN, H.H.E. & P.C.H. VAN DER VOORT. Samenwerking huisarts-specialist. Onderzoek in Zeist. Med Contact 40 (1985) 1065-1067
19. MIDDEL, R. & T.R. ZIJLSTRA. Wat vinden huisartsen van een ziekenhuis? Med Contact 41 (1986) 49-51
20. PATERSON J.K. Second Opinions. J R Coll Gen Pract 2 (1959) 160-169
21. LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING. De positie van de huisarts in de toekomst. Discussienota Landelijke Huisartsen Vereniging, Utrecht 1986
22. VERHAGE-SPLIET, C.M.Th. & T.J.J.M.T. KERSTEN. De inhoud van verwijfsbrieven en specialistenbrieven. Huisarts en Wetenschap 33 (1990) 148-151
23. BEUGELING, A. & J.C. VAN DER Wouden. De verwijfsbrief in zijn context. Med Contact 40 (1989) 873-876
24. BREMER, G.J. Een onderzoek van verwijfsbrieven. Huisarts en Wetenschap 32 (1989) 100-101
25. HULL, F.M. & K.F. WESTERMAN. Referrals to medical outpatient departments at teaching hospitals in Birmingham and Amsterdam. Br Med J 293 (1986) 311-314
26. KUYVENHOVEN, M.M. & R.A. DE MELKER. Verwijfsingen naar interne en chirurgische specialismen: een exploratief onderzoek naar enkele aspecten van het verwijfsgedrag van dertien huisartsen. Huisarts en Wetenschap 29 (1986) 365-368
27. KORT, G.A.P. DE, M.F.M. VAN DOORN & K. GILL. Verwijfsbrieven. Een analyse van 100 brieven van huisartsen inzake CARA-patiënten. Airways 4 (1985) 2-9
28. EDENS, R. Verwijfsbrieven getoetst. Med Contact 32 (1977) 311-316
29. FOETS, M., J. VAN DER VELDEN & J. VAN DER ZEE. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Projectvoorstel. NIVEL, Utrecht 1986
30. FOETS, M. & J. VAN DER VELDEN. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport + meetinstrumenten en procedures. NIVEL, Utrecht 1990
31. BENSING, J.M., M. FOETS, J. VAN DER VELDEN & J. VAN DER ZEE. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts en Wetenschap 34 (1991) 51-60
32. DOPHEIDE, J.P. Verwijfsingen door de huisarts. Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht 1982
33. BEEK, M., J. VAN EIJK & G. RUTTEN. Huisartsen en specialisten over hun onderlinge taakafbakening. Med Contact 39 (1984) 1247-1251
34. GROL, R. Preventie van somatische fixatie en de attitude van de huisarts: deel 5. Eindrapportage van het project Preventie van Somatische Fixatie. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen 1983
35. MECHANIC, D. The organization of medical practice and practice orientations among physicians in prepaid and non-prepaid primary care settings. Medical Care 13 (1975) 189-204

36. McCrane, E.W., J.L. Hornsby & J.C. Calvert. Practice and career satisfaction among residency trained family physicians: a national survey. *J of Family Pract* 14 (1982) 1107-1114
37. Foets, M., L.J. Stokx & J.B.F. Hutten. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenenquête: schaalconstructie. NIVEL, Utrecht. Te verschijnen in 1991

3. De relatie huisarts-specialist in Nederland vergeleken met die in het Verenigd Koninkrijk

Een inhoudsanalyse van 20 jaar literatuur toegespitst op de invloed van de huisarts in de tweedelij

Samenvatting

Er is een analyse gemaakt van de publikaties over de relatie huisarts - specialist in 20 jaargangen (1971 tot en met 1990) van vier Nederlandse en drie Britse tijdschriften. Centraal staat daarbij de 'invloed van de huisarts in de tweedelij'. De Nederlandse beroepsorganisatie van huisartsen claimt dergelijke invloed expliciet en doelt daarmee op de invloed die de huisarts dient te hebben op de aard en omvang van de behandeling die een patiënt na verwijzing van de specialist ontvangt. In Nederland blijken over de relatie huisarts - specialist aanzienlijk meer publikaties verschenen dan in het Verenigd Koninkrijk (242 tegenover 104 artikelen). Ook is in Nederland meer gepubliceerd over de invloed van de huisarts in de tweedelij (36 tegenover 13 artikelen). De behoefte bij huisartsen aan dergelijke invloed klinkt in de Nederlandse artikelen duidelijker door dan in de Britse, maar daar staan nauwelijks pogingen van Nederlandse huisartsen tegenover om deze invloed daadwerkelijk uit te oefenen. Voor deze resultaten worden verklaringen geboden op basis van een analyse van de positie van huisartsen in de beide gezondheidszorgsystemen.

3.1 Inleiding en vraagstelling

In landen met een geëcheloniseerd systeem van gezondheidszorg is de relatie tussen huisarts en specialist te typeren als: 'Working Apart Together' (1). Echelonnering impliceert immers enerzijds een scheiding tussen de werksferen van huisarts en specialist, waardoor het verwijzen (de selectie van patiënten voor specialistische behandeling) het belangrijkste kenmerk van de relatie wordt. Anderzijds vraagt verwijzen echter tegelijkertijd om een zekere communicatie om de zorg in eerste- en tweedelij op elkaar af te stemmen (de continuïteit in de zorgverlening). In Nederland is deze communicatie in de praktijk meestal beperkt tot verwijs- en specialistenbrieven en vindt verder weinig overleg plaats (2, 3). In contrast met de meest voorkomende praktijk, 'verwijzing met overname van de behandeling door de specialist', wordt een verdergaande samenwerking bepleit. Dergelijke intensievere samenwerking komt aan de orde in de indeling van mogelijke samenwerkingsvormen die Jacobs e.a. (2) construeerden. Zich onder andere baserend op de mate waarin de huisarts de verantwoordelijkheid voor de zorg uit handen geeft aan de

specialist, onderscheiden zij respectievelijk: 1. diagnostische raadpleging (de röntgenoloog of laboratoriumarts verschaft de huisarts diagnostische gegevens), 2. consultatie (de huisarts vraagt de specialist om advies, zonder dat de specialist de patiënt ziet), 3. consultatieve verwijzing (verwijzing met een gerichte aanvraag voor onderzoek), 4. verwijzing met overname van behandeling, 5. verwijzing met gezamenlijke behandeling, en 6. consultatie in het ziekenhuis (de specialist of patiënt betrekken de huisarts bij de klinische hulpverlening).

Kenmerkend voor de relatie tussen patiënt en specialist is dat deze in principe tijdelijk is, te weten voor de duur van de behandeling in de tweedelij. De relatie tussen patiënt en huisarts is daarentegen in principe permanent. Sinds de conferentie in Woudschoten in 1959 (4), claimen de Nederlandse huisartsen de verantwoordelijkheid voor het verlenen van continue zorg (5, 6). In de officiële omschrijving van de taken waarop de beroepsgroep zich wil laten aanspreken (het 'Basistakenpakket') wordt gesteld, dat huisartsen een eigen verantwoordelijkheid voor de patiënt behouden bij het delegeren van taken aan specialisten. Met name dient de huisarts te voorkomen, dat de patiënt onnodig lang onder specialistische zorg blijft (7). Verder wordt in de omschrijving van de normen waaraan de verwijsbrief dient te voldoen (de 'Standaard voor de verwijsbrief') als één van doelen van een dergelijke brief omschreven: "te bevorderen dat de specialistische hulp goed aansluit op de hulp van de huisarts (voorkómen van overbodige handelingen, dubbele onderzoeken, dubbele medicatie, onverenigbaarheden en dergelijke)". Ook wordt onder andere als doel aangegeven: "de huisarts invloed laten uitoefenen op het verloop, de aard en de omvang van de verdere behandeling in de tweedelij" (beide citaten, 8, p. 102). De Melker (9) concludeert, dat patiënten, huisartsen en specialisten de mening delen dat huisartsen een specifieke taak hebben bij de behandeling van patiënten in het ziekenhuis. Huisartsen dienen patiënten te begeleiden en in samenwerking met andere betrokken hulpverleners integrale zorg te verlenen. De rol die huisartsen in het kader van de continue zorg voor verwezen patiënten claimen wordt wel aangeduid als: de 'invloed van de huisarts in de tweedelij'. Voor een nadere precisering van dit begrip hanteren we hier de term 'continuïteits-invloed', waarmee wordt bedoeld: de invloed van de huisarts op de specialist gericht op optimale huisartsgeneeskundige inbreng in de tweedelijnsbehandeling van patiënten, met als belangrijke implicatie een zo kort mogelijk verblijf van de patiënten in de tweedelij. Het is te plaatsen naast de 'selectie-invloed' die de huisarts heeft op de specialist via het gehanteerde verwijsbeleid: de huisarts bepaalt welke patiënten in behandeling komen bij de specialist (vergelijk hoofdstuk 2).

De huisartsen in het Verenigd Koninkrijk hebben de taken waarop zij zich willen laten aanspreken niet vastgelegd in een document dat vergelijkbaar is met het Basistakenpakket van hun Nederlandse collega's. Hun standpunt ten opzichte van continuïteits-invloed is daardoor niet zonder meer beschikbaar.

We analyseren hierna de positie van huisartsen en specialisten in Nederland en in het Verenigd Koninkrijk en beschrijven op grond daarvan de te verwachten stand van zaken inzake continuïteitsinvloed.

De positie van huisartsen in het Verenigd Koninkrijk is niet fundamenteel anders dan die van hun Nederlandse collega's. In beide landen hebben huisartsen een vaste groep patiënten (de populatie ingeschreven bij de praktijk), ze hebben de taak patiënten te selecteren voor tweedelijnsbehandeling en ze te verwijzen, en ze worden globaal gezien betaald volgens een systeem dat weinig prikkelt om patiënten zorg te bieden binnen de eerstelijns in plaats van hen te verwijzen. In Nederland geschiedt de betaling namelijk, zoals bekend, voor het grootste deel van de patiënten, de ziekenfondsverzekerden, op abonnementsbasis en voor de particulier verzekerden op verrichtingenbasis; in het Verenigd Koninkrijk werden huisartsen tot 1 april 1990 betaald op basis van een gemengd systeem bestaande uit respectievelijk een vaste toelage ongeacht de praktijkgrootte, een abonnementshonorering gedifferentieerd naar de leeftijds-geslachtssamenstelling van de praktijk, en betaling van een aantal verrichtingen die merendeels betrekking hebben op preventieve activiteiten. Daarentegen bestaan er voor specialisten belangrijke verschillen in het honoreringssysteem. De Nederlandse specialisten worden voor het overgrote deel per verrichting gehonoreerd, terwijl de Britse specialisten in loondienst zijn. De 'aanzuigende werking' van de tweedelijns zal daardoor in Nederland groter zijn dan in het Verenigd Koninkrijk. Dit is in overeenstemming met de constatering dat de verwijscijfers in Nederland aanzienlijk hoger zijn dan in het Verenigd Koninkrijk en dat de verwijzingen in Nederland minder vaak geëigend zijn (10). Door de grotere 'aanzuigende werking' van de tweedelijns in Nederland, is het voorstelbaar dat de Nederlandse huisartsen zich collectief meer in hun bestaan bedreigd voelen door de specialistische geneeskunde dan hun Britse collega's. Het gevaar is namelijk groter, dat op den duur hun aandeel in de te verlenen zorg afneemt, waardoor hun positie wordt aangetast. Op grond daarvan is te verwachten, dat de behoefte aan continuïteitsinvloed bij huisartsen in Nederland groter is dan in het Verenigd Koninkrijk (een verwachting die we in deze studie zullen onderzoeken). Continuïteitsinvloed is er immers onder andere op gericht patiënten snel terugverwezen te krijgen naar de eerstelijns en dit helpt het aandeel van huisartsen in het totale zorgpakket in stand te houden. Bovendien benadrukt de verantwoordelijkheid die huisartsen op zich nemen voor de continuïteit van zorg het eigene van hun positie naast de specialistische geneeskunde. De vraag is echter, of deze veronderstelde grotere behoefte in Nederland op collectief niveau door individuele huisartsen ook omgezet wordt in meer pogingen om daadwerkelijk invloed uit te oefenen op specialisten. Er is namelijk sprake van een 'sociaal dilemma' (11, p. 95): voor individuele huisartsen betekent continuïteitsinvloed uitoefenen meer werk (extra overleg met specialisten en - als specialisten ertoe kunnen worden overgehaald patiënten sneller terug te verwijzen naar de huisarts - meer zorg zelf bieden in plaats van deze zorg overlaten aan de specialist); daar staat echter bij de grootste groep van hun patiënten (ziekenfondsverzekerden) geen extra inkomen tegenover. De verwachting is dan ook, dat uit de literatuur niet veel aanwijzingen naar voren zullen komen voor daadwerkelijke pogingen om continuïteitsinvloed uit te oefenen.

Bij de hierboven geuite verwachting geldt echter een nuancering. De laatste decennia is namelijk het aandeel van de ziekenfondspatiënten in de bevolking teruggelopen, te weten: van 69% in 1971 (12, p. 258) naar 61% in 1988 (13, p. 4), met name als gevolg van de 'kleine stelselwijziging' in april 1986 (14). De inkomenspositie van huisartsen

wordt daardoor steeds minder gedomineerd door de regeling die geldt voor ziekenfondspatiënten. Op grond daarvan is het denkbaar dat de pogingen om continuïteitsinvloed uit te oefenen zijn toegenomen.

In deze studie hanteren we tenslotte de vooronderstelling, dat naarmate bepaalde zaken meer van belang zijn in de verhouding tussen huisarts en specialist, er meer over zal worden gepubliceerd. De uitwerking van deze vooronderstelling in de boven vermelde analyse is aan te treffen in de hypothesen vermeld in overzicht 3.1.

Overzicht 3.1: Overzicht van de hypothesen

1. Omdat continuïteitsinvloed voor de Nederlandse huisartsen belangrijker is om op den duur hun positie te handhaven, is daarover in Nederland meer gepubliceerd dan in het Verenigd Koninkrijk.
 2. Vanwege het sociale dilemma blijkt uit de aan het onderwerp gewijde Nederlandse literatuur, dat huisartsen in de dagelijkse praktijk niet erg actief zijn om continuïteitsinvloed uit te oefenen.
 3. In de afgelopen 20 jaar (en met name sinds de kleine stelselwijziging in 1986) zal er in Nederland een toename zijn in het aantal publikaties waarin continuïteitsinvloed aan de orde komt.
-

Uitgangspunt voor deze studie is de situatie in Nederland, terwijl het Verenigd Koninkrijk als referentiepunt fungeert. De doelstelling is allereerst om de vermelde hypothesen ten aanzien van de publikaties over continuïteitsinvloed te toetsen. Daarnaast gaat het erom de ontwikkelingen in de tijd in de aandacht voor verschillende aspecten van de relatie tussen huisarts en specialist in de literatuur te inventariseren. De relatie tussen huisarts en specialist vormt uiteraard de bredere context waarbinnen over continuïteitsinvloed is geschreven. De studie is gebaseerd op de artikelen die de afgelopen 20 jaar op dit gebied in de relevante tijdschriften zijn verschenen; op publikaties in boekvorm zal in de slotbeschouwing worden ingegaan.

De vraagstelling is tweeledig:

- Kunnen de verwachtingen over de aard, omvang, en ontwikkeling in de tijd van de publikaties over continuïteitsinvloed worden gestaafd?
- In welke mate zijn tijdens de afgelopen 20 jaar in Nederland en in het Verenigd Koninkrijk tijdschriftartikelen gepubliceerd over de verschillende aspecten van de relatie tussen huisarts en specialist?

3.2 Methode

3.2.1 Bestudeerde tijdschriften

Er is een analyse gemaakt van de inhoud van 20 jaargangen (1971 tot en met 1990) van vier Nederlandse en drie Britse tijdschriften. Met deze zeven tijdschriften (aangeduid in overzicht 3.2) zijn de belangrijkste publikaties op het onderhavige terrein in de studie betrokken.

Overzicht 3.2: Overzicht van de bestudeerde tijdschriften

1. **Medisch Contact ("MC"):**
Het weekblad van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst; het blad is praktijkgericht.
 2. **Huisarts en Wetenschap ("H&W"):**
Dit blad dient de professionalisering van de huisartsgeneeskunde (15) en verschijnt 13 maal per jaar.
 3. **Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, Gezondheid en Samenleving ("TSG"):**
Dit is een multidisciplinair wetenschappelijk maandblad, gericht op sociale aspecten van gezondheid en gezondheidszorg. Het tijdschrift bestaat in zijn huidige vorm sinds 1 januari 1988 (16). Het is een samenvoeging van twee afzonderlijke tijdschriften: Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg (dit kwam om de veertien dagen uit; tot 1 januari 1983 was de titel: Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde) en Gezondheid en Samenleving (een kwartaalblad dat voor het eerst verscheen in maart 1980). Publikaties in deze voorlopers van TSG zijn in deze studie onder dezelfde noemer opgenomen.
 4. **Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde ("NTVG"):**
Dit tijdschrift is bedoeld voor publikaties over wetenschappelijk toetsbare medische onderwerpen (17) en verschijnt wekelijks.
 5. **Journal of the Royal College of General Practitioners ("RC"):**
Dit tijdschrift verschijnt wekelijks, heet sinds 1990 'The British Journal of General Practice', en is gericht op publiceren van nieuwe ideeën en onderzoek op het terrein van biologische en gedragsaspecten van geneeskunde (18).
 6. **British Medical Journal ("BMJ"):**
Dit tijdschrift verschijnt wekelijks en is één van de toonaangevende Britse tijdschriften voor medische publikaties.
 7. **Family Practice ("FP"):**
Dit tijdschrift verschijnt sinds 1984 als kwartaaluitgave. Het is een interdisciplinair tijdschrift, primair gericht op de publikatie van onderzoeksverslagen.
-

3.2.2 Insluitingscriteria

Bij het uitvoeren van de inhoudsanalyse is op basis van de titel, - indien aanwezig - de samenvatting van de artikelen, en - bij twijfel - op basis van eventuele inspectie van de inhoud bepaald, of een artikel betrekking heeft op aspecten van de relatie tussen huisarts en specialist¹. Voor insluiting diende deze relatie op enigerlei wijze expliciet aan bod te komen. Als 'artikelen' werden aangemerkt alle kennelijk als artikel gepubliceerde teksten en hoofdredactionele commentaren. Hoewel ze een belangrijke graadmeter vormen van de aandacht voor actuele zaken en ze met name in de Britse tijdschriften vaak een status hebben van een 'miniaturartikel', zijn ingezonden brieven om praktische redenen buiten beschouwing gelaten. Hetzelfde geldt voor de vaste rubrieken die door organisaties worden gevuld, en dergelijke. Een alfabetisch overzicht van de geselecteerde artikelen is aan te treffen in de appendix (aan het einde van dit hoofdstuk). Drie van de geselecteerde artikelen hebben overigens een wat speciale status (19, 20, 21). Zij hebben betrekking op specifiek in de Nederlandse situatie verricht onderzoek (dus geen vergelijkende studie over Nederland en het Verenigd Koninkrijk) waarover is

gepubliceerd in Britse tijdschriften. Strikt genomen zijn deze artikelen te beschouwen als aandacht voor de relatie tussen huisartsen en specialisten in de Britse literatuur; vanwege het zeer geringe aantal van drie artikelen zullen zij in deze studie niet als een afzonderlijke categorie worden behandeld en worden zij beschouwd als onderdeel van de Britse literatuur.

3.2.3 Onderwerpen

Om de onderwerpen waarop de artikelen betrekking hebben te karakteriseren zijn trefwoorden toegekend door twee beoordelaars. Bij verschil van mening (die in 5% van de gevallen is opgetreden) werd via overleg een trefwoord bepaald. Om verwarrende dubbeltellingen in de overzichten te voorkomen, is het onderwerp van een artikel in alle gevallen met één enkel trefwoord gekarakteriseerd. Vooral in artikelen met een beschouwend karakter worden nog wel eens meerdere onderwerpen behandeld. In die gevallen is een meer algemeen trefwoord toegekend dat de verschillende aspecten dekt. De onderscheiden onderwerpen zijn aan te treffen in overzicht 3.3. Er zijn drie hoofdonderwerpen, te weten: de relatie tussen huisarts en specialist, het verwijzen van patiënten naar de tweedelij, en de samenwerking tussen huisarts en specialist ('samenwerking totaal'). Dit laatste onderwerp is tevens uitgesplitst in een aantal deelonderwerpen.

Overzicht 3.3: Overzicht van de onderscheiden onderwerpen

1. Relatie tussen huisarts en specialist:

Hier wordt niet zozeer op de samenwerking tussen huisarts en specialist ingegaan, maar algemener op de aard van hun relatie. Veelal komt de echelonneringsgedachte op één of andere wijze aan bod.

2. Verwijzen:

Deze artikelen hebben betrekking op de hoogte van het verwijscijfer van huisartsen (veelal onderzoeksverslagen) of op de wijze waarop het afgeven van de verwijkskaart in zijn werk gaat (verwijzingen op initiatief van de huisarts tegenover verwijzingen op initiatief van de patiënt of specialist; onderscheid in verwijzingen voor advies respectievelijk behandeling); deze laatste artikelen zijn vaker beschouwend van aard.

3. Samenwerking totaal:

3.1 Samenwerking:

Er wordt ingegaan op samenwerking tussen huisarts en specialist in het algemeen of - wat vaker voorkomt - op meerdere aspecten van samenwerking (wederzijdse beeldvorming, communicatie, berichtgeving, consultatie, etc.).

3.2 Aanvragen van diagnostiek:

Centraal staat de mogelijkheid, dat de huisarts zelfstandig diagnostische bepalingen (röntgen, laboratorium) kan aanvragen in het ziekenhuis. Het aanvragen van diagnostiek door de huisarts wordt vaak behandeld in relatie tot een daarvan verwachte daling van het verwijscijfer (in welk geval het trefwoord diagnostiek is toegepast, omdat dit meer specifieke informatie geeft). Ook wordt wel een koppeling gemaakt met het consulteren van specialisten over de uitslag van aangevraagde diagnostiek.

(vervolg Overzicht 3.3 zie volgende pagina)

(vervolg Overzicht 3.3: Overzicht van de onderscheiden onderwerpen)

3.3 Taakafbakening:

De vraag hoe de taken in de gezondheidszorg verdeeld zijn of verdeeld zouden moeten zijn tussen huisarts en specialist. Vaak gaat het over de wenselijk geachte uitbreiding van taken voor de huisarts met een gelijktijdige inkrimping aan de zijde van de specialist. In onderzoeksartikelen wordt veelal een verband met het verwijscijfer gelegd.

3.4 Communicatie:

Alle publikaties die te maken hebben met overleg en informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist, voor zover ze niet betrekking hebben op de schriftelijke correspondentie. Deelaspecten zijn bijvoorbeeld: het overleg dat huisartsen en specialisten zouden moeten voeren of in werkelijkheid voeren over de behandeling van patiënten, de bereikbaarheid in verband met overleg, en geautomatiseerde informatie-uitwisseling.

3.5 Consultatie:

Het betreft het overleg tussen huisarts en specialist over de behandeling van specifieke patiënten, waarbij de patiënt al dan niet door de specialist wordt gezien. (Er wordt hier dus geen onderscheid gemaakt tussen de begrippen 'consultatie' en 'consultatieve verwijzing' van Jacobs e.a. (2).) Elementair bij deze vorm van samenwerking is dat de huisarts verantwoordelijk is voor de behandeling van de patiënt.

3.6 Correspondentie:

Centraal staat de schriftelijke correspondentie (de verwijsbrief en specialistenbrief/ ontslagbrief/ polikliniekbrief).

3.7 Dagbehandeling:

De rol van de huisarts bij dagbehandeling.

3.8 GP-hospitals:

Uitsluitend in het Verenigd Koninkrijk beheren huisartsen op het platteland kleine ziekenhuizen, waar zij zelf patiënten behandelen. We hanteren dit trefwoord ook voor de artikelen waarin de bedden aan de orde zijn die Britse huisartsen hebben in algemene ziekenhuizen.

3.2.4 Continuïteitsinvloed

Hetgeen we hebben aangeduid als 'continuïteitsinvloed' is zelden het centrale onderwerp van een artikel. Veelal komt het in publikaties aan bod in combinatie met of in het kader van één van de onderwerpen die boven genoemd zijn. Bijvoorbeeld bij een beschouwing over de samenwerking tussen huisarts en specialist wordt een paragraaf aan continuïteitsinvloed gewijd. Soms komt het onderwerp continuïteitsinvloed ook meer indirect aan bod, bijvoorbeeld als wordt ingegaan op de vraag, of specialisten patiënten van huisartsen die veel (en naar vermoedt wordt: onnodig) verwijzen, vasthouden in de tweedelijndan wel snel weer terugverwijzen naar de eerstelijnd. Verder zij opgemerkt, dat afgezien van de aanduiding 'invloed van de huisarts in de tweedelijnd' er in de publikaties veelal geen duidelijke termen voor het fenomeen continuïteitsinvloed worden gebruikt.

Om zoveel mogelijk alle aan continuïteitsinvloed bestede aandacht zichtbaar te maken, is binnen een vrij ruime marge het trefwoord 'continuïteitsinvloed' toegekend.

In de resultatensectie zal de inhoud van de geselecteerde publikaties worden besproken aan de hand van een aantal verschillende thema's waarbinnen continuïteitsinvloed aan

de orde is. Deze thema's zijn weergegeven in overzicht 3.4.

Overzicht 3.4: Overzicht van de thema's waarbinnen continuïteitsinvloed aan de orde is

- **Begeleidende rol:**
de begeleidende rol van huisartsen voor verwezen patiënten.
 - **Beperking van de hoeveelheid tweedelijnsbehandeling:**
de taak dan wel wens van huisartsen om de hoeveelheid zorg voor patiënten in de tweedelijns beperkt te houden.
 - **Consultatie van specialisten:**
het consulteren van specialisten, waarbij de huisarts de verantwoordelijkheid voor de patiënt behoudt; een bijzondere uitwerking daarvan is het plan om de traditionele verwijfskaart om te zetten in aparte advies- en behandelkaarten (dit thema komt alleen in Nederland voor).
 - **Bepalen van de verwijfsbestemming:**
de macht die de huisarts heeft ten opzichte van de specialist door naar hem/haar te verwijzen of juist verwijfsingen te onthouden (dit thema komt alleen in Nederland voor).
 - **GP-hospitals:**
de mogelijkheid die huisartsen (alleen in het Verenigd Koninkrijk) hebben om zelf patiënten op te nemen, met name in GP-hospitals.
-

3.2.5 Aard van de publikaties

Wat betreft de aard van de publikaties zijn 'onderzoeksverslagen' onderscheiden van 'beschouwingen'. Deze beide categorieën zijn elk weer verder uitgesplitst in beschouwingen dan wel onderzoek 'naar aanleiding van projecten' tegenover 'algemene' beschouwingen of onderzoeksverslagen. Bij de projecten betreft het meestal lokale situaties waar met nieuwe werkvormen wordt geëxperimenteerd (bijvoorbeeld: diagnostiek-aanvragen door de huisarts, geautomatiseerde communicatie tussen huisarts en specialist).

3.3 Resultaten

3.3.1 Vergelijking tussen de landen wat betreft aantal, onderwerp en aard van de geselecteerde publikaties

In totaal leverde de selectieprocedure in de bestudeerde 20 jaargangen 346 artikelen op die voldoen aan de insluitingscriteria. Daarvan verschenen er aanzienlijk meer in Nederland (N=242, 70%) dan in het Verenigd Koninkrijk (N=104, 30%)².

Uit tabellen 3.1a en 3.1b is op te maken, dat in Nederland proportioneel gezien meer over de verschillende aspecten van samenwerking ('samenwerking totaal') en over de relatie tussen huisarts en specialist is geschreven, en juist minder over het verwijzen dan in het Verenigd Koninkrijk. In absolute zin is over al deze drie onderwerpen in Nederland echter meer geschreven, hoewel het verschil voor het verwijzen gering is (47 publikaties in Nederland en 42 in het Verenigd Koninkrijk).

De aandacht voor de verschillende onderdelen van de categorie 'samenwerking totaal' is in Nederland tamelijk gespreid, met uitzondering van de subcategorie 'samenwerking' die aanzienlijk groter is dan de rest waarin alle niet nader te specificeren artikelen over deelaspecten van samenwerking zijn ondergebracht. Dit is in feite echter een rest-categorie. In het Verenigd Koninkrijk springt in de categorie 'samenwerking totaal' het aantal artikelen over de correspondentie eruit, waarnaar vooral veel onderzoek is gedaan.

Wat betreft de aard van de publikaties valt op dat in Nederland veel meer beschouwingen worden gepubliceerd dan in het Verenigd Koninkrijk. Dat geldt zowel voor algemene beschouwingen als voor beschouwingen over projecten. In het Verenigd Koninkrijk domineert het onderzoek. Immers, hoewel het totale aantal publikaties daar veel kleiner is, komt men daar wat betreft de absolute aantallen in beide categorieën onderzoekspublikaties in de buurt van die in Nederland. In relatie tot het onderwerp van de publikaties valt daarbij op dat het aantal artikelen over 'algemeen' onderzoek naar verwijzen (dat wil zeggen: niet naar aanleiding van projecten in lokale situaties waarin met nieuwe werkvormen wordt geëxperimenteerd die gericht zijn op een verlaging van het verwijscijfer) in het Verenigd Koninkrijk groter is.

Tabel 3.1a: Tijdschriftartikelen (N=346) naar onderwerp en aard van de publikatie

NEDERLAND						
onderwerp	algemene beschou- wing	onderzoek	project beschou- wing	project onder- zoek	totaal	
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(%)
1. relatie huisarts- specialist	24	2	3	0	29	(12)
2. verwijzen	13	30	0	4	47	(19)
3. samenwerking totaal	62	51	39	14	166	(69)
3.1 samenwerking	35	11	15	2	63	(26)
3.2 aanvragen diagnostiek	5	6	9	6	26	(11)
3.3 taakafbakening	7	14	0	0	21	(9)
3.4 communicatie	5	9	5	0	19	(8)
3.5 consultatie	4	3	5	4	16	(7)
3.6 correspondentie	5	8	1	2	16	(6)
3.7 dagbehandeling	1	0	4	0	5	(2)
3.8 GP-hospitals	0	0	0	0	0	(0)
totaal N	99	83	42	18	242	(100)
(%)	(41)	(34)	(17)	(7)	(100)	

Tabel 3.1b: Tijdschriftartikelen (N=346) naar onderwerp en aard van de publikatie

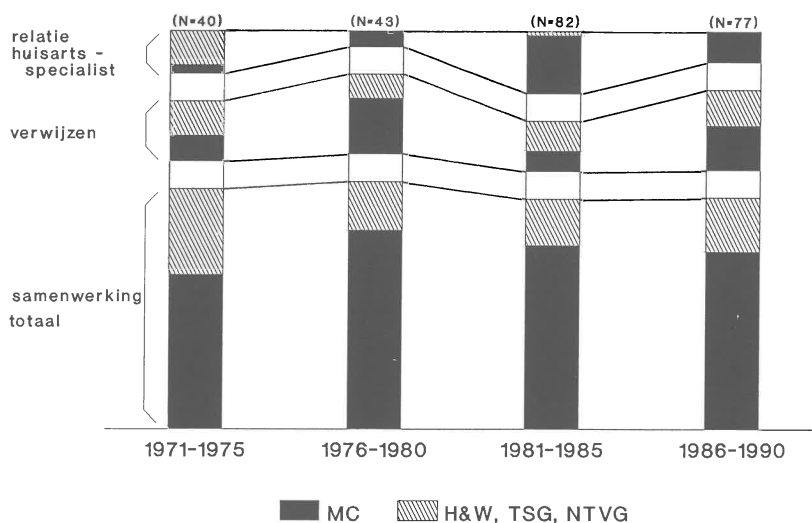
VERENIGD KONINKRIJK						
onderwerp	algemene beschou- wing	onderzoek	project beschou- wing	project onder- zoek	totaal	
	N	N	N	N	N	(%)
1. relatie huisarts- specialist	1	0	0	0	1	(1)
2. verwijzen	4	37	0	1	42	(40)
3. samenwerking totaal	13	35	3	10	61	(59)
3.1 samenwerking	6	3	1	3	13	(13)
3.2 aanvragen diagnostiek	1	1	0	0	2	(2)
3.3 taakafbakening	1	5	0	0	6	(6)
3.4 communicatie	0	1	0	0	1	(1)
3.5 consultatie	1	3	1	0	5	(5)
3.6 correspondentie	3	17	1	7	28	(27)
3.7 dagbehandeling	0	0	0	0	0	(0)
3.8 GP-hospitals	1	5	0	0	6	(6)
totaal N	18	72	3	11	104	(100)
(%)	(17)	(69)	(3)	(11)	(100)	

3.3.2 Ontwikkelingen in de tijd betreffende de geselecteerde publikaties

In de figuren 3.1a en 3.1b wordt een overzicht geboden van de ontwikkelingen in de tijd (vier perioden van vijf jaar: 1971 tot en met 1975, 1976 tot en met 1980, 1981 tot en met 1985, 1986 tot en met 1990) van de publikaties over verschillende aspecten van de relatie tussen huisarts en specialist in beide bestudeerde landen.

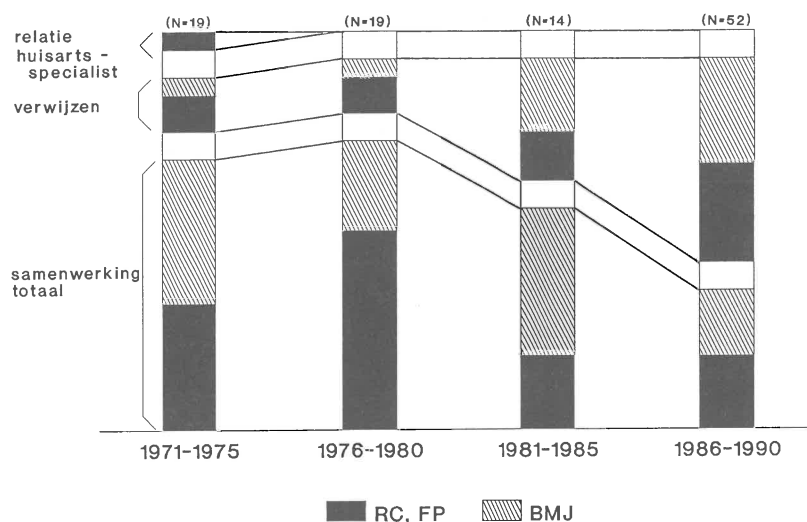
Figuur 3.1a: Proportionele verdeling van het aantal artikelen naar onderwerp en tijdsperiode voor Nederland

Nederland



Figuur 3.1b: Proportionele verdeling van het aantal artikelen naar onderwerp en tijdperiode voor het Verenigd Koninkrijk

Verenigd Koninkrijk



Af te lezen aan de aantallen publikaties (gepresenteerd aan de bovenzijde van de figuur), is de ontwikkeling in de tijd van het totaal aantal publikaties - ongeacht onderwerp - in Nederland nogal anders verlopen dan in het Verenigd Koninkrijk. In Nederland is er vooral een markant verschil tussen de zeventiger jaren enerzijds en de tachtiger jaren anderzijds: in elk van beide vijftiaarsperioden van de tachtiger jaren zijn ongeveer tweemaal zoveel artikelen verschenen als in elk van beide vijftiaarsperioden van de jaren zeventig. In het Verenigd Koninkrijk daarentegen is er een zeer grote toename in het aantal publikaties in de tweede helft van jaren tachtig, gezien ten opzichte van de totale voorafgaande periode.

Een uitsplitsing naar de drie hoofdonderwerpen (relatie tussen huisarts en specialist, verwijzen en samenwerking totaal) wijst uit dat in Nederland de aandacht voor elk van de onderwerpen veel constanter is dan in het Verenigd Koninkrijk. In het Verenigd Koninkrijk is - proportioneel gezien - vooral de aandacht voor het verwijzen toegenomen, terwijl het aandeel van de artikelen over samenwerking ('samenwerking totaal') is afgenomen (in absolute zin is overigens ook het aantal artikelen over samenwerking toegenomen). Over de relatie tussen huisarts en specialist in algemene zin wordt vanaf de tweede helft van de jaren zeventig niet meer geschreven, terwijl het daarvoor in een paar publikaties aan bod kwam.

De aandacht voor de drie hoofdonderwerpen is tevens gedifferentieerd naar tijdschrift. Vanwege het geringe aantal publikaties in de betreffende tijdschriften zijn daarbij een aantal min of meer gelijksoortige tijdschriften bij elkaar genomen: in Nederland Huisarts en Wetenschap (N=53), Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, Gezondheid en Samenleving (N=14) en Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (N=2) tegenover Medisch Contact (N=173), en in het Verenigd Koninkrijk Journal of the Royal College of General Practitioners (N=46) en Family Practice (N=8) tegenover British Medical Journal (N=50). In Nederland blijkt Medisch Contact door de jaren heen het grootste aandeel te hebben in de publikaties over samenwerking. Voor de beide andere onderwerpen is het beeld wisselender: over de relatie tussen huisarts en specialist wordt sinds de tweede helft van de jaren zeventig hoofdzakelijk in Medisch Contact geschreven; de publikaties over het verwijzen zijn zowel in Medisch Contact verschenen als in de overige tijdschriften.

De verdeling van de publikaties per hoofdonderwerp over de tijdschriften vertoont in het Verenigd Koninkrijk een wisselend beeld. Vanwege het kleine aantal artikelen in de eerste drie perioden is over de ontwikkelingen in de tijd niet veel te zeggen. In de laatste periode, de tweede helft van de jaren tachtig, is het aantal artikelen over samenwerking en verwijzen min of meer gelijkelijk verdeeld tussen British Medical Journal en de overige tijdschriften.

3.3.3 Aantal publikaties over continuïteitsinvloed en ontwikkelingen in de tijd

In Nederland zijn in de onderzoeksperiode 36 artikelen verschenen waarin continuïteitsinvloed aan de orde komt; in het Verenigd Koninkrijk zijn dat er slechts 13. In absolute aantallen is de verdeling over de vier onderscheiden perioden van vijf jaar respectievelijk als volgt:

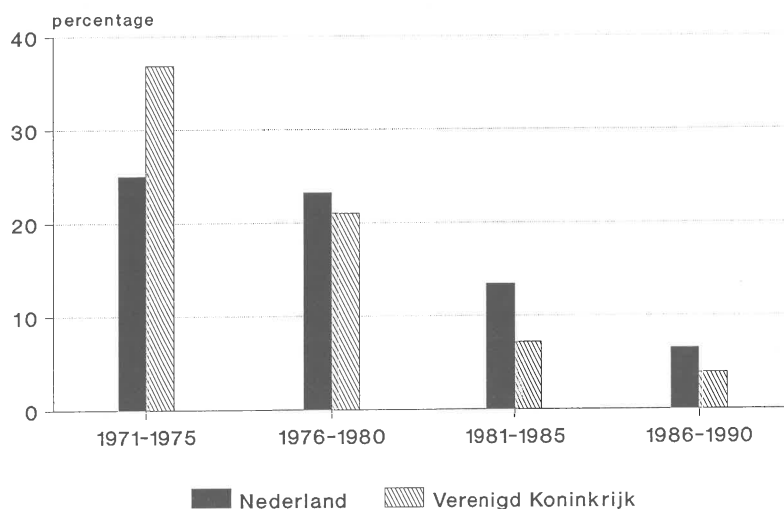
- in Nederland: 10, 10, 11 en 5 artikelen;
- in het Verenigd Koninkrijk: 7, 4, 1, en 2 artikelen.

Duidelijk is dat het aantal artikelen waarin wordt ingegaan op continuïteitsinvloed in Nederland in elk geval niet in de tijd is toegenomen, (zoals de hypothese in de Inleiding luidde). In het Verenigd Koninkrijk is dit aantal in alle perioden laag tot zeer laag.

In figuur 3.2 is te zien hoe het aantal artikelen waarin continuïteitsinvloed aan de orde komt zich ontwikkelt ten opzichte van het totaal aantal voor beide landen geselecteerde artikelen (gepresenteerd in figuur 3.1a en 3.1b). Duidelijk is een dalende tendens te zien, vooral in het Verenigd Koninkrijk.

In de navolgende twee paragrafen wordt per land aan de hand van de in de methode-sectie onderscheiden thema's de inhoud van de verschenen publikaties besproken. De thema's komen aan bod in de volgorde van de mate waarin er per land over is geschreven: van veel naar weinig. Om ontwikkelingen in de tijd te kunnen signaleren, komen per thema de publikaties aan bod in chronologische volgorde.

Figuur 3.2: Overzicht van het percentage artikelen per tijdsperiode dat handelt over de continuïteitsinvloed in Nederland en het Verenigd Koninkrijk



3.3.4 Wat is in Nederland geschreven over continuïteitsinvloed?

Begeleidende rol

Vooral in de eerste helft van de jaren zeventig en eveneens in de eerste helft van de jaren tachtig verschijnen er beschouwingen over de begeleidende rol die huisartsen hebben ten opzichte van patiënten, nadat zij de behandeling tijdelijk hebben gedelegeerd aan specialisten. In een hoofdredactioneel commentaar bij een publikatie van De Melker in 1971 in H&W (22) schrijft Van der Kooij: "Wanneer men het principe van de continue zorg voor de patiënt door de huisarts belijdt, houdt dit in dat de verantwoordelijkheid van de huisarts voor de patiënt, die in het ziekenhuis is opgenomen -evenals na elke andere verwijzing- niet is geëindigd. Weinig huisartsen zullen dit willen ontkennen of bestrijden. Echter het vorm geven aan deze verantwoordelijkheid is minder eenvoudig dan het uitspreken." (23, p. 418). De Melker (22) somt een aantal punten op die hij als voorwaarden ziet voor een grotere betrokkenheid van de huisarts bij de ziekenhuisbehandeling: een goede voorbereiding van de patiënt op de opname door de huisarts, regelmatig ziekenhuisbezoek door de huisarts, rapportage door de specialist aan de huisarts van de belangrijkste vorderingen in het diagnostische en therapeutische proces, regelmatig contact tussen huisarts en specialist om problemen te bespreken, de beschikbaarheid van een ruimte in het ziekenhuis voor gesprekken tussen huisarts en patiënt, het instrueren van ziekenhuispersoneel over de plaats en functie van de huisarts in het ziekenhuis, en tenslotte eventueel het opnemen van een huisarts in de staf van het ziekenhuis.

Ook andere auteurs hebben aandacht besteed aan de begeleidende rol voor de huisarts. Polak schrijft: "Ik heb me mijn hele leven nogal querulanterig opgesteld en me wèl

bemoeid met wat er met mijn patiënten in het ziekenhuis gebeurde. Dat is niet makkelijk. Noch de specialisten in het ziekenhuis noch de verplegende staf hebben primair een positief gevoel als iemand zo optreedt. Toch ben ik ervan overtuigd, dat dit buitengewoon belangrijk en nuttig voor de patiënt is" (24, p. 1401). In het algemeen heeft het ziekenhuisbezoek door huisartsen volgens Polak echter geen invloed op hetgeen er met een patiënt in het ziekenhuis gebeurt, mede omdat veel huisartsen ten aanzien van specialisten een typische leerling-meester houding aannemen. De patiënt stelt het bezoek echter wél op prijs. Polak legt verder een verbinding tussen de integrale benadering in de huisartsgeneeskunde, die aandacht vraagt voor psychische en sociale naast somatische oorzaken van ziekte, en de noodzaak van de betrokkenheid van de huisarts bij de ziekenhuisbehandeling. Hij ziet het als taak voor de huisarts om geneeskunde toe te passen of te laten toepassen ten behoeve van de patiënt. Dit laatste verwijst naar de centrale positie in de gezondheidszorg, die huisartsen in de eerste helft van de jaren zeventig nadrukkelijk gaan claimen. In deze lijn vult Heckman (25) de begeleidende rol van de huisarts in via het concept van de huisarts als 'spil' van de gezondheidszorg. De huisarts moet zijns inziens het doel van de verwijzing duidelijk aangeven, dat wil zeggen afspraken maken over de verdere behandeling. Als de specialist daarvan afwijkt, dient de huisarts te interpellieren. Verder doet hij het verstrekkende voorstel om de bedden in het ziekenhuis toe te wijzen aan huisartsen en niet aan specialisten, zodat de huisarts in laatste instantie beslist over opname van patiënten. Op deze wijze zou de huisarts binnen treden in de ziekenhuisorganisatie. Complementair zou de specialist als consultgever een rol kunnen hebben binnen het gezondheidscentrum, een praktijkvorm die in die jaren in opkomst is. Gill (26) koppelt de begeleidende rol van de huisarts aan de nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten. Onder aanhaling van het Woudschoten-rapport (4), wijst hij erop dat de huisarts medeverantwoordelijk blijft na het delegeren van taken aan specialisten en dat de huisarts de taak heeft om in overleg met specialisten en andere deskundigen een nazorgplan op te stellen; ook moet de huisarts zorgen voor de uitvoering van dit plan. Westerman (27) bespreekt de stereotype beelden die huisartsen en specialisten van elkaar hebben. De centrale rol van de huisarts komt daarin terug als: "De huisarts beschouwt zich vaak als de 'eigenaar' van de patiënt." En over de contacten van huisartsen met specialisten schrijft hij: "In het ziekenhuis komt de huisarts zelden kijken. En als hij komt, mijdt hij de specialist." Specialisten daarentegen gaan hun eigen gang: zij verwijzen door naar collega's zonder overleg met de huisarts, zij rapporteren gebrekkig terug aan huisartsen, en blijven patiënten terugbestellen in plaats van ze naar de huisarts te verwijzen (27, p. 447-448).

Jacobs e.a. (28) onderzoeken waarom huisartsen verschillen in de mate waarin zij ziekenhuisbezoeken afleggen. Zij concluderen dat de houding van huisartsen ten opzichte van het ziekenhuisbezoek ("de taakopvatting van de huisarts ten aanzien van zijn ziekenhuispatiënten") een betere voorspeller is van het ziekenhuisbezoek dan structurele beperkingen, zoals afstand en reistijd tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis en de praktijkgrootte. Huisartsen zelf hanteren tijdgebrek als belangrijkste argument voor het niet bezoeken van patiënten, hetgeen de onderzoekers zich doet afvragen of tijdgebrek geen rationalisatie is van de taakopvatting.

Buma (29) stelt in 1981 dat de huisartsen in Nederland in het algemeen "de zaak geheel

uit handen geven", wanneer zij zelf de problemen van de patiënt niet kunnen oplossen. "Hij (de huisarts) verzaakt daarbij zijn begeleidende taak en brengt schade toe aan zijn relatie met de patiënt" (29, p. 381). In dezelfde sfeer ziet Nijhuis (30) de huisarts als de centrale begeleider van de patiënt. Zijn standpunt is radicaal. Uitgangspunt bij verwijzingen dient volgens hem te zijn: "Er dient niets aan of met de patiënt te gebeuren zonder voorafgaand overleg met en instemming van de huisarts en de patiënt" (30, p. 1619). Hij spreekt over een 'verwijzingscontract' met de specialist, waarin de huisarts een ondubbelzinnige vraag stelt waarop slechts een eenduidig antwoord mogelijk is van de specialist. De huisarts dient er volgens hem scherp op toe te zien, dat de specialist antwoord geeft op de gestelde vraag, dat de specialist de huisarts op de hoogte houdt van het overleg met de patiënt, en dat de patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts. Tegenover het pleidooi van Nijhuis komt Soesbeek (31) met een totaal ander geluid over de dagelijkse praktijk. Hij rapporteert naar aanleiding van een studie naar de opname van negen oudere CVA-patiënten, dat de betrokken huisartsen tijdens de opname gewoonlijk geen contact opnemen met de specialist, omdat zij naar hun zeggen vertrouwen hebben in diens deskundigheid. Kersten en Foets (3) bestudeerden op basis van registratiegegevens van 41 huisartsen het overleg tussen huisarts en specialist over alle gedurende een periode van drie maanden opgenomen patiënten. Het meeste overleg blijkt plaats te vinden over de beslissing om de patiënt op te nemen (in 22% van de gevallen). Veelal (19%) is dit overleg op initiatief van de huisarts, die vanwege het levensbedreigende en spoedeisende karakter het initiatief neemt om de patiënt op te nemen in het ziekenhuis. Overleg tussen huisarts en specialist tijdens de ziekenhuisbehandeling (7%) en over ontslag en de nazorg (7%) komt weinig voor.

Beperking van de hoeveelheid tweedelijnsbehandeling

Er is in de literatuur een verbinding gelegd tussen de begeleidende rol van de huisarts en het beperken van de hoeveelheid zorg voor patiënten in de tweedelijns. Huygen en De Melker (32) constateren een positieve correlatie tussen verwijs- en opnamecijfers en concluderen dat patiënten van huisartsen die veel verwijzen een grotere kans hebben om in het ziekenhuis te worden opgenomen. Pel (33) is negatief over de invloed van de huisarts op het terugbestellen door de specialist. Hij stelt dat de huisarts geen invloed heeft op het afgeven van verlengingsverwijzingen. Interessant is dat ziektekostenverzekeraars rond 1983 klaarblijkelijk wel geloven in de mogelijkheden die huisartsen hebben om de hoeveelheid tweedelijnsbehandeling voor hun patiënten beperkt te houden. In een pakket maatregelen stellen de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) en het Kontakt Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ) in de nota 'Betaalbaar perspectief' voor, om het takenpakket van de huisarts te verruimen en de huisarts de centrale rol in het verwijzingssysteem te laten vervullen; huisartsen blijven hun patiënten in deze opzet na verwijzing volgen. Het is de bedoeling dat patiënten snel uit het ziekenhuis worden ontslagen en weer worden overgedragen aan de zorg van de huisarts. Met het totale pakket van maatregelen denkt men een basis te hebben gelegd, om binnen afzienbare tijd het volume van de gezondheidszorg te kunnen beheersen en de kosten van de gezondheidszorg te verminderen (34). Kersten en Dopheide (35) zoeken in ziekenfondscijfers naar aanwijzingen voor invloed van de huisarts op de hoeveelheid

tweedelijnszorg. Zij concluderen, dat er aanzienlijke verschillen bestaan tussen de hoeveelheid tweedelijnszorg die patiënten van verschillende huisartsen ontvangen, die niet kunnen worden teruggevoerd op de leeftijd en het geslacht van de patiënten en waarschijnlijk ook niet op de werkwijze van de betrokken specialisten. Reagerend op de nota 'Betaalbaar perspectief' stelt Lems (36), dat de rol van de huisarts wordt overschat: "Versterking van de positie van de huisarts om zo invloed te kunnen uitoefenen op de produktie in de tweedelijns is een illusie en bergt het gevaar in zich dat huisartsen verantwoordelijk worden gesteld voor ontwikkelingen waarop zij niet of nauwelijks invloed kunnen uitoefenen" (36, p. 223). De Melker (37) stelt in een reactie op het artikel van Lems dat de rol van de huisarts juist wordt onderschat. Hij wijst onder andere op de mogelijkheden die de huisarts formeel heeft om verlengingsverwijzingen te weigeren. Kersten (38) zoekt inzicht in de verschillen in hoeveelheid specialistische behandeling voor patiënten van huisartsen die veel of juist weinig verwijzen. Er lijkt sprake van tegengestelde effecten, doordat specialisten enerzijds de patiënten van veel verwijzende huisartsen zorg verlenen die weinig verwijzende huisartsen zelf bieden, terwijl anderzijds huisartsen die veel verwijzen ook meer onnodig verwijzen, zodat specialisten deze patiënten weer snel kunnen terugverwijzen naar de eerstelijns. Dergelijke tegengestelde effecten zijn op grond van ziekenfondsgegevens moeilijk te traceren.

Consultatie van specialisten

Refererend aan de niet meer voorkomende 'huisconsulten' van specialisten, pleit Burkens in 1974 (39) voor consultatieve bezoeken van specialisten aan huisartsen in het gezondheidscentrum. Complementair ziet hij een rol voor de huisarts in het ziekenhuis via een aanstelling als 'buitengewoon assistent' voor enkele uren per week. Verder pleiten Mansvelt (40), Bruins (41), Van Dijk en Mullink (42) en Puijlaert (43) voor het bevorderen van consultatie van specialisten door huisartsen. Bruins ziet daarbij de specialist als "helper van het home-team" (41, p. 939).

Leerling lanceert in 1978 zijn plan om de consultatieve functie van specialisten formeel te incorporeren in het systeem van de verwijkskaart (44). De essentie van het plan is de looptijd van de verwijkskaart terug te brengen van een jaar naar zes weken. Aan het eind van deze zes weken doet de specialist een behandelingsvoorstel aan de huisarts, zodat weloverwogen - eventueel in overleg tussen huisarts, patiënt en specialist - aan een voortzetting van de tweedelijnsbehandeling kan worden begonnen. Leerling verwacht van het plan een verschuiving van de zorg van de tweede- naar de eerstelijns. Het plan heeft een heftige gedachtenwisseling tot gevolg met voorstanders (45, 46) en een tegenstander, de internist Horikx. Horikx (47) pleit voor het geheel afschaffen van de verwijkskaart en schrijft elders: "Het gevaar is niet denkbeeldig dat door de grotere aandacht die de huisarts tegenwoordig - terecht overigens - geniet, de realiteitszin bij een aantal jonge collega's huisartsen gaat ontbreken en men het reveil van de huisartsgeneeskunde gelijk gaat stellen aan bekwaamheid om een deel van de specialistische geneeskunde nu zelf te kunnen gaan beoefenen" (48, p. 770).

In het voetspoor van het plan van Leerling (44) zijn nog andere alternatieven voor het bestaande verwijkskaartensysteem ontwikkeld door Puijlaert (46) en door Leerling zelf (49). Het meest bekende alternatief, waarvan de invoering momenteel - 13 jaar na het

eerste artikel van Leerling in 1978 (44) - nog steeds in discussie is, is het door de Landelijke Specialisten Vereniging gelanceerde voorstel tot invoering van een 'advieskaart' naast een 'behandelkaart'. De advieskaart is één maand geldig en kan door de huisarts worden gebruikt om een behandelingsadvies aan de specialist te vragen. Met de behandelkaart draagt de huisarts de behandeling van de patiënt over aan de specialist. De discussie spitst zich met name toe op de wijze waarop dit overdragen van de behandeling moet worden geregeld. Als de specialist al met de behandeling kan starten nog voor de huisarts de behandelkaart heeft uitgeschreven, blijft de specialist in feite autonoom de duur van de tweedelijsbehandeling bepalen. Voor Leerling (49) is dat de hoofdreden om het plan voor de advies- en behandelkaart af te wijzen. Kerkhof gaat niet in op de kwestie hoe en door wie de beslissing genomen dient te worden om de behandeling in de tweedelijs te starten. In zijn algemeenheid noemt hij het plan voor de advies- en behandelkaart "concreet en op korte termijn uitvoerbaar" (50, p. 648). Hij voegt daar aan toe, dat huisartsen wel via hun honorering beloond moeten worden voor het uitvoeren van behandelingen in de eerstelijs, wil het nieuwe verwijssysteem succes hebben in een verschuiven van behandeling van tweede- naar eerstelijs.

Nuyens en Van Slobbe (51) stelden in onderzoek vast, dat bij invoering van het nieuwe verwijssysteem ongeveer 29% van de traditionele verwijsskaarten zou worden omgezet in een advieskaart. Per specialisme is dit overigens verschillend; bij interne geneeskunde komen zij uit op 14%. Kersten en Verhage-Spliet (52; deze publikatie is tevens opgenomen als hoofdstuk 6 van dit proefschrift) onderzochten, hoe internisten binnen het huidige systeem omgaan met procedurevoorstellen van huisartsen. Deze voorstellen moeten blijken uit de verwijfsbrieven. In de praktijk geven huisartsen slechts in 20% van hun brieven hun voorkeur voor een procedure aan. Internisten volgen die in 66% van de gevallen op.

Bepalen van de verwijfsbestemming

Nauwelijks is onderzocht, op grond van welke overwegingen huisartsen hun verwijfsbestemming bepalen, als ze bij het verwijfs kunnen kiezen uit meerdere specialisten. De vraag is, of huisartsen vaker specialisten kiezen die hen continuïteitsinvloed toestaan. De drie hierna te bespreken onderzoeken, die ingaan op de overwegingen van huisartsen bij het kiezen van de verwijfsbestemming, zijn beperkt van opzet: ze hebben alle betrekking op de huisartsen die verwijfs naar één specifiek ziekenhuis en geven dus geen gedetailleerd beeld, waarom specialisten voor de specialistenassociatie in het ene dan wel die in een ander ziekenhuis kiezen.

Kolkman en Van der Voort (53) onderscheiden vijf groepen overwegingen van huisartsen: a. de medisch-technische kwaliteit van de specialist, b. de relatie tussen de specialist en de huisarts, c. de omgang van de specialist met de patiënt, d. de voorkeur van de patiënt, en e. een categorie overige motieven. Onder categorie b. valt wat wij hier bespreken onder de noemer continuïteitsinvloed. Kolkman en Van der Voort zeggen daarover dat de volgende factoren een rol spelen: persoonlijke omgang, de mogelijkheden om spoedopnamen te regelen, de overlegmogelijkheden, de snelheid en de mate van berichtgeving door de specialist, het vasthouden van de patiënt in de tweedelijs, en het doorverwijfs van patiënten naar collega-specialisten.

Middel en Zijlstra (54) onderscheiden gedeeltelijk andere categorieën overwegingen dan Kolkman en Van der Voort en stellen het relatieve belang ervan vast. De voorkeur van de patiënt komt daar als belangrijkste factor uit naar voren, gevolgd door het persoonlijk contact tussen huisarts en specialist. De bestudeerde huisartsen geven te kennen behoefte te hebben aan meer persoonlijk en telefonisch contact. In de huidige praktijk nemen de huisartsen meestal het initiatief tot contact en zij vinden dat specialisten op dat gebied meer initiatieven zouden moeten nemen.

Visser (55) onderzocht de rol die geruchten spelen ten aanzien van verschillende overwegingen van huisartsen en patiënten, maar deze studie valt wat buiten het bestek van de onderhavige probleemstelling.

3.3.5 Wat is in het Verenigd Koninkrijk geschreven over continuïteitsinvloed?

GP-hospitals

Vooral in de eerste helft van de zeventiger jaren wordt veel geschreven over de wenselijkheid dat huisartsen eigen bedden houden in algemene ziekenhuizen en dat op het platteland de zogeheten GP- of community-hospitals blijven bestaan. In een editorial in RC in 1972 "The general practitioner and the hospital" (56) worden deze huisartsen-bedden besproken in het licht van de veranderende verhoudingen tussen huisartsen en specialisten. Sinds ongeveer 1940 werken de Britse huisartsen en specialisten gescheiden en er wordt zelfs gesproken over een 'iron curtain' tussen de twee richtingen in het artsen-beroep. In de vijftiger jaren probeerden huisartsen hun door de opkomst van de specialisten uitgeholde positie te verbeteren via 'klinische assistentschappen' in het ziekenhuis. Ongeveer één derde van alle huisartsen had in die dagen een dergelijk assistentschap. In de zestiger jaren waren huisartsen, volgens het genoemde editorial, niet langer tevreden met een dergelijke ondergeschikte assistenten-positie. In de zeventiger jaren ontstaan er nieuwe ideeën over mogelijke samenwerking tussen huisartsen en specialisten, vanuit de nadruk die huisartsen gaan leggen op holistische geneeskunde en 'patiënt centred medicine'. Eén van de in het editorial genoemde nieuwe gedachten is het houden van consultatieve bijeenkomsten waarbij specialisten huisartsen in gezondheidscentra bezoeken. Verder is er een toegenomen behoefte bij huisartsen om gebruik te maken van de diagnostische mogelijkheden van het ziekenhuis. Anderzijds is er kritiek op het gebruik dat huisartsen maken van hun mogelijkheid om patiënten op te nemen in algemene ziekenhuizen (57). Huisartsen zouden meer inspanningen moeten leveren om patiënten thuis zorg te verlenen. Verder waren er in die jaren geluiden om de GP-hospitals te sluiten. Daar is succesvol protest van huisartsenzijde op gevolgd en diverse auteurs (58, 59, 60, 61) hebben het belang van GP-hospitals naar voren gebracht. Overigens is in recente jaren om economische redenen een aanzienlijk aantal GP-hospitals gesloten en ook het aantal door huisartsen beheerde bedden, met name in de 'obstetric units' waar zij bevallingen leiden, is in de loop der jaren afgenomen (62, p. 37).

Begeleidende rol

Bij het beargumenteren van het belang van eigen bedden voor huisartsen wordt onder andere gewezen op de blijvende verantwoordelijkheid van de huisarts voor de patiënt, ook als de zorg verplaatst wordt naar het ziekenhuis. In essentie is dit dezelfde gedachte

als het argument op grond waarvan De Melker (9) in de Nederlandse situatie een begeleidende rol voor de huisarts bij de ziekenhuisbehandeling bepleit. De Melker (21) publiceert in 1974 over zijn Nederlandse onderzoek in RC: "The family doctor can therefore bridge the gap between hospital and home and between the patient and his family" (21, p. 703). Long en Atkins (63) onderzochten de communicatie tussen huisartsen en specialisten. Zij constateren dat het contact beperkt is. Bijvoorbeeld tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis zoeken huisartsen slechts voor 2% van de opgenomen patiënten contact met specialisten; specialisten zoeken van hun kant voor 3% van deze patiënten contact met huisartsen.

Horder (64) stelt in een beschouwing over de relatie tussen huisarts en specialist over het werk van de huisarts: "The general practitioner is a licenced medical graduate who gives personal, primary and continuing care to individuals, families, and a practice population, irrespective of age, sex and illness. He will undertake the continuing management of his patients with chronic, recurrent or terminal illnesses" (64, p. 393). Horder stelt verder dat het in dit verband cruciaal is, dat huisartsen en specialisten elkaar ontmoeten. Hij betreft daarbij de huisartsen-bedden in ziekenhuizen en de klinische assistentschappen van huisartsen. Whitfield (65) onderzocht de meningen van huisartsen en specialisten over verschillende aspecten van hun relatie. Het onderzoek is een kleinschalige Britse variant op de Nederlandse studies naar de taakafbakening tussen huisartsen en specialisten (66, 67). We geven enkele voorbeelden van de resultaten. Specialisten zijn minder positief dan huisartsen over de wenselijkheid van een gelijke mate van toegang voor huisartsen en specialisten tot röntgen-faciliteiten. Huisartsen en specialisten blijken het daarentegen met elkaar eens, dat klinische assistentschappen voor huisartsen wenselijk zijn. Ook vindt een meerderheid van beiden dat specialisten patiënten overmatig terugbestellen. Dat brengt ons tot de volgende groep artikelen.

Beperking van de hoeveelheid tweedelijnsbehandeling

In verband met het beperken van de hoeveelheid zorg in de tweedelijns schrijft Lester (68) een artikel met de veelzeggende titel: "Why not reclaim our patients from hospital outpatient clinics?". Hij bespreekt de praktijkervaring van huisartsen dat specialisten patiënten blijven terugbestellen op de polikliniek, terwijl de noodzaak daarvoor al lang is verdwenen, hetgeen naar zijn zeggen de continuïteit van zorg niet ten goede komt. In de eigen praktijk heeft Lester dit probleem aangepakt door elke verwijsbrief standaard te beëindigen met de zin: "I would be grateful for your opinion and advice about this patiënt and would be happy to resume his/her care at the earliest opportunity in order to save the burden of repeated outpatient attendances" (68, p. 230). Verder heeft hij een procedure ontwikkeld om verdere vervolgspraken met specialisten te stoppen voor patiënten bij wie deze niet nodig zijn. Hij nodigt andere huisartsen uit dit voorbeeld te volgen.

Marsh (69) stelt naar aanleiding van zijn onderzoek: "This study shows a deplorable overuse of the follow-up system by many consultants and a serious waste of NHS resources" (69, p. 1177). In dezelfde lijn als Lester stelt hij voor dat specialisten de reden voor terugbestellen duidelijk moeten maken in een brief aan de huisarts.

Coulter e.a. (70) verzochten huisartsen in het kader van een project te registreren wat hun motieven waren om patiënten te verwijzen. Van de verwijzingen bleek 35% bedoeld

voor een specifieke behandeling of een operatie; eveneens in 35% van de gevallen ging het om een specifiek onderzoek of het vaststellen van de diagnose; advies over het te volgen beleid was in 14% van de gevallen de belangrijkste reden; bij 9% ging het om overname van de behandeling; geruststelling van huisarts of patiënt was tenslotte bij 4% de belangrijkste reden (3% 'overige' redenen). Jammer genoeg bevat hun studie geen informatie over hoe specialisten met deze aan hen duidelijk gemaakte verwijssredenen omgaan: slaan zij de door huisartsen voorgestelde weg in of niet? In 1990 bestudeerden Coulter e.a. (71) de relatie tussen de mate waarin huisartsen patiënten verwijzen en de mate waarin specialisten deze verwezen patiënten opnemen. Zij spreken daarbij in het geheel niet over een mogelijke taak van de huisarts om onnodige tweedelijnszorg (en dus ook onnodige opname in de tweedelijns) beperkt te houden. Zij veronderstellen dat de patiënten van veel verwijzende huisartsen relatief minder vaak worden opgenomen, omdat specialisten minder vaak aanleiding zien tot opname van deze patiënten. Als deze veronderstelling niet uitkomt, stellen zij dat dit twijfel oproept aan de vaak gelegde verbinding dat veel verwijzen veel onnodig verwijzen inhoudt.

3.4 Beschouwing

Deze studie is gebaseerd op de gedurende de afgelopen 20 jaar verschenen tijdschriftartikelen. We missen daardoor uiteraard de in boekvorm verschenen publikaties. Desondanks is het verkregen beeld behoorlijk compleet. Er bestaan immers betrekkelijk weinig belangrijke inzichten waarover hoofdzakelijk in boekvorm is gepubliceerd. Uitzonderingen zijn vier dissertaties: de dissertatie van Bremer in 1964 (72) over het verwijzen (deze valt echter buiten de bestudeerde periode), de dissertatie van De Melker in 1973 (9) over de rol van de huisarts in het ziekenhuis (zie de inleiding, paragraaf 3.1), de dissertatie van Krol in 1985 (74) over de invloed van de patiënt op de beslissing om tot verwijzing over te gaan, en de dissertatie van Mokkink in 1986 (73) over de relatie tussen de werkstijlen van huisartsen en hun zorgproductie in termen van verwijs- en voorschrijfcijfers (op beide laatstgenoemde publikaties gaan we in het kader van deze studie niet inhoudelijk in). In de Britse literatuur zijn er blijkens een review van lopend en afgesloten onderzoek op het terrein van de relatie tussen eerste- en tweedelijns van Wilkin en Dornan (75) vijf relevante niet in artikelvorm verschenen publikaties, die weliswaar buiten het kader vallen van hetgeen waarop we in de onderhavige studie inhoudelijk ingaan (de 'continuïteitsinvloed' van huisartsen op specialisten). Dat betreft rapportages over de tweede en derde nationale studie in het Verenigd Koninkrijk 'Morbidity statistics from general practice' (76, 77) met basisinformatie over het verwijzen van huisartsen naar specialisten. Verder zijn er studies verschenen over verschillende aspecten van het verwijzen van de hand van Dowie (78) en Berkhout (79) en van Hart en Marinker (80).

Vergeleken met het Verenigd Koninkrijk zijn in Nederland veel meer tijdschriftartikelen verschenen die betrekking hebben op de relatie tussen huisarts en specialist. De respectievelijke aantallen zijn 104 en 242 artikelen. Blijkens de publikaties is de aandacht in het Verenigd Koninkrijk vooral gericht op de rol van de huisarts als 'gatekeeper',

hetgeen in Nederland wordt aangeduid met het beeld: de huisarts is de 'poortwachter' voor de tweedelij. Er is in het Verenigd Koninkrijk namelijk vooral onderzoek gedaan, gericht op het verwijzen en in mindere mate naar de correspondentie tussen huisarts en specialist die met dit verwijzen gepaard gaat. In Nederland is het verwijzen ook een belangrijk onderwerp, maar veel meer wordt geschreven over de samenwerking tussen huisarts en specialist. Veel van deze Nederlandse publikaties over samenwerking hebben het karakter van een beschouwing, hetgeen concreet betekent dat geschreven wordt hoe de samenwerking - in een concrete situatie of in het algemeen - verloopt of zou moeten verlopen. Opmerkelijk is daarbij, dat in Nederland veel meer over concrete samenwerkingsprojecten geschreven wordt dan in het Verenigd Koninkrijk, hetgeen de indruk wekt dat daar veel minder met samenwerking geëxperimenteerd wordt.

De verklaring voor het feit dat in Nederland meer aandacht besteed wordt aan de samenwerking tussen huisartsen en specialisten, houdt wellicht verband met de grotere bedreiging die Nederlandse huisartsen ervaren van specialisten ten gevolge van de in de inleiding gesignaleerde grotere 'aanzuigende werking' van de tweedelij. Deze bedreiging zal in eerste instantie leiden tot een grote behoefte bij huisartsen aan een duidelijke taakafbakening met specialisten om het eigen werkterrein veilig te stellen. Inherent aan het werkterrein van huisartsen is echter dat er op vele plaatsen raakvlakken zijn met het werkterrein van specialisten. (Elders hebben we betoogd, dat deze raakvlakken toenemen naarmate huisartsen een groter werkterrein claimen (38).) Het bestaan van deze raakvlakken impliceert, dat de gewenste taakafbakening alleen bereikt kan worden via samenwerking. Vandaar dat in de Nederlandse literatuur veel aandacht wordt besteed aan samenwerking. Dat de gevoelde afhankelijkheid van de wederpartij de geneigdheid tot samenwerking vergroot is overigens ook aan de kant van de tweedelij waarneembaar. Als ziekenhuizen en specialisten met andere ziekenhuizen moeten concurreren om patiënten naar zich toe verwezen te krijgen, blijkt uit de praktijk dat zij vaak meer geneigd zijn tot samenwerking met huisartsen.

Wat zijn de bevindingen ten aanzien van de geformuleerde hypothesen?

De eerste gestelde hypothese, dat in Nederland meer gepubliceerd is over continuïteitsinvloed dan in het Verenigd Koninkrijk, wordt in deze studie bevestigd. In Nederland werden 36 artikelen gevonden en in het Verenigd Koninkrijk slechts 13. De gedachte achter de hypothese is, dat continuïteitsinvloed voor de Nederlandse huisartsen als beroepsgroep belangrijker is, omdat zij zich meer bedreigd voelen door de grotere 'aanzuigende werking' van de tweedelij. In zekere zin wordt deze gedachte eveneens bevestigd door het verschil in de toon en het type publikaties in beide landen. In het Verenigd Koninkrijk signaleren enkele individuele huisartsen (68, 69) weliswaar, dat specialisten patiënten vasthouden in de tweedelij. Anders dan in Nederland (30, 37, 44), zijn er echter geen door de standpunten van de beroepsgroep geïnspireerde beschouwingen, waaruit blijkt dat men hier collectief iets aan wil of zou moeten veranderen. Ook vindt men in het Verenigd Koninkrijk weliswaar een algemene aanduiding dat de huisarts verantwoordelijk is voor de continuïteit van zorg (64), maar nergens wordt daaruit de conclusie getrokken dat huisartsen zich zouden moeten bezig houden met de wijze waarop specialisten de behandeling van verwezen patiënten uitvoeren. In Nederland

gebeurt dat veelvuldig in publikaties (22, 24, 25, 26, 29, 30).

De tweede gestelde hypothese is, dat uit de literatuur niet zal blijken dat Nederlandse huisartsen in de dagelijkse praktijk erg actief zijn om continuïteitsinvloed uit te oefenen. Vanwege het in de inleiding gesignaleerde 'sociale dilemma' stelden wij deze hypothese, ondanks het grote belang dat eraan wordt gehecht op collectief niveau. De hypothese wordt in zijn algemeenheid bevestigd. Weliswaar zijn er uitzonderingen van individuele huisartsen die wel rapporteren actief te zijn om continuïteitsinvloed uit te oefenen (24, 32), maar over pogingen van grotere aantallen huisartsen om continuïteitsinvloed uit te oefenen is niet geschreven. Sterker nog, in de meeste publikaties wordt op grond van praktijkervaringen of onderzoek gesteld, dat huisartsen de behandeling meestal geheel uit handen geven aan de specialist (3, 24, 27, 29, 52).

De derde gestelde hypothese is, dat er een opgaande lijn is in het aantal Nederlandse publikaties over continuïteitsinvloed vanwege het toegenomen financiële belang van huisartsen bij substitutie van tweedelijns- door eerstelijnszorg via een toename van het aantal particulier verzekerden. Volgens de hypothese zal deze toename vooral na de 'kleine stelselwijziging' in 1986 duidelijk zichtbaar zijn. Deze hypothese wordt niet bevestigd door de bevindingen. Over de verklaring van deze discrepantie tussen verwachting en werkelijkheid kunnen we slechts veronderstellingen doen. Mogelijk speelt een rol, dat het financiële belang van huisartsen bij substitutie weliswaar is toegenomen, maar dat huisartsen niet verwachten dat binnen het huidige systeem via het uitoefenen van continuïteitsinvloed veel substitutie te verkrijgen valt (bijvoorbeeld, omdat zij denken dat specialisten zich weinig aan deze invloed gelegen zullen laten liggen). Daarnaast kan een rol spelen, dat een zekere ontmoediging is opgetreden bij huisartsen: de wens tot beïnvloeding is gebleven, maar gegeven het ontbreken van enige vordering in het realiseren van deze invloed (te denken valt met name aan de reeds 13 jaar durende discussie over de invoering van de advies- en behandelkaart), zwijgt men er liever over. Dat de invloed niet gerealiseerd wordt, is mogelijk de reden dat er weinig onderzoeksactiviteiten op dit terrein plaatsvinden. Toch is het interessant om te bestuderen langs welke weg huisartsen hun continuïteitsinvloed zouden kunnen vergroten. In het slothoofdstuk gaan we hier op in.

Eindnoten

1. Twee terzake van het onderwerp deskundige personen hebben de selectie van artikelen uitgevoerd. Hun opdracht was bij twijfel een artikel in te sluiten. De onderzoeker heeft in tweede instantie alle artikelen doorgenomen en in overleg met de selecteurs 26 artikelen verwijderd.
2. Er is voor gekozen om de aantallen artikelen in Nederland en het Verenigd Koninkrijk in absolute zin te vergelijken. Absolute vergelijking houdt in dat wordt nagegaan, hoe vaak de in het onderwerp geïnteresseerde lezers in de genoemde landen de gelegenheid hebben gehad om daar iets over te lezen.

Literatuur

1. MULDER, J.D. Samen Werken. Inaugurele reden Rijks Universiteit Leiden 1983
2. JACOBS, H.M., R.A. DE MELKER & W.M.M. TOUW-OTTEN. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Med Contact 38 (1983) 1629-1632
3. KERSTEN, T.J.J.M.T. & M. FOETS. De betrokkenheid van huisartsen bij de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten. T Soc Gezondheidsz 68 (1990) 36-41
4. VROEGE, N.H. Het Woudschotenrapport. Huisarts en Wetenschap 9 (1966) 372-385
5. BUMA, J.T. Opvattingen over huisartsengeneeskunde in 'Huisarts en Wetenschap'. Huisarts en Wetenschap 24 (1981a) 332-335
6. BUMA, J.T. De identiteit van de huisartsengeneeskunde. In: J.T. Buma, R. Grol, H. v.d. Velden, Th. Voorn (red.). Huisartsengeneeskunde voor en na 1984. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen (1984) 11-32
7. LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING. Het basistakenpakket van de huisarts. Landelijke Huisartsen Vereniging Vademecum, Utrecht 1987
8. NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP. De verwijfsbrief naar de tweedelij [Standaard O01]. Huisarts en Wetenschap 32 (1989) 102-105
9. MELKER, R.A. DE. Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin. Dekker & van de Vegt, Nijmegen 1973
10. HULL, F.M. & R.F. WESTERMAN. Referral to medical outpatients department at teaching hospitals in Birmingham and Amsterdam. Br Med J 293 (1986) 311-314
11. VEEN, P. & H.A.M. WILKE. De kern van de sociale psychologie. Van Loghum Slaterus, Deventer 1986
12. CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Statistisch Zakboek '72. Centraal Bureau voor de Statistiek, 's-Gravenhage 1973
13. VERENIGING VAN NEDERLANDSE ZIEKENFONDSEN. Gezondheidszorg in cijfers vanuit ziekenfondsoptiek. Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, Zeist 1989
14. Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ). Staatscourant 27 mei 1987, 100
15. REDACTIONEEL. Bij de twintigste jaargang. Huisarts en Wetenschap 20 (1977) 3
16. JONG, G. DE. Een nieuwe lente voor het TSG. T Soc Gezondheidsz 66 (1988) 1-2
17. JONGKEES, L.B.W. 125 Jaar Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, uit het verleden via het heden naar de toekomst. Ned T Geneesk 126, (1982) 1-2
18. BUCKLEY, E.G. New decade: new title. Br J Gen Practice 40 (1990) 1-3

19. DOELEMEN, F. Improving communication between general practitioners and specialists. *Fam Practice* 4 (1987) 176-182
20. KUYVENHOVEN, M.M., H.M. JACOBS, F.W.M.M. TOUW-OTTEN & J.C. VAN ES. Written simulation of patient-doctor encounters. 3. Comparison of the performance in the stimulation with prescription and referral data in reality. *Fam Practice* 1 (1983) 25-28
21. MELKER, R.A. DE. The relationship between the family doctor and the hospital. *J R Coll Gen Pract* 24 (1974) 703-709
22. MELKER, R.A. DE. De huisarts en de ziekenhuispatiënt. *Huisarts en Wetenschap* 14 (1971) 418-422
23. KOOLIJ, S. VAN DER. Redactioneel. Extra- en intramurale geneeskunde. *Huisarts en Wetenschap* 14 (1971) 417-418
24. POLAK, B.S. De relatie ziekenhuis(specialist-)-patiënt. *Med Contact* 28 (1972) 1399-1402
25. HECKMAN, J. De huisarts als spil in de gezondheidszorg. *Med Contact* 29 (1974) 880-882
26. GILL, K. De nazorg van ontslagen ziekenhuispatiënten. *Huisarts en Wetenschap* 17 (1974) 32-33
27. WESTERMAN, R.F. Patiëntenzorg: samen of apart? *Huisarts en Wetenschap* 17 (1974) 447-450
28. JACOBS, H.M., F.W.M.M. TOUW-OTTEN & R.A. DE MELKER. Taakopvatting en ziekenhuisbezoek. De invloed van de taakopvatting van de huisarts op de frequentie waarmee hij zijn ziekenhuispatiënten bezoekt. *Huisarts en Wetenschap* 22 (1979) 226-234
29. BUMA, J.T. De huisarts en de continuïteit in de hulpverlening. Een essay over de longitudinale zorg door de huisarts, de plaats van de dialoog daarin en de wenselijkheid van een gedragscode *Huisarts en Wetenschap* 24 (1981b) 379-383
30. NIJHUIS, H.J. De relatie huisarts-specialist. Naar een nieuwe manier van verwijzen. *Med Contact* 36 (1981) 1617-1619
31. SOESBEEK, K.H. Opname in het ziekenhuis van oudere patiënten met een CVA. *Huisarts en Wetenschap* 28 (1985) 94-95
32. HUYGEN, F.J.A. & R.A. DE MELKER. Over het verwijzen door de huisarts. *Med Contact* 28 (1973) 1299-1302
33. PEL, J.Z.S. Over de invloed van de huisarts op het verwijzingspercentage. *Med Contact* 30 (1975) 988-990
34. VERENIGING VAN NEDERLANDSE ZIEKENFONDSEN /KONTAKT LANDELIJK OVERLEG ZORG-VERZEKERAARS. Financiering gezondheidszorg. Rapport 'Betaalbaar Perspectief'. *Med Contact* 39 (1984) 188-189
35. KERSTEN, D. & J.P. DOPHEIDE. Invloed huisarts in de tweede lijn. Een empirische verkenning. *Med Contact* 39 (1984) 1579-1582
36. LEMS, P. De overschatte rol van de huisarts. *Med Contact* 40 (1985) 221-223
37. MELKER, R.A. DE. De onderschatting van de rol van de huisarts. *Med Contact* 40 (1985) 585-588

38. KERSTEN, T.J.J.M.T. Wederzijdse beïnvloeding huisarts-specialist. Med Contact 43 (1988) 849-851
39. BURKENS, J.C.J. Consultatie in beide richtingen. Med Contact 29 (1974) 705-708
40. MANSVELT, J. VAN. Suggesties ten aanzien van de samenwerking tussen huisarts en specialist. Med Contact 29 (1974) 734-737
41. BRUINS, C.P. Ondergrondse communicatieproblemen. Med Contact 29 (1974) 937-942
42. DIJK, L. VAN & J.A.M. MULLINK. Het Brandpunt van de holle spiegel. T Soc Gezondheidsz 54 (1976) 70-77
43. PUIJLAERT, F.W.J. Versterking van de eerste lijn door raadplegen van de diagnost. II: Directe contacten huisarts met radiodiagnosten, chemici en bacteriologen - een oriënterend onderzoek. Med Contact 33 (1978) 1176-1179
44. LEERLING, R.J. Een alternatieve 'eigen bijdrage'. Med Contact 33 (1978) 1571-1573
45. VERSÉLEWEL DE WITT HAMER, J.J. Een alternatieve 'eigen bijdrage'. Naar een juiste taakverdeling tussen eerste en tweede echelon. Med Contact 34 (1979) 1021-1024
46. PUIJLAERT, F.W.J. Taakverdeling eerste en tweede echelon. Raadplegen van de diagnost is meer dan ziekenhuisfaciliteiten voor de huisarts. Med Contact 34 (1979) 997-998
47. HORIKX, M.J. Commentaar van een specialist. Med Contact 33 (1978) 1574-1575
48. HORIKX, M.J. Taakverdeling eerste en tweede echelon. Med Contact 34 (1979) 769-772
49. LEERLING, R.J. Hoe staat het eigenlijk met de alternatieve eigen bijdrage? Med Contact 35 (1979) 1548-1551
50. KERKHOFF, A.H.M. De verwijzer verwezen! Enige kanttekeningen bij het plan tot invoering van advies en verwijfskaarten. Med Contact 38 (1983) 647-649
51. NUIJENS, W. & W. VAN SLOBBE. Een haalbare kaart. Een onderzoek naar de mogelijkheid een consultkaart in te voeren. Med Contact 43 (1988) 301-304
52. KERSTEN, T.J.J.M.T. & C.M.TH. VERHAGE-SPLIET. De invloed van de verwijfsbrief op de procedure in de tweedelij. T Soc Gezondheidsz 68 (1990) 341-345
53. KOLKMAN, H.H.E. & P.C.H. VAN DER VOORT. Samenwerking huisarts-specialist. Onderzoek in Zeist. Med Contact 40 (1985) 1065-1067
54. MIDDEL, R. & T.R. ZIJLSTRA. Wat vinden huisartsen van een ziekenhuis? Med Contact 41 (1986) 49-51
55. VISSER, A.PH. Evaluatie en de keuze van tweedelijns gezondheidszorg voorzieningen: inhoud, determinanten en beïnvloeding. Open Dag Gezondheidszorgonderzoek 1983. T Soc Gezondheidsz 62 (1984)
56. EDITORIAL. The general practitioner and the hospital. J R Coll Gen Pract 22 (1972) 205-207
57. TORRANCE, N., J.A.R. LAWSON, B. HOGG & J.D.E. KNOX. Acute admissions to medical beds. J R Coll Gen Pract 22 (1972) 211-218

58. LOUDON, I.S.L. The contribution of general practitioner hospitals. J R Coll Gen Pract 22 (1972) 220-226
59. ILLINGWORTH, D.G. The general practitioner and the hospital. J R Coll Gen Pract 22 (1972) 227-231
60. CLARCK, M. & A. MULHOLLAND. The use of general-practitioner beds. J R Coll Gen Pract 23 (1973) 273-278
61. BERKELEY, J.S. Reasons for referral to hospital. J R Coll Gen Pract 26 (1976) 293-296
62. OFFICE OF HEALTH ECONOMICS. Compensium of health statistics. 7th Edition. London 1989
63. LONG, A. & J.B. ATKINS. Communications between General Practitioners and consultants. Br Med J (1974) 456-459
64. HORDER, J.P. Physicians and family doctors: a new relationship. J R Coll Gen Pract 27 (1977) 391-397
65. WHITFIELD, M.J. What do consultants think of general practice? J R Coll Gen Pract 30 (1980) 228-229
66. DOPHEIDE, J.J. Verwijzen door de huisarts. Enkele determinanten van het verwijscijfer van solohuisartsen op het verstedelijkt platteland en in forensengemeenten. Gezondheid & Samenleving 3 (1982) 141-151
67. BEEK, M., J. VAN EIJK & G. RUTTEN. Huisartsen en specialisten over hun onderlinge taakafbakening. Med Contact 39 (1984) 1247-1251
68. LESTER, J.P. Why not reclaim our patients from hospital outpatient clinics? J R Coll Gen Pract 30 (1980) 230
69. MARSH, G.N. Are follow-up consultations at medical outpatients departments futile? Br Med J 284 (1982) 1176-1177
70. COULTER, A., A. NOONE & M. GOLDACRE. General practitioners' referrals to specialist outpatient clinics. Br Med J 299 (1989) 304-308
71. COULTER, A., V. SEAGROATT & M. McPHERSON. Relation between general practices' outpatient referral rates and rates of elective admission to hospital. Br Med J 301 (1990) 273-276
72. BREMER, G.J. Het verwijzen in de huisartspraktijk. Van Gorcum & Comp. N.V., Assen 1964
73. MOKKINK, H.G.A. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen. Dissertatie. Krips Repro, Meppel 1986
74. KROL, L.J. De consument als leidend voorwerp in de gezondheidszorg. Onderzoek naar de achtergronden van verwijzingen naar de kinderarts. Dissertatie. Amsterdam 1985
75. WILKIN, D. & C. DORNAN. General practitioner referrals to hospital. A review of research and its implications for policy and practice. Centre for Primary Care Research, University of Manchester, Manchester 1990
76. OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS / ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, DEPT. OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY. Morbidity statistics from general practice: second national study 1970-1971. HMSO, London 1974

77. ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS / OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS / DEPT. OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY. Morbidity statistics from general practice 1981-1982: third national study. HMSO, London 1986
78. DOWIE, R. General practitioners and consultants: a study of outpatient referrals. King's Fund, London 1983
79. BERKHOUT, F. Why do referral rates vary? Some theoretical considerations on the study of medical practice. Working Paper 391. School of Geography, University of Leeds, Leeds 1984
80. HART, J.T. & M. MARINKER. An exchange of letters. MSD Foundation, London 1985

Appendix

Alfabetisch overzicht van de voor de literatuurstudie geselecteerde literatuur

- AMSTEL, J. VAN & L. DEKKER. Opties voor een ziekenhuis. Een experiment in Almere (4). Med Contact 43 (1988) 243-244
- ARMSTRONG, D., N. BRITTEN & J. GRACE. Measuring general practitioner referrals: patient, workload and list size effects. J R Coll Gen Pract 38 (1988) 494-497
- BADLEY, E.M. & J. LEE. The consultant's role in continuing medical education of general practitioners: the case of rheumatology. Br Med J 294 (1987) 100-103
- BADO, W. & C.J. WILLIAMS. Usefulness of letters from hospitals to general practitioners. Br Med J 288 (1984) 1813-1814
- BAKERS, J. & M. VAN DER BURG-VAN WALSUM. Medische contactdag Breda. Huisartsen en specialisten over hun onderlinge communicatie. Med Contact 43 (1988) 372-374
- BAKKER, H.S.M. Extramurale epilepsiebestrijding. Naar een efficiëntere communicatie tussen tweede- en eerstelijns gezondheidszorg. Med Contact 36 (1981) 485-488
- BEEK, M., J. VAN EIJK & G. RUTTEN. Huisartsen en specialisten over hun onderlinge taakafbakening. Med Contact 39 (1984) 1247-1251
- BEEK, M., J. VAN EIJK & G. RUTTEN. Verschuivingen van eerste naar tweede lijn. Opvattingen van huisartsen en specialisten. Med Contact 40 (1985) 299-302
- BENTZEN, N., T. CHRISTIANSEN & K. MOLLER PEDERSEN. Choice of care for minor trauma: hospital or general practice. Fam Practice 4 (1987) 91-95
- BERG, W. VAN DEN. Chronische longziekten. CARA: een nieuw beleid voor de eerstelijnszorg. Med Contact 41 (1986) 1429-1430
- BERGSMA, J. De huisartsen en de ziekenhuispsycholoog: een praktijkervaring. Huisarts en Wetenschap 15 (1972) 428-429
- BERKELEY, J.S. Reasons for referral to hospital. J R Coll Gen Pract 26 (1976) 293-296
- BEUGELING, A. & J.C. VAN DER WOUDE. De verwijfsbrief in zijn context. De betekenis van de verwijfsbrief nader beschouwd binnen de samenwerkingsrelatie huisarts-specialist. Med Contact 44 (1989) 873-876
- BEUSMANS, G.H.M.I., F.H.M. Gitmans, M.J.M. Huynen, N.M.V. Jaspers, L.L.J.M. Keijsers & H.F. van der Werf. Medische Faculteit Maastricht en eerste lijn. Standpuntbepaling bestuur PHV Maastricht. Med Contact 36 (1981) 437-441

- BLANEY, D. & I. PULLEN. Communication between psychiatrists and general practitioners: what style of letters do psychiatrists prefer? J R Coll Gen Pract 39 (1989) 67
- BORK, J.J. VAN. Poliklinische psychiatrische consultatie. Een nieuwe vorm van samenwerking tussen huisarts en psychiater. Med Contact 29 (1974) 993-994
- BOYLE, CH.M. Scottish automated follow-up register for thyroid disease: four years' experience in Glasgow. Br Med J 2 (1974) 490-492
- BRAAK, E., L. DE LANGE & E. CLETON-VAN DE DIKKENBERG. Een geriatrisch consultatiepunt voor huisartsen. Een Utrechts experiment. Med Contact 44 (1989) 717-720
- BRAND, H.J. Huisartsen en specialisten in gesprek over samenwerking. Med Contact 29 (1974) 1035-1038
- BREMER, G.J., H.J.W. BRINKMAN, A.M. VAN DONGEN, P.K. VAN DER ENT BRAAT, G.C.A. ESSENS, K. GILL, J. NOOTER & M. SANDERS. Weer thuis: een onderzoek bij uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. Huisarts en Wetenschap 19 (1976) 406-423
- BREMER, G.J. Een onderzoek van verwijfsbrieven. Huisarts en Wetenschap 32 (1989) 100-101
- BROERTJES, A.L. Integratie van eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. Consequenties voor het ziekenhuis Bethesda te Hoogeveen. Huisarts en Wetenschap 20 (1977) 445-446
- BROUWER, W. Het eenmalig geriatrisch consult. Huisarts en Wetenschap 26 (1983) 140-144
- BROWN, L.M. & J.E.C. TOWER. Psychiatrists in primary care: would general practitioners welcome them? Br J Gen Practice 40 (1990) 369-371
- BROWN, A.L., E. BRIERLEY & E. RIVLIN. General practitioner referrals to a clinical child psychologist. Br Med J 292 (1986) 1241-1243
- BRUINS, C.P. Ondergrondse communicatieproblemen. Med Contact 29 (1974) 937-942
- BRUINS, C.P. De eerstelijns gezondheidszorg en de 'Schets'. Een commentaar. Med Contact 35 (1980) 1093-1098
- BUCKINHAM, M.S. Use Electronic mail. Br Med J 295 (1987) 1323-1324
- BUIS, W.M.N.J. (Door)verwijzen en samenwerken in de gezondheidszorg. 1: Verwijzen naar de polikliniek Psychiatrie. Med Contact 41 (1986) 145-147
- BUIS, W.M.N.J. (Door)verwijzen en samenwerken in de gezondheidszorg. Slot: De rol van de psychiater bij onverklaarde lichamelijke klachten. Med Contact 41 (1986) 234-236
- BUMA, J.T. De huisarts en de continuïteit in de hulpverlening. Een essay over de longitudinale zorg door de huisarts, de plaats van de dialoog daarin en de wenselijkheid van een gedragscode. Huisarts en Wetenschap 24 (1981) 379-383
- BURKENS, J.C.J. Hoe zou de samenwerking tussen huisarts en specialist er in de toekomst uit kunnen zien? Huisarts en Wetenschap 17 (1974) 444-446
- BURKENS, J.C.J. Consultatie in beide richtingen. Med Contact 29 (1974) 705-708

- CAIN, A.R.R., J.S. CLARK, M.R. HALLY & J.M. LANGHAM-HOBART. Consultant paediatric clinics in group practice. *Br Med J* 1 (1976) 33-35
- CASPARIE, A.F. Gestructureerde samenwerking. *Med Contact* 40 (1985) 97-100
- CAVENAGH, A.J.M. The American general practitioner in hospital. *Br Med J* 2 (1971) 516-519
- CAVENAGH, A.J.M. The general practitioner and the x-ray department. *J R Coll Gen Pract* 31 (1981) 31-32
- CHRISTENSEN, B., H.T. SORENSEN & C.E. MABECK. Differences in referral rates from general practice. *Fam Practice* 6 (1989) 19-22
- CLARKE, M. & A. MULHOLLAND. The use of general-practitioner beds. *J R Coll Gen Pract* 23 (1973) 273
- COULTER, A., A. NOONE & M. GOLDACRE. General practitioners' referrals to specialist outpatient clinics! Why general practitioners refer patients to specialist outpatient clinics. *Br Med J* 299 (1989) 304-305
- COULTER, A., V. SEAGROATT & K. McPHERSON. Relation between general practices' outpatient referral rates and rates of elective admission to hospital. *Br Med J* 301 (1990) 273-276
- CRANE, J. Closing the gap between GPs and hospitals. *Br Med J* 280 (1980) 423-424
- CREBOLDER, F.J.M. Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (VI). Cijfers en beschouwingen betreffende het medisch handelen. *Huisarts en Wetenschap* 20 (1977) 43-52
- CREED, F. & B. MARKS. Liaison psychiatry in general practice: a comparison of the liaison-attachment scheme and shifted outpatient clinic models. *J R Coll Gen Pract* 39 (1989) 514-517
- CREMERS, A.G.P. Eendagsverpleging. Avontuur of bijdrage tot integratie eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. *Med Contact* 34 (1979) 939-940
- CUISINIER, M.C.J., M.H. VAN VENROOIJ & J.TH.M. VAN EIJK. Huisarts en kankerpatiënt. 4: De samenwerking met professionele, vrijwillige en alternatieve hulpverleners. *Med Contact* 43 (1988) 1168-1170
- CUMMINS, R.O., B. JARMAN & P.M. WHITE. Do general practitioners have different "referral thresholds"? *Br Med J* 282 (1981) 1037-1039
- DEMMERS, W., J.A.M. ELICH & J. VAN MANSVELT. Een diagnostisch centrum bij een algemeen ziekenhuis. Evaluatie van een experiment. *Med Contact* 39 (1984) 365-370
- DIAGNOSTISCH CENTRUM ZIEKENHUIS OUDENRIJN. Samenwerking eerste en tweede lijn in de Utrechtse gezondheidszorg. *Med Contact* 34 (1979) 10-13
- DICKINSON, C.J. Proposals for a trial marriage between primary and secondary health care in one or two districts in Inner London. *Br Med J* 283 (1981) 417-419
- DIJK, L. VAN & J.A.M. MULLINK. Het Brandpunt van de holle spiegel. *T Soc Gezondheidsz* 54 (1976) 70-77
- DOEL, H.G. VAN DEN. Politiek en gezondheidszorg. Mondigheid en mogelijkheden. *Med Contact* 37 (1982) 855-858
- DOELEMAN, F. Improving communication between general practitioners and specialists. *Fam Practice* 4 (1987) 176-182

- DOELEMAN, F. Het verbeteren van de communicatie tussen huisartsen en internisten. Verslag van een onderzoek in de regio Almelo. Med Contact 43 (1988) 375-377
- DOES, E. VAN DER. Samenwerking huisarts-specialist met betrekking tot de patiëntenzorg in de thans bestaande structuur der gezondheidszorg. Med Contact 29 (1974) 914-915
- DOPHEIDE, J.J. Verwijzingen door de huisarts. Enkele determinanten van het verwijscijfer van solo-huisartsen op het verstedelijkt platteland en in forensengemeenten. Gezondheid & Samenleving 3 (1982) 141-151
- DOPHEIDE, J.P. & J. VAN DER ZEE. Verwijscijfers en diagnostische faciliteiten voor huisartsen. Med Contact 35 (1980) 879-884
- DOPHEIDE, J.P. & J. VAN DER ZEE. Samenwerken en verwijzen. Nader onderzoek gewenst. Med Contact 36 (1981) 1221-1224
- DUNLOP, M.G. & A.C. MCNIVEN. Ankle sprain: An analysis of hospital referral from family practice. Fam Practice 4 (1987) 97-99
- DUNN, D.C. & R.F. DALE. Combined computer generated discharge documents and surgical audit. Br Med J 292 (1986) 816-818
- DURKIN, C.J. & A. EDWARDS. Referral letters from general practitioners. J R Coll Gen Pract 25 (1975) 532-536
- DUUREN, R. VAN & L.A.J. HUPKES. Verschillen in verwijsgedrag door samenwerkingsverband. De financiële consequenties van de verschillen in verwijsgedrag tussen solo-artsen en samenwerkende artsen. Med Contact 36 (1981) 933-936
- DUURSMA, S.A. Huisarts en specialist. Een model voor samenwerking. Med Contact 36 (1981) 183-185
- DUURSMA, S.A. Huisarts en specialist. Commentaar op een professoraal plan. Med Contact 36 (1981) 795-796
- EDENS, R. Verwijsbrieven getoetst. Een onderzoek naar 41 verwijsbrieven van huisartsen van de Philips Medische Dienst te Eindhoven aan de revalidatiearts van deze dienst. Med Contact 32 (1977) 311-316
- EDITORIAL. The general practitioner and the hospital. J R Coll Gen Pract 22 (1972) 205-207
- EDITORIAL. Outpatient follow-up. J R Coll Gen Pract 26 (1976) 792-793
- EDITORIAL. General practitioners and psychiatrists - a new relationship? J R Coll Gen Pract 28 (1978) 643-645
- EDITORIAL. Generalists and specialists. J R Coll Gen Pract 30 (1980) 195-197
- EGBERTS, G.W. Patiënt - huisarts - specialist: een driehoeksverhouding. Huisarts en Wetenschap 30 (1987) 23-25

- EIJK, J. VAN, M. BEEK, J. HEYRMAN, K. VAN HOECK & G. RUTTEN. Taakafbakening tussen huisarts en internist. Een comparatieve studie naar de opvattingen van Nederlandse en Belgische huisartsen en internisten. *Gezondheid & Samenleving* 6 (1985) 286-295
- ELIAS, J. & F. SPANGENBERG. Ziekenhuisspecialist en huisarts. Een aanpak ter versterking van de onderlinge relatie. *Med Contact* 37 (1982) 1512-1514
- EMMANUEL, J. & N. WALTER. Referrals from general practice to hospital outpatient departments: a strategy for improvement. *Br Med J* 299 (1989) 722-724
- ES, J.C. VAN. Specialist en huisarts: een span. *Med Contact* 38 (1983) 175
- ES, J.C. VAN. Verantwoord kiezen. Doelen in de gezondheidszorg. *Med Contact* 39 (1984) 273-275
- ES, J.C. VAN. Patiënt, huisarts en specialist op één lijn. Communicatie tussen patiënt en huisarts. *Med Contact* 39 (1984) 1357-1359
- ES, J.C. VAN. Tussen eerste en tweede lijn. *Med Contact* 40 (1985) 224-227
- ES, J.C. VAN. Huisarts en kinderarts. Scheidingsvlak of raakvlak? *Med Contact* 41 (1986) 81-85
- ES, J.C. VAN. Integratie: voor huisarts en specialist een zorg. *Med Contact* 45 (1990) 1536-1537
- ES, J.C. VAN & R.A. DE MELKER. Hoe groot is de afstand tussen ziekenhuis- en thuiszorg? *Med Contact* 33 (1978) 693-695
- ES, J.C. VAN & H.R. PIJLMAN. Het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122 Nederlandse huisartspraktijken. *Huisarts en Wetenschap* 13 (1970) 433-449
- EVANS, E.O. The future rôle of the general practitioner in the hospital. *J R Coll Gen Pract* 20 (1970) 187-197
- EVERWIJN, S.E.M., R.A. DE MELKER & C. SPREEUWENBERG. Huisartsgeneeskunde naar volwassenheid. *Med Contact* 38 (1983) 245-251
- EVERWIJN, S.E.M. & R.A. DE MELKER. De werkwijze van huisarts en specialist. *Huisarts en Wetenschap* 28 (1985) 302-306
- EZEDUM, S. & D.N.S. KERR. Collaborative care of hypertensives, using a shared record. *Br Med J* 2 (1977) 1402-1403
- FARMER, A. & A. COULTER. Organization of care for diabetic patients in general practice: influence on hospital admissions. *Br J Gen Practice* 40 (1990) 56-58
- FRASER, R.C., H.R. PATTERSON & E. PEACOCK. Referrals to hospitals in an East Midlands city - a medical audit. *J R Coll Gen Pract* 24 (1974) 304-309
- FRENCH, J.A., C.H. STEVENSON, J. EGLINTON & J.E. BAILEY. Effect of information about waiting lists on referral patterns of general practitioners. *Br J Gen Practice* 40 (1990) 186-198
- FROGGATT, R.C. Why not a subfertility co-operation card? *J R Coll Gen Pract* 32 (1982) 316
- GEATER, J.G. Why not tell the hospital about a patient's social needs? *J R Coll Gen Pract* 33 (1983) 46

- GILL, K. De nazorg van ontslagen ziekenhuispatiënten. *Huisarts en Wetenschap* 17 (1974) 32-33
- GILL, K. Samenwerking huisarts-internist. Indrukken van het 29e Wetenschappelijke Congres van het NHG. *Huisarts en Wetenschap* 28 (1985) 25-26
- GILL, K. Een andere kijk op de huisarts. Kijkdagen voor specialisten in de regio Leiden. *Med Contact* 42 (1987) 591-592
- GILLAM, D.M. Referral to consultants - the National Health Service versus private practice. *J R Coll Gen Pract* 35 (1985) 15-18
- GILLISSEN, J. Het gezondheidscentrum als eerstelijns voorziening in de psychiatrie. *Med Contact* 34 (1979) 1083-1087
- GINKEL, J.H. VAN. Brief van de huisarts aan de specialist. *Huisarts en Wetenschap* 14 (1971) 381-383
- GRACE, J.F. & D. ARMSTRONG. Reasons for referral to hospital: Extent of agreement between the perceptions of patients, general practitioners and consultants. *Fam Practice* 3 (1986) 143-147
- GRACE, J.F. & D. ARMSTRONG. Referral to hospital: Perceptions of patients, general practitioners and consultants about necessity and suitability of referral. *Fam Practice* 4 (1987) 170-175
- GREVE, W.B. DE & W.J. VRAKKING. Samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn. Enkele verklaringen. *Med Contact* 37 (1982) 823-824
- GREVE, W.B. DE. Samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn. Activiteitensoorten. *Med Contact* 37 (1982) 868-870
- GRIJN, D. & D. WIJKE. Huisarts en diagnostisch centrum. *Med Contact* 37 (1982) 735-736
- GRINTEN, R.VAN DER. Communicatie huisarts-internist. Vier jaar ervaring met consultatie in het Gezondheidscentrum Withuis. *Med Contact* 36 (1981) 777-781
- GROL, R., J. VAN EIJK, H. MOKKINK, M. BEEK, P. MESKER, A. SMITS & J. MESKER-NIESTEN. Taakopvatting van de huisarts en zijn handelen in de spreekkamer. *Gezondheid & Samenleving* 6 (1985) 31-40
- GROL, R., H. MOKKINK, J. VAN DEURSEN & A. TEUNISSEN. Effecten van onderlinge toetsing. 2. Voor-schrijf- en verwijsgedrag van huisartsen. *Huisarts en Wetenschap* 29 (1986) 141-145
- HAAN, M.C. DEN. Huisarts en ziekenhuis. *Med Contact* 29 (1974) 675-679
- HAGEMAN, H.J., H. VAN GIFFEN & W.A. MEYBOOM. Verslaglegging van specialist aan huisarts. *Med Contact* 39 (1984) 513-466
- HALL, E.V. VAN, K. GILL & J.B. TRIMBOS. Gynaecologische consultaties in de huisartspraktijk. *Med Contact* 42 (1987) 105-106
- HAMPTON, J.R., G. KEITH MORRIS & Ch. MASON. Survey of general practitioners' attitudes to management of patients with heart attacks. *Br Med J* 4 (1975) 146-148
- HARDING, J. Study of discharge communications from hospital doctors to an inner London general practice. *J R Coll Gen Pract* 37 (1987) 494-495

- HARRISON, R.J., J.M. WILD & A.J. HOBLEY. Referral patterns to an ophthalmic outpatient clinic by general practitioners and ophthalmic opticians and the role of these professionals in screening for ocular disease. Br Med J 297 (1988) 1162-1167
- HART, J.T. Specialization in general practice. J R Coll Gen Pract 30 (1980) 216-219
- HAVE, J. TEN & J. BUWALDA. Hoe het beter kan tussen huisarts en specialist. Een methode voor kleinschalig overleg. Med Contact 45 (1990) 86-87
- HECKMAN, J. De huisarts als spil in de gezondheidszorg. Med Contact 29 (1974) 880-882
- HECKMAN, J. Samenwerking met de eerste lijn. Med Contact 39 (1984) 699-700
- HELSLOOT, R.S.M. & A.G. RIJNTJES. Tweede lijn en thuisgezondheidszorg. Naar een de thuisgezondheidszorg ondersteunende tweede lijn. Med Contact 37 (1982) 147-152
- HENGVELD, B. De ontslagbrief. Med Contact 30 (1975) 1673-1674
- HENNINK, M.P. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten een utopie? Med Contact 39 (1984) 441
- HERSCHEL, J.G. Zie toe dat niemand verzuipet! Experiment Diagnostisch Centrum Ziekenhuis Oudenrijn. Med Contact 35 (1980) 126-127
- HEWARD J.A. & M. CLARKE. Communications to an antenatal clinic. Br Med J 1 (1976) 1202-1204
- HEYDELBERG, E. Gezondheidszorg aan de lijn. Over spanning en samenwerking tussen eerste en tweede echelon. Med Contact 41 (1986) 637-639
- HOEFNAGELS, K. De relatie tussen eerste en tweede lijn is niet gediend met bepaalde experimenten. Med Contact 43 (1988) 583-585
- HOFMANS, A. & W.H. BIRKENHÄGER. Een electrocardiografische dienst voor huisartsen. Huisarts en Wetenschap 14 (1971) 200-204
- HOFMANS, A., W.S.J. VAN DER STRAATEN-DROST & W.H. BIRKENHÄGER. Opsporing ischemische hartziekte door middel van een electrocardiografische dienst voor huisartsen. Huisarts en Wetenschap 16 (1973) 465-468
- HORDER, J.P. Physicians and family doctors: a new relationship. J R Coll Gen Pract 27 (1977) 391-397
- HORIIX, M.J. Commentaar van een specialist. Med Contact 33 (1978) 1574-1575
- HORIIX, M.J. Taakverdeling eerste en tweede echelon. Med Contact 34 (1979) 769-772
- HULL, F.M. & R.F. WESTERMAN. Referral to medical outpatients department at teaching hospitals in Birmingham and Amsterdam. Br Med J 293 (1986) 311-314
- HUNGIN, A.S. Use of an open-access gastroscopy service by a general practice: findings and subsequent specialist referral rate. J R Coll Gen Pract 37 (1987) 170-171
- HUYGEN, F.J.A. & R.A. DE MELKER. Over het verwijzen door de huisarts. Med Contact 28 (1973) 1299-1302

- HUYGEN, F.J.A., P.H.J.M. HEYDENDAEL & J.M.G. PERSOON. Onderzoekingen rond een pseudo-groepspraktijk (VII); ziekenfondscijfers. Huisarts en Wetenschap 17 (1974) 330-334
- ILLINGWORTH, D.G. The general practitioner and the hospital. J R Coll Gen Pract 22 (1972) 227-231
- JACOBS, H.M., F.W.M.M. TOUW-OTTEN & R.A. DE MELKER. Taakopvatting en ziekenhuisbezoek. De invloed van de taakopvatting van de huisarts op de frequentie waarmee hij zijn ziekenhuispatiënten bezoekt. Huisarts en Wetenschap 22 (1979) 226-234
- JACOBS, H.M., R.A. DE MELKER & F.W.M.M. TOUW-OTTEN. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Over de relatie tussen samenwerking en de kwaliteit van de hulpverlening (1). Med Contact 38 (1983) 1599-1601
- JACOBS, H.M., R.A. DE MELKER & F.W.M.M. TOUW-OTTEN. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Over de relatie tussen samenwerking en de kwaliteit van de hulpverlening (slot). Med Contact 38 (1983) 1629-1632
- JACOBS, H.M., R.A. DE MELKER, R.J. VAN DER HELL. Wat weten specialisten van het werk van huisartsen? Een onderzoek in een middelgrote gemeente. Huisarts en Wetenschap 33 (1990) 152-156
- JACOBS, L.G.H. & M.A. PRINGLE. Referral letters and replies from orthopaedic departments: Opportunities missed. Br Med J 301 (1990) 470-473
- JENNER, J.A. Opnamepreventie bij psychiatrische ziektebeelden. Huisarts en Wetenschap 29 (1986) 274-276
- JONES, D.T. A survey of hospital outpatient referral rates, Wales, 1985. Br Med J 295 (1987) 734-736
- JONGERIUS, J.A.C. Samenwerking tussen huisarts en specialist. Fictie of optie? Med Contact 40 (1985) 491-493
- JONGH, T.P. DE, S.G. MARTIJN & P.D.C. REEFMAN. Telecardiografie. Huisarts en Wetenschap 13 (1970) 102-105
- JONGH, T.O.H. DE. Verwijzing: verwachtingen en effecten. Med Contact 41 (1986) 511-515
- JONKER, A. Huis-verpleeghuis-ziekenhuis(arts). Med Contact 29 (1974) 1362-1364
- JOOSTEN, J.A.P., J. DAAMS & J.A. KNOTTNERUS. Verwijzingen naar de internist. Een vergelijkend retrospectief panelonderzoek naar de kwaliteit van verwijzingen van huisartsen die veel en huisartsen die gemiddeld naar de internist verwijzen. Med Contact 45 (1990) 83-85
- JUNCOSA, S., R.B. JONES & S.M. MCGHEE. Appropriateness of hospital referral for hypertension. Br Med J 300 (1990) 646-648
- KENTISH, R., P. JENKINS & B. LASK. Study of written communication between general practitioners and departments of child psychiatry. J R Coll Gen Pract 37 (1987) 162-163
- KERKHOFF, A.H.M. De verwijzer verwezen? Enige kanttekeningen bij het plan tot invoering van advies- en verwijfskaarten. Med Contact 38 (1983) 647-649

- KERKHOFF, A.H.M. & G.A. ZIELHUIS. Kunnen gegevens over verwijzen en opnemen bijdragen aan de samenwerking tussen huisarts en specialist? T Soc Gezondheidsz 63 (1985) 610-616
- KERSTEN, D. & J.P. DOPHEIDE. Invloed huisarts in de tweede lijn. Een empirische verkenning. Med Contact 39 (1984) 1579-1582
- KERSTEN, T.J.J.M.T. De afstand tussen huisartspraktijk en ziekenhuis en de hoogte van het verwijscijfer. Med Contact 42 (1987) 818-822
- KERSTEN, T.J.J.M.T. Wederzijdse beïnvloeding huisarts-specialist. Med Contact 43 (1988) 849-851
- KERSTEN, T.J.J.M.T. & M. FOETS. De betrokkenheid van huisartsen bij de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten. T Soc Gezondheidsz 68 (1990) 36-41
- KERSTEN, T.J.J.M.T. & C.M.TH. VERHAGE-SPLIET. De invloed van de verwijfsbrief op de procedure in de tweedelij. T Soc Gezondheidsz 68 (1990) 341-345
- KESSENER, A.W. Wat wringt er in de eerstelijns gezondheidszorg? Alleen of samen? Med Contact 37 (1982) 667-669
- KESSENER, A.W. De lijnen buitenspel of buiten de spellijnen? Med Contact 41 (1986) 206
- KIRK, C. & M. LEE-JONES. Medical records, medical audit, and community hospitals. J R Coll Gen Pract 26 (1976) 143-146
- KNOTTNERUS, J.A. De invloed van verwijsgedrag op het onderscheidend vermogen van diagnostische tests. Een theoretische beschouwing. T Soc Gezondheidsz 65 (1987) 486-494
- KNOTTNERUS, J.A., J. JOOSTEN & J. DAAMS. Comparing the quality of referrals of general practitioners with high and average referral rates: an independent panel review. Br J Gen Pract 40 (1990) 178-181
- KOLKMAN, H. & J. VISSERS. De lijnen buitenspel. Structurering van de samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Med Contact 41 (1986) 11-16
- KOLKMAN, H.H.E. & P.C.H. VAN DER VOORT. Samenwerking huisarts-specialist. Onderzoek in Zeist. Med Contact 40 (1985) 1065-1067
- KOOIJ, S. VAN DER. Redactioneel. Extra- en intramurale geneeskunde. Huisarts en Wetenschap 14 (1971) 417-418
- KOOIJ, S. VAN DER. De patiënt tussen de dokters. Een verslag met enige beschouwingen over het N.H.G.-congres 1974. Huisarts en Wetenschap 17 (1974) 441-444
- KUSTER, J.A.M., L. VAN BEUGEN & J.W.M. JACOBS. Een experiment in communicatie. Het huisartsinformatieproject Elisabeth Gasthuis Haarlem. Med Contact 42 (1987) 112-114
- KUYVENHOVEN, M.M., H.M. JACOBS, F.W.M.M. TOUW-OTTEN & J.C. VAN ES. Written simulation of patient-doctor encounters. 3. Comparison of the performance in the simulation with prescription and referral data in reality. Fam Practice 1 (1983) 25-28
- LAANE, W.L.J.M. Huisarts en specialist: een evenwichtiger span. Med Contact 38 (1983) 417

- LAFFRÉE, C.R.J. & W. VERDENIUS. Substitutie zonder betrokkenheid tot mislukken gedoemd. Med Contact 44 (1989) 114-117
- LAGRO-JANSSEN, T. Proeven in de keuken van de huisarts. Verslag van een samenwerkingsdag voor huisartsen en specialisten in Nijmegen. Med Contact 41 (1986) 47-48
- LAMBERTS, H. De wijkgezondheidszorg en het ontstaan van kosten door ziekte- en probleemgedrag. Huisarts en Wetenschap 17 (1974) 56-62
- LAMBERTS, H. Huisarts en specialist: complementair of substitutie? T Soc Gezondheidsz 65 (1987) 828-832
- LANDELIJKE SPECIALISTEN VERENIGING. Specialistenbrief. Maart/april 2 (1990)
- LANGERAK, N.H. & W.P. ELBERSE. Huisarts-thuisarts. Een verkennende studie naar de consequenties voor de huisarts van substitutie van intramurale zorg naar thuiszorg. Med Contact 44 (1989) 111-112
- LEERLING, R.J. Een alternatieve 'eigen bijdrage'. Med Contact 33 (1978) 1571-1575
- LEERLING, R.J. Hoe staat het eigenlijk met de alternatieve eigen bijdrage? Med Contact 35 (1979) 1548-1551
- LEMS, P. De overschatte rol van de huisarts. Med Contact 40 (1985) 221-223
- LESTER, J.P. Why not reclaim our patients from hospital outpatient clinics? J R Coll Gen Pract 30 (1980) 230
- LEWIS, B.V., R.H. TIPTON & I.M.S. SLOPER. Changing pattern in a general practitioner obstetric unit. Br Med J 1 (1978) 484-485
- LIT, A.C. Pleidooi voor een multidisciplinaire eerste lijn. Med Contact 34 (1979) 1148-1150
- LODEWICK, L. Huisartsen en specialisten in Gouda werken beter samen. Med Contact 42 (1987) 560
- LODEWICK, L. & M. SWINKELS. Beter samen, samen beter. Een symposium over samenwerking tussen huisarts en specialist in de regio Gouda. Med Contact 39 (1984) 442-443
- LONDEN, J. VAN. Relatie algemene ziekenhuizen en extramurale gezondheidszorg. Med Contact 32 (1977) 1473-1474
- LONG, A. & J.B. ATKINS. Communications between general practitioners and consultants. Br Med J 4 (1974) 456-459
- LOUDON, I.S.L. The contribution of general practitioner hospitals. J R Coll Gen Pract 22 (1972) 220-226
- MACKEAN, J.M. & A.R. ELKINGTON. Referral routes to hospital of patients with chronic open-angle glaucoma. Br Med J 285 (1982) 1093-1095
- MAGEEAN, R.J. Study of "discharge communications" from hospital. Br Med J 293 (1986) 1283-1284
- MANSVELT, J. VAN. Suggesties ten aanzien van de samenwerking tussen huisarts en specialist. Med Contact 29 (1974) 734-737

- MANSVELT, J. VAN. Betekenis diagnostisch centrum voor de planningsfunctie van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Med Contact 34 (1979) 14-19
- MARINKER, M., D. WILKIN & D.H. METCALFE. Referral to hospital: Can we do better? Br Med J 297 (1988) 461-464
- MARINKER, M. The referral system. J R Coll Gen Pract 38 (1988) 487-491
- MARSH, G.N. Are follow-up consultations at medical outpatient departments futile? Br Med J 284 (1982) 1176-1177
- MARSH, G.N., H.A. CASHMAN & I.T. RUSSEL. General practitioner participation in intranatal care in the Northern region in 1983. Br Med J 290 (1985) 971-973
- McGLADE, K.J., T.BRADLEY, G.J.J. MURPHY & G.P.P. LUNDY. Referrals to hospital by general practitioners: A study of compliance and communication. Br Med J 297 (1988) 1246-1248
- MEIJER, F. & M.L. HOFSTRA. Specialistische berichtgeving na polikliniekbezoek. Een onderzoek naar snelheid en kwaliteit. Med Contact 45 (1990) 1375-1376
- MELKER, R.A. DE. De huisarts en de ziekenhuispatiënt. Huisarts en Wetenschap 14 (1971) 418-422
- MELKER, R.A. DE. Het hometeam en de verhouding tussen extra- en intramurale zorg. Huisarts en Wetenschap 16 (1973) 469-472
- MELKER, R.A. DE. De begeleiding van ziekenhuispatiënten door een huisarts. Huisarts en Wetenschap 16 (1973) 457-464
- MELKER, R.A. DE. The relationship between the family doctor and the hospital. J R Coll Gen Pract 24 (1974) 703-709
- MELKER, R.A. DE. Knelpunten in de samenwerking huisarts-specialist. Med Contact 29 (1974) 631-636
- MELKER, R.A. DE. Een proefonderzoek naar de verwijsgewoonten van een groep huisartsen. Huisarts en Wetenschap 17 (1974) 289-294
- MELKER, R.A. DE. Het diagnostisch centrum brug tussen ziekenhuiszorg en thuiszorg. Med Contact 34 (1979) 23-24
- MELKER, R.A. DE. De onderschatting van de rol van de huisarts. Med Contact 40 (1985) 585-588
- MELKER, R.A. DE & M.M. KUYVENHOVEN. Verwijzingen naar interne en chirurgische specialismen. Een exploratief onderzoek naar enkele aspecten van het verwijsgedrag van dertien huisartsen. Huisarts en Wetenschap 29 (1986) 365-368
- METZ, M. De relatie specialist-huisarts. Med Contact 29 (1974) 709-714
- MEYBOOM, W.A. & A.F. CASPARIE. Berichtgeving aan de huisarts bij ontslag uit het ziekenhuis. Een toetsingsonderzoek. Med Contact 35 (1980) 989-994
- MEYBOOM, W.A. De beperkingen van cardiofonie. Huisarts en Wetenschap 26 (1983) 136-139
- MIDDEL, R. & T.R. ZIJLSTRA. Wat vinden huisartsen van een ziekenhuis? Med Contact 41 (1986) 49-51

- MOGGRÉ, W.J. De patiënt 'tussen wal en schip'. Huisarts en Wetenschap 17 (1974) 453-454
- MOORE, A.T. & M.O. ROLAND. How much variation in referral rates among general practitioners is due to chance? Br Med J 298 (1989) 500-502
- MORRELL, D.C., H.G. GAGE & N.A. ROBINSON. Referral to hospital by general practitioners. J R Coll Gen Pract 21 (1971) 77-85
- MORELL, D.C. & M.O. ROLAND. Analysis of referral behaviour: responses to simulated case histories may not reflect real clinical behaviour. Br J Gen Practice 40 (1990) 182-185
- MULLER, H.K. & P. POP. Communicatie tussen huisarts en specialist. Meerdaagse bijeenkomst voor huisartsen en specialisten uit Maastricht. Med Contact 42 (1987) 109-112
- NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT. Invloed van de huisarts ná verwijzing. Huisarts en Wetenschap 27 (1984) 155
- NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP CONGRES. Hoe verwacht een huisarts dat een specialist hem ziet. Hoe verwacht een specialist dat een huisarts hem ziet. Med Contact 29 (1974) 1401-1403
- NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP. De verwijsbrief naar de Tweede Lijn [Standaard O01]. Huisarts en Wetenschap 32 (1989) 102-105
- NEVILLE R.G. Notifying general practitioners about deaths in hospital: an audit. J R Coll Gen Pract 37 (1987) 496-497
- NIJHUIS, H.J. De relatie huisarts-specialist. Naar een nieuwe manier van verwijzen. Med Contact 36 (1981) 1617-1619
- NJOO, K.H., J.C. VAN DER Wouden, I.E. Wouterlood-van Cleeff & H.J. Dokter. Samenwerking tussen huisarts en specialist bij mensen die lijden aan kanker. 2: Initiatieven ter verbetering. Med Contact 44 (1989) 994-996
- NOONE, A., M. Goldacre, A. Coulter & V. Seagroatt. Do referral rates vary widely between practices and does supply of services affect demand? A study in Milton Keynes and the Oxford region. J R Coll Gen Pract 39 (1989) 404-407
- NORMAN, P., H. Clifton, E. Williams & P.J.R. Nichols. Access by general practitioners to physiotherapy department of a district general hospital. Br Med J 4 (1975) 220-221
- NUIJENS, W. & W. Van Slobbe. Een haalbare kaart. Een onderzoek naar de mogelijkheid een consultkaart in te voeren. Med Contact 43 (1988) 301-304
- NUMANS, M.E., R.A. De Melker, J.W. Bogaard, H.M. Jacobs & F. Touw-Otten. Gastroscopie op verzoek van de huisarts. Een effectieve substitutie? Med Contact 43 (1988) 1601-1604
- NUMANS, M.E. & R.A. De Melker. Gastroscopie op verzoek van de huisarts: resultaten van de eerste analyses. Huisarts en Wetenschap 33 (1990) 174-178
- OOSTERHUIS, W.W. De communicatieve waarde van correspondentie tussen de huisarts en de specialist. Med Contact 29 (1974) 963-964

- PAYNE, S., R.S. RAMAIAH & D.T. JONES. Open access to orthopaedic appliances for general practitioners. Br Med J 294 (1987) 485-486
- PEL, J.Z.L. Over de invloed van de huisarts op het verwijzpercentage. Med Contact 30 (1975) 988-990
- PENNEY, T.M. Delayed communication between hospitals and general practitioners: Where does the problem lie? Br Med J 297 (1988) 28-29
- PETERS, J.H. De begeleiding van de patiënt in de ziekenhuispolikliniek. Med Contact 34 (1979) 18-20
- PETERS, J.H. Samenwerking eerste en tweede lijn. Dissertatie. Med Contact 37 (1982) 655-659
- PETERS, J.H. & J.H.M. VAN BREE. Project samenwerking eerste en tweede lijn van het Ziekenhuis Ouderen te Utrecht. Med Contact 32 (1977) 537-543
- PETERS, J.H. & J.H.M. VAN BREE. Project samenwerking eerste en tweede lijn van het Ziekenhuis Ouderen te Utrecht. Med Contact 34 (1979) 3-9
- PETRIE, J.C., O.J. ROBB, J. WEBSTER, A.K. SCOTT, T.A. JEFFERS & M.D. PARK. Computer assisted shared care in hypertension. Br Med J 290 (1985) 1960-1962
- PIEK, J.P.L. Een CARA-protocol voor de eerste lijn. Med Contact 41 (1986) 1430-1431
- POELS, E.F.J. & A.L.M. LAGRO-JANSSEN. Samenwerking huisarts-specialist. Een Nijmeegs initiatief. Med Contact 37 (1982) 1509-1511
- POLAK, B.S. De relatie ziekenhuis(specialist-)-patiënt. Med Contact 28 (1972) 1399-1402
- POLLIACK, M.R. & N. SHAVITT. Hospital admission rates and the primary health team. J R Coll Gen Pract 26 (1976) 420-426
- POP, P. Consultatie eerste-tweede lijn. Drie jaar Diagnostisch Centrum Maastricht. Med Contact 37 (1982) 1019-1023
- POP, P. Endoscopisch onderzoek door de huisarts. Een bericht uit het Diagnostisch Centrum Maastricht. Med Contact 37 (1982) 1125-1128
- POP, P. & P.D. KERKHOF. Diagnostisch Centrum Maastricht. Med Contact 39 (1984) 749-752
- POP, P. & L.L.J.M. KEIJSERS. Communicatie tussen huisarts en specialist. Med Contact 40 (1985) 203-206
- POP, P., G.H.M.I. BEUSMANS & J.A. KNOTTNERUS. Een diagnostisch centrum voor Maastricht. Versterking van de eerste lijn en samenwerking huisarts-specialist. Med Contact 42 (1987) 845-848
- PORTER, A.M.W. & J.M. PORTER. Anglo-French contrasts in medical practice. Br Med J 280 (1980) 1109-1112
- POST, D. Verschuiving van tweede naar eerste lijn. Een uitdaging voor opleiding en nascholing van huisartsen. Med Contact 40 (1985) 387-388
- POST, D. Heffen we de eerste lijn op? Huisarts en specialist in een nieuwe 'orde'. Med Contact 43 (1988) 591-593

- POST, D., H.G.A. MOKKINK, C.M. VAN DER REE & J.W. GUBBELS. Verschillen in verwijzen en voorschrijven tussen stad en platteland. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 66 (1988) 44
- POST, D. & J.W. GUBBELS. Verwijzen naar interne specialismen. Verschillen tussen huisartspraktijken en enkele factoren die daarop van invloed zijn. Huisarts en Wetenschap 29 (1986) 369-372
- POST, D. & J. VISSER. Veranderingen in de gezondheidszorg na de opening van een ziekenhuis. Med Contact 42 (1987) 815-818
- POSTHUMA, B.H. & J. VAN DER ZEE. Tussen eerste en tweede echelon. I: Algemene inleiding. Med Contact 33 (1978) 105-109
- POSTHUMA, B.H. & J. VAN DER ZEE. Tussen eerste en tweede echelon. II: Verwijzingen, opnemingen en verpleegduurcijfers op macroniveau. Med Contact 33 (1978) 142-146
- POSTHUMA, B.H. & J. VAN DER ZEE. Tussen eerste en tweede echelon. III: Een Leidse werkgroep in de gezondheidszorg. Med Contact 33 (1978) 175-180
- POSTHUMA, B.H. & J. VAN DER ZEE. Tussen eerste en tweede echelon. Nogmaals macrorekenmodellen in de gezondheidszorg - dupliek. Med Contact 33 (1978) 904-906
- POSTHUMA, B.H. & J. VAN DER ZEE. Verwijscijfers en de verkleining van de huisartspraktijk. Gezondheid & Samenleving 1 (1980) 59-68
- PRAAG, B.M.S. VAN & W.P.M.M. VAN DE VEN. Tussen eerste en tweede echelon. Een kritiek. Med Contact 33 (1978) 900-906
- PRINS, A. Drempelverlaging tot gebruik van laboratoriumfaciliteiten door de huisarts. Huisarts en Wetenschap 19 (1976) 252-254
- PUGSLEY, R. & J. PARDOE. The specialist contribution to the care of the terminally ill patient: support or substitution? J R Coll Gen Pract 36 (1986) 347-348
- PUIJLAERT, F.W.J. Versterking van de eerste lijn door raadplegen van de diagnost. I: Verwijzen is overdragen geworden; onderzoekfaciliteiten voor de huisarts. Med Contact 33 (1978) 1134-1138
- PUIJLAERT, F.W.J. Versterking van de eerste lijn door raadplegen van de diagnost. II: Directe contacten huisarts met radiodiagnosten, chemici en bacteriologen - een oriënterend onderzoek. Med Contact 33 (1978) 1176-1179
- PUIJLAERT, F.W.J. Taakverdeling eerste en tweede echelon. Raadplegen van de diagnost is méér dan ziekenhuisfaciliteiten voor de huisarts. Med Contact 34 (1979) 997-998
- PUIJLAERT, F.W.J. & M.C.I.M. DIERICK. Het raadplegen van de diagnost. Over het gebruik maken van de medisch-technische onderzoekfaciliteiten in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 22 (1979) 192-197
- PULLEN, I.M. & A.J. YELLOWLEES. Is communication improving between general practitioners and psychiatrists? Br Med J 290 (1985) 31-33
- RASHID, A. & C. JAGGER. Comparing trainer and trainee referral rates: implications for education and allocation of resources. Br J Gen Practice 40 (1990) 53-55

- RATCLIFFE, P.J., R.E. PHILLIPS & D.O. OLIVER. Late referral for maintenance dialysis. Br Med J 288 (1984) 441-443
- REEDY, B.L.E.C. Usefulness of a gazetteer of general practice. Br Med J 4 (1975) 419
- REENDERS, K., E. DE NOBEL & C. VAN WEEL. Diabetes mellitus in een groepspraktijk. Huisarts en Wetenschap 31 (1988) 327-330
- REYNDERS, F.L. & K.H. NJOO. Samenwerking tussen huisarts en specialist bij mensen die lijden aan kanker. 3: Een experiment met nacontroles: de huisarts kan (veel) meer. Med Contact 44 (1989) 1057-1059
- RIDDER, D. DE & P. VAN LIESHOUT. Verwijzen, consulteren of samen behandelen? Drie visies op samenwerking tussen huisarts en extramurale geestelijke gezondheidszorg. T Soc Gezondheidsz 66 (1988) 245-248
- RIEGEN, E.J.A. Naar een dynamisch evenwicht. Pleidooi voor assimilatie en grensvervaging binnen de gezondheidszorg. Med Contact 40 (1985) 637-641
- RIJK, C. DE, I. THEUNISSEN, C. VAN VELZEN, J.C. VAN DER WOUDE & H.J. DOKTER. Samenwerking tussen huisarts en specialist bij mensen die lijden aan kanker. 4: Oncologische patiëntbespreking; een experiment. Med Contact 44 (1989) 1113-1115
- ROLAND, M.O. General practitioner referral rates. Interpretation is difficult. Br Med J 297 (1988) 437-438
- ROLAND, M. & R. MORRIS. Are referrals by general practitioners influenced by the availability of consultants? Br Med J 297 (1988) 599-600
- ROLAND, M.O. & M. DIXON. Problems in setting standards for hospital referrals: Experience with warts. Br Med J 299 (1989) 658-659
- ROLAND, M.O., J. BARTHOLOMEW, D.C. MORRELL, A. McDERMOTT & E. PAUL. Understanding hospital referral rates: a user's guide. Br Med J 301 (1990) 98-102
- ROOLVINK, E.G.J.J. Verwijs- en voorschrijfgedrag in de huisartspraktijk. Effecten van de overgang van een solo- in een duopraktijk. Med Contact 38 (1983) 568-570
- ROP, H.J., H. LAMBERTS & C. VAN WEEL. Huisarts en verwijsgedrag. Huisarts en Wetenschap 22 (1979) 306-312
- RUHE, H.A.M. De verwijskaart in de relatie huisarts-specialist. Hoeksteen of obstakel? Med Contact 29 (1974) 769-770
- RUTGERS, M.J. De zorg voor epilepsiepatiënten. Mening van huisartsen en specialisten gepeild. Med Contact 40 (1985) 721-724
- RUTGERS, M.J. De zorg voor epilepsiepatiënten. Een onderzoek onder patiënten. Med Contact 40 (1985) 756-757
- RUTTEN, G., J. VAN EIJK & M. BEEK. Huisarts, huidarts of patiënt? Med Contact 40 (1985) 325-326
- RUTTEN, G., J. VAN EIJK & M. BEEK. Controles bij diabetes mellitus. Een peiland onderzoek naar opvattingen van huisartsen en internisten. Med Contact 40 (1985) 389-390

- RUTTEN, G., J. VAN EIJK & M. BEEK. Huisartsen en gynaecologen over taakafbakening en zelfzorg. Med Contact 40 (1985) 432-434
- RUTTEN, G., J. VAN EIJK & M. BEEK. Chronische bronchitis. Opvattingen van huisartsen en longartsen over hun onderlinge taakafbakening en de rol van de patiënt. Med Contact 40 (1985) 457-458
- SANDLER, D.A., C. HEATON, S.T. GARNER & J.R.A. MITCHELL. Patients' and general practitioners' satisfaction with information given on discharge from hospital: audit of a new information card. Br Med J 299 (1989) 1511-1513
- SCHADÉ, E. De rol van de huisarts bij de behandeling van kanker. Huisarts en Wetenschap 28 (1984) 366-368
- SCHADÉ, E. & C. WALIG. Microbiologische diagnostiek in de huisartspraktijk. Een nadere analyse. Med Contact 39 (1984) 539-540
- SCHADÉ, E. & H.J. SLUITER. CARA tussen huisarts en specialist. Med Contact 45 (1990) 1289-1291
- SCHELLEKENS, W. Verantwoorde zorg en goede samenwerking kunnen niet worden opgelegd. Med Contact 42 (1987) 814
- SCHIPPER, R.M. CARA in kaart. Samenwerkingsproject van huisartsen en longartsen in Eindhoven. Med Contact 43 (1988) 1347-1349
- SCHULPEN, T.W.J. & F.E.M. WEERKAMP-WOLFENBUTTEL. De diagnose 'kinkhoest'. Med Contact 39 (1984) 1615-1616
- SCHURE, L.M., G.J. BREMER & C.S.M. WACHTERS-KAUFMANN. Insturen of thuishouden? Een voorstudie naar de besluitvorming met betrekking tot het al dan niet opnemen van patiënten met een cerebrovasculair accident. Huisarts en Wetenschap 26 (1983) 338-340
- SCULLY, C., D. MALAMOS, B.G.H. LEVERS, S.R. PORTER & S.S. PRIME. Sources and patterns of referrals of oral cancer: role of general practitioners. Br Med J 293 (1986) 599-601
- SLOT, G.H. Enkele praktische wenken voor de huisarts bij het verwijzen van patiënten naar de orthopedische chirurg. Huisarts en Wetenschap 17 (1974) 254-256
- SMIT C.S., D.J. Ervaringen met consultatiebijeenkomsten. Med Contact 45 (1990) 1413-1415
- SMIT, D. DE. Consultatie huisarts-specialist. Experiment bij kinderen met luchtwegproblemen. Med Contact 42 (1987) 849-852
- SMITS, H. Netwerkgeneeskunde, huisarts en specialist. Epilepsie, mens, maatschappij. Med Contact 37 (1982) 453-456
- SOEREN, F. VAN. Help, de patiënt verzuipt...! Diagnostisch Centrum Ziekenhuis Oudenrijn ambivalent experiment. Med Contact 34 (1979) 1212-1215
- SOESBEEK, K.H. Opname in het ziekenhuis van oudere patiënten met een CVA. Huisarts en Wetenschap 28 (1985) 94-95
- SOUTH, J. A computer summary used as a discharge letter. J R Coll Gen Pract 22 (1972) 28-32

- SPANJE, F. VAN. Coördinatie tussen huisartsen en specialisten inzake ex-ziekenhuispatiënten niet optimaal. Med Contact 39 (1984) 106
- SPANJER, J.M. Eurothema's. Hoe meer onderlinge communicaties, des te minder kans op 'softe' diagnoses? Ned T Geneesk 134 (1990) 1511-1512
- SPREEUWENBERG, C. Tussen eerste en tweede lijn. Med Contact 44 (1989) 867
- STOKX, L.J. & T.J.J.M.T. KERSTEN. Aandeel van huisarts en specialist in de zorg voor de patiënt met epilepsie. Ned T Geneesk 134 (1990) 1943-1946
- STOLTE, J.B. Huisarts en specialist in de samenleving. Med Contact 29 (1974) 812-814
- STREEFKERK, J.G., V. WITTENBERG & I. SCHREURS. Samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Een project aan de Vrije Universiteit. Med Contact 41 (1986) 1173-1176
- SWINKELS, M.A.A. & L. LODEWICK. Samenwerking huisartsen en specialisten. Een inventarisatie in de regio Gouda. Med Contact 39 (1984) 205-206
- SWINKELS, M. & L. LODEWICK. Samenwerking huisartsen en specialisten. Stand van zaken in de regio Gouda. Med Contact 40 (1985) 1283-1284
- SWINKELS, M.A.A. & J.P. DOPHEIDE. Vervagende grenzen tussen eerste en tweede lijn. De casus-Hoogveen. Med Contact 38 (1983) 512-514
- TENK, M., J.J. VAN BINSBERGEN & H. KAMMA. Ongevallen: huisarts en de afstand tot het ziekenhuis. Behandelen, verwijzen of buiten spel? Huisarts en Wetenschap 32 (1989) 125-127
- TIELENS, V.C.L. Huisarts en specialist in dienst van de patiënt Med Contact 29 (1974) 589-591
- TILLEMA, W. & H.A. HOLTKAMP. Het Cardiofonieproject Zwolle. Huisarts en Wetenschap 26 (1983) 132-135
- TORRANCE, N., J.A.R. LAWSON, B. HOGG & J.D.E. KNOX. Acute admissions to medical beds. J R Coll Gen Pract 22 (1972) 211-218
- TROMMEL, M.J. VAN. Bezinning nopens de huisarts in de nabije toekomst. Med Contact 26 (1971) 561-568
- TULLOCH, A.J., G.H. FOWLER, J.J. MCMULLAN & J.M. SPENCER. Hospital discharge reports: content and design. Br Med J 4 (1975) 443-446
- VEDER-SMIT, E. Samenhang, samenwerking en taakafbakening van onderdelen der gezondheidszorg. Med Contact 34 (1979) 11
- VELDEN, H.G.M. VAN DER. Verwijzen. Huisarts en Wetenschap 29 (1986) 362-363
- VENNIXZ, J., J. GUBBELS & D. POST. Spreekuurbezoek, verwijzen en opnemen als proces. 1: Patiënten onder behandeling van de huisarts. Med Contact 41 (1986) 852-854
- VENNIXZ, J., J. GUBBELS & D. POST. Spreekuurbezoek, verwijzen en opnemen als proces. Slot: Patiënten onder behandeling van de specialist en ziekenhuisopnames. Med Contact 41 (1986) 895-898

- VERHAGE-SPLIET, C.M.TH. & H.D. EGGINK. De polikliniekbrief van de internist. Aan welke informatie heeft de huisarts behoefte? Med Contact 45 (1990) 1058-1060
- VERSÉLEWEL DE WITT HAMER, J.J. Een alternatieve 'eigen bijdrage'. Naar een juiste taakverdeling tussen eerste en tweede echelon. Med Contact 34 (1979) 1021-1024
- VERSTEGEN, M.C.G. Misverstanden rond het 'Nijmeegse experiment'. Med Contact 42 (1987) 1601-1602
- VIERHOUT, W. Gezamenlijk consult huisarts-specialist. Med Contact 42 (1987) 106-108
- VISSER, J. & D. POST. Veranderingen in de gezondheidszorg na de opening van een ziekenhuis. Med Contact 26 (1987) 815-818
- VISSER, A.P.H. Evaluatie en de keuze van tweedelijns gezondheidszorg voorzieningen: inhoud, determinanten en beïnvloeding. Open Dag Gezondheidszorgonderzoek 1983. T Soc Gezondheidsz 62 (1984) 422-427
- VISSERS, J.M.H. Eerste en tweede lijn: samenhang en samenwerking. Een onderzoek in de Oost-Achterhoek. Med Contact 40 (1985) 928-930
- VERENIGING VAN NEDERLANDSE ZIEKENFONDSEN / KONTAKT LANDELIJKE ORGANISATIES VAN ZIEKTEKOSTENVERZEKERAARS. Financiering gezondheidszorg. Initiatief ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars. Rapport 'betaalbaar perspectief'. Med Contact 39 (1984) 188-189
- VOORN, TH. Nog een bewerkelijk praktijkje. Terugblik op vijf jaar huisartspraktijk in een klein dorp. Med Contact 35 (1980) 608-612
- VOORT, H. VAN DER. Beeldvorming in de relatie huisarts-specialist. Huisarts en Wetenschap 18 (1975) 420-425
- VRIES, H. DE. Over de invloed van de huisarts op het verwijzingspercentage. Med Contact 30 (1975) 1438-1439
- WEERDEN, A.B. VAN. Dagverpleging en eerstelijnszorg. 1: Huidige stand van zaken. Med Contact 42 (1987) 912-913
- WEERDEN, A.B. VAN. Dagverpleging en eerstelijnszorg. Slot: De rol van de eerste lijn. Med Contact 42 (1987) 940-942
- WESTERMAN, R.F. Patiëntenzorg: samen of apart? Huisarts en Wetenschap 17 (1974) 447-450
- WESTERMAN, R.F., F.M. HULL, P.D. BEZEMER & G. GORT. A study of communication between general practitioners and specialists. Br J Gen Practice 40 (1990) 445-449
- WHITFIELD, M.J. What do consultants think of general practice? J R Coll Gen Pract 30 (1980) 228-229
- WHITFIELD, M.J. & R.D. WINTER. Psychiatry and general practice: results of a survey of Avon general practitioners. J R Coll Gen Pract 30 (1980) 682-686
- WHITFIELD, M., R. GROU & H. MOKKINK. General Practitioners' Opinions about their responsibility for medical tasks: Comparison between England and the Netherlands. Fam Practice 6 (1989) 274-278
- WHITFIELD, M. & R. BUCKS. General practitioners' responsibilities to their patients. Br Med J 297 (1988) 398-400

- WIJKEL D. & D. VAN DER GRIJN. Diagnostisch onderzoek door huisartsen in ziekenhuizen. Med Contact 38 (1983) 373-376
- WIJKEL, D. Lagere (ziekenfonds-) verwijscijfers van gezondheidscentra: gezondere patiënten of sterker gemotiveerde artsen? Gezondheid & Samenleving 6 (1985) 182-191
- WIJKEL, D. Regionale vernieuwings- en ontwikkelingsprojecten. Hoe valt het WVC-beleid? Med Contact 45 (1990) 1087-1089
- WIJMEN, F.C.B. VAN. Ziekenhuis Maastricht. Perspectief van een nieuw academisch ziekenhuis in regionale context. Med Contact 33 (1978) 483-488
- WILKIN, D. & A.G. SMITH. Variation in general practitioners' referral rates to consultants. J R Coll Gen Pract 37 (1987) 350-353
- WILLIAMS, E.S., T.A. JESUDASON & S. SINGH. Referring patients to geriatric day hospitals: a survey of general practitioners' opinions. J R Coll Gen Pract 38 (1988) 498-499
- WILLIAMS, E.I. & F. FITTON. Factors affecting early unplanned readmission of elderly patients to hospital. Br Med J 297 (1988) 784-787
- WILLIAMS, P. & B.B. WALLACE. General practitioners and psychiatrists - Do they communicate? Br Med J 1 (1974) 505-507
- WITTE, L. DE, F. VAN DER HORST & J. JOOSTEN. Herstel van revalidatiepatiënten en continuïteit van zorg. Verslag van een onderzoek en hoofdlijnen van een vervolgonderzoek. T Soc Gezondheidsz 63 (1985) 627-629
- WOODS, J.O. Place of the general practitioner in the obstetric service. Br Med J 4 (1971) 803-805
- WOUTEN, J.C. VAN DER & H.J. DOKTER. Samenwerking tussen huisarts en specialist bij mensen die lijden aan kanker. 1: Knelpunten geïnventariseerd. Med Contact 44 (1989) 959-961
- WOUTEN, J.C. VAN DER & H.J. DOKTER. Samenwerking tussen huisarts en specialist bij patiënten met kanker. Huisarts en Wetenschap 32 (1989) 51-55
- ZANDER, L.I., M. WATSON, R.W. TAYLOR & D.C. MORRELL. Integration of general-practitioner and specialist antenatal care. J R Coll Gen Pract 28 (1978) 455-458
- ZANDT, A.M.C. VAN DER. Substitutie verzekerd? Med Contact 44 (1989) 112-114
- ZOCK, A.L., J. LEEUWENBURG & H. PLEUMEEKERS. De verwijfsbrief getoetst. Een onderzoek naar de kwaliteit van 157 verwijfsbrieven en de reacties daarop van de betrokken specialisten. Huisarts en Wetenschap 32 (1989) 505-508
- ZUMPEL, Z. Referral letters - the enclosure of the general practitioner's computerized record. J R Coll Gen Pract 28 (1978) 163-167
- ZWAN, J.C. VAN DER. Huisarts en diagnostiek. Oesofago-gastro-duodenoscopie als faciliteit van de huisarts? Med Contact 39 (1984) 1476-1478

4. Aanwijzingen voor invloed van de huisarts in de tweedelijns op basis van zorgproductiecijfers

Samenvatting

De rol die huisartsen voor zichzelf zien weggelegd als bewakers van de continuïteit van zorg brengt met zich mee, dat zij hun patiënten ook na verwijzing dienen te blijven volgen. De taakomschrijving die zij voor zichzelf hebben opgesteld, het Basistakenpakket, vraagt huisartsen, erop toe te zien dat patiënten niet onnodig lang specialistische hulp krijgen. Eén van de doelstellingen die huisartsen hebben met de verwijfsbrief wordt omschreven als: de huisarts invloed te laten uitoefenen op het verloop, de aard en de omvang van de verdere behandeling in de tweedelijns. De invloed van de huisarts in deze zin duiden we in deze studie aan als 'continuïteits-invloed'. Hij staat naast een andere, meer bekende vorm van invloed van huisartsen in de tweedelijns, 'de selectie-invloed': via hun verwijfsbeleid bepalen huisartsen in belangrijke mate de samenstelling van het patiëntenbestand van specialisten. In deze studie gaan we na of op basis van ziekenfondsgegevens (de zorgproductiecijfers van één jaar van een middelgroot ziekenfonds) er aanwijzingen voor zijn te vinden dat huisartsen niet alleen selectie-invloed uitoefenen, maar eveneens continuïteitsinvloed. De resultaten leveren slechts in beperkte mate indicaties op voor continuïteitsinvloed. De selectie-invloed blijkt daarentegen van grote betekenis.

4.1 Inleiding

Evenals in andere landen met een geëcheloniseerd gezondheidszorgsysteem heeft het verwijzen van patiënten door huisartsen in Nederland steeds de aandacht, met name van al degenen die geïnteresseerd zijn in kosten- beheersing van de gezondheidszorg. De verwijzing is immers het begin van een mogelijk kostbare hoeveelheid tweedelijnszorg.

Bezien in het perspectief van de relatie tussen huisarts en specialist oefenen huisartsen via hun verwijfsbeleid een belangrijke invloed uit op het werk van specialisten. Huisartsen nemen immers de beslissing tot verwijzing naar de tweedelijns (of zijn bij verwijzingen op initiatief van de patiënt (1) of bij zogeheten administratieve verwijzingen (2) in de meeste gevallen medeverantwoordelijk voor deze beslissing). Zo bepalen zij de aard en de omvang van de groep patiënten die onder specialistische behandeling komt. Verder kiezen huisartsen de specifieke specialist (of specialistenassociatie) naar wie de patiënt verwezen wordt, hoewel de keuze in een aantal gevallen geleid wordt door de voorkeur van de patiënt (3, 4). Samenvattend kunnen we stellen, dat huisartsen via hun '*selectie-invloed*' in belangrijke mate de samenstelling van het patiëntenbestand van specialisten bepalen. Als beroepsgroep staan huisartsen op het standpunt, dat hun rol niet eindigt op het mo-

ment dat de patiënt is verwezen. Op grond van de door hen opgestelde officiële taakomschrijving, het Basistakenpakket (5), kan van huisartsen worden verwacht dat zij de continuïteit in de zorgverlening bewaken. Dat houdt onder meer in dat zij erop toezien dat verwezen patiënten niet langer dan nodig is, specialistische zorg ontvangen. Eén van de mogelijkheden daartoe biedt de verwijsbrief. In de door het Nederlands Huisartsen Genootschap opgestelde Standaard voor de verwijsbrief wordt één van de doelen omschreven als : "te bevorderen dat de specialistische hulp goed aansluit op de hulp van de huisarts (voorkómen van overbodige handelingen, dubbele onderzoeken, dubbele medicatie onverenigbaarheden en dergelijke)". Verder wordt als doel aangegeven: "de huisarts invloed laten uitoefenen op het verloop, de aard en de omvang van de verdere behandeling in de tweedelij" (beide citaten 6, p.102). De invloed van huisartsen op specialisten, gericht op een verantwoord snelle terugverwijzing van patiënten naar de eerstelij is een belangrijk aspect van het begrip dat we aanduiden met de term '*continuïteitsinvloed*'. We hebben deze vorm van invloed in hoofdstuk 2 gedefinieerd als: "de invloed van de huisarts op de specialist gericht op optimale huisartsgeneeskundige inbreng in de tweedelijnsbehandeling van patiënten, met als belangrijke implicatie een zo kort mogelijk verblijf van de patiënten in de tweedelij".

Dat huisartsen hun selectie-invloed op verschillende manieren aanwenden, resulterend in hogere dan wel lagere verwijscijfers, is inmiddels genoegzaam bekend. Veel minder weten we echter over de continuïteitsinvloed. Sinds de studie van De Melker in 1973 (7), is er specifiek over dit onderwerp nauwelijks meer over verrichte onderzoeken gepubliceerd. De Melker hecht grote waarde aan de samenwerking tussen huisarts en specialist bij de tweedelijnsbehandeling. Zo zouden huisartsen bij het ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis moeten worden betrokken, omdat zij de thuissituatie van de patiënt beter kennen. Mogelijk kan de huisarts er zelfs toe bijdragen dat de patiënt sneller wordt ontslagen. Als reactie op de naar zijn mening in die tijd overheersende aandacht voor de samenwerking binnen de eerstelij en de onderschatte betekenis van de samenwerking tussen eerste- en tweedelij merkt De Melker in 1975 (8) op: "In extremo krijgen we een toekomst waarbij de huisarts zich verschanst in zijn bolwerk: het welzijnscentrum, de specialist in het zijne: het ziekenhuis." In het kader van een heranalyse van het materiaal van De Melker uit 1973 (7) schrijven Jacobs e.a. (9) dat met name het ziekenhuisbezoek van de huisarts een belangrijke rol kan spelen om de kloof tussen thuiszorg en ziekenhuiszorg te overbruggen.

4.2 Vraagstelling

In deze exploratieve studie willen we nagaan of er uit secundair materiaal aanwijzingen zijn te verkrijgen dat huisartsen daadwerkelijk invloed hebben op de hoeveelheid zorg die hun patiënten ontvangen in de tweedelij. De onderzoeksvraag is: zijn er aanwijzingen dat huisartsen behalve selectie-invloed ook continuïteitsinvloed uitoefenen op specialisten? Het secundaire materiaal bestaat uit cijfers per huisarts over de zorgproductie voor hun verwezen patiënten in de tweedelij. Verderop komen we hier in detail op terug.

Bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag volgen we een redenering, die uiteen is te leggen in een aantal stappen:

Stap 1

De *selectie-invloed* die een huisarts heeft uit zich in zijn/haar verwijscijfer. Naarmate een huisarts minder terughoudend is in het verwijzen van patiënten, oefent deze huisarts minder controle uit op de samenstelling van het patiëntenbestand van specialisten (de huisarts heeft minder selectie-invloed) en wordt diens verwijscijfer hoger. Nu wordt uiteraard ook een deel van het verwijscijfer bepaald door de objectief in de huisartspraktijk aanwezige morbiditeit (10) en de daaruit voortvloeiende noodzaak tot behandeling in de tweedelijns. Daarom zullen we het verwijscijfer zo bewerken, dat het een meer valide maat wordt voor de effectiviteit van door de huisarts aangewende selectie-invloed. Daartoe corrigeren we het verwijscijfer voor de samenstelling van de praktijk naar leeftijd en geslacht. Hoewel dit een vrij grove benadering is (11, 12), zijn leeftijd en geslacht in de epidemiologische literatuur immers belangrijke voorspellers gebleken voor het optreden van morbiditeit. (Enigszins simplificerend gesteld geldt, dat jonge kinderen, bejaarde mensen en vrouwen in het algemeen een grotere behoefte aan medische zorg hebben vanwege de bij hen optredende morbiditeit.) Evenals bijvoorbeeld Mokkink (13), gaan we ervan uit dat na correctie een acceptabele maat beschikbaar is voor de selectie-invloed van de huisarts. We willen echter ook een maat voor de uitgeoefende continuïteits-invloed. Die komt in de volgende stap aan de orde.

Stap 2

De *continuïteitsinvloed* van de huisarts is gericht op een snelle terugverwijzing van patiënten naar de eerstelijns. De patiënten van huisartsen die dergelijke invloed meer weten uit te oefenen op specialisten, zullen gemiddeld genomen minder tweedelijns-behandeling ontvangen dan de patiënten van huisartsen die minder dergelijke invloed hebben. Deze geringere hoeveelheid tweedelijnsbehandeling zou dan bijvoorbeeld tot uiting moeten komen in een lager aantal verwezen patiënten dat door specialisten wordt opgenomen voor klinische behandeling. Dat zou dan komen, doordat de betreffende huisartsen bijvoorbeeld de behandelend specialisten ervan overtuigen, dat de benodigde zorg ook poliklinisch geboden kan worden, omdat zij bij de patiënt thuis nadrukkelijk de eventuele complicaties zullen bewaken. Een andere mogelijke verklaring voor het lagere aantal opnamen is, dat patiënten van continuïteitsinvloed uitoefenende huisartsen minder vaak ter observatie worden opgenomen. Dit zou dan komen, doordat dergelijke opnamen minder vaak nodig zijn vanwege de grotere inbreng van de huisarts in de benadering die de specialist volgt: er wordt meer gebruik gemaakt van wat over de patiënt bekend is vanuit de huisartspraktijk en van de visie van de huisarts op de aandoening van de patiënt.

De gebruikelijke parameter voor de mate waarin de patiënten van een huisarts worden opgenomen, is het aantal opnamen per 1000 verwezen patiënten. Deze parameter is echter niet alleen afhankelijk van de continuïteitsinvloed van de huisarts. Evenals in stap 1 speelt hierbij de objectief aanwezige morbiditeit en de daaruit voortvloeiende benodigde hoeveelheid tweedelijnszorg een rol. De groep verwezen patiënten van de ene huis-

arts heeft nu eenmaal meer tweedelijsbehandeling nodig dan die van een andere huisarts. Dat heeft op zijn beurt alles te maken met de selectie van patiënten voor tweedelijsbehandeling door de huisarts: de ene huisarts verwijst patiënten met gemiddeld lichtere klachten dan de andere. Om een maat voor de effectiviteit van de uitgeoefende continuïteitsinvloed te construeren, corrigeren we nu voor dat deel van de hoeveelheid tweedelijsbehandeling dat te maken heeft met de ernst van de morbiditeit die aanwezig is bij de verwezen patiënten. Anders gezegd: de groepen patiënten van verschillende huisartsen worden gelijkgeschakeld wat betreft de behandelingsnoodzaak, voor zover die gekoppeld is aan de ernst van de aanwezige morbiditeit. Analoog aan stap 1 corrigeren we daarom het aantal opnamen per 1000 verwijskaarten voor de leeftijds-geslachts-samenstelling van de groep door de huisarts *verwezen* patiënten, ervan uitgaande ook bij deze specifieke groep patiënten leeftijd en geslacht belangrijke indicaties zijn voor de ernst van de morbiditeit en de daaraan gekoppelde omvang van de benodigde behandeling in de tweedelijs. (Verondersteld wordt, dat meer 'onnodig' verwijzende huisartsen meer patiënten zouden verwijzen uit de 'gunstige' leeftijds-geslachtscategorieën; dat wil zeggen categorieën waarin de patiënten minder vaak worden opgenomen. Correctie voor de leeftijd en het geslacht van de verwezen patiënten geeft daarmee voor de patiënten van alle huisartsen in principe een min of meer gelijke opnamekans, uiteraard voor zover deze beïnvloed wordt door leeftijd en geslacht.) Zou nu door deze correctie een groot deel van de variatie tussen huisartsen in de hoeveelheid tweedelijsbehandeling voor hun patiënten verdwijnen, dan is het blijkbaar vooral de bij de verwezen patiënten aanwezige morbiditeit (die verondersteld wordt gekoppeld te zijn aan leeftijd en geslacht) die de omvang van de tweedelijsbehandeling bepaalt en niet de continuïteitsinvloed van de huisarts. Blijft er na correctie voor leeftijd en geslacht aanzienlijke variatie over, dan hoeft dat uiteraard niet per se een gevolg van continuïteitsinvloed van de huisarts te zijn. Wel is aannemelijk dat het om variatie gaat die gebonden is aan de huisarts of de huisartspraktijk. Er is echter een 'maar'; zie de bespreking in stap 3.

Stap 3

Vergelijken we de omvang van de invloed van huisarts respectievelijk specialist op bijvoorbeeld het aantal opnamen per 1000 verwijskaarten, dan is aannemelijk dat de specialist daarop meer invloed heeft dan de huisarts. Als de ene specialist nu meer tot opnemen geneigd is dan de andere, blijken de huisartsen die hun patiënten verwijzen naar de meer tot opnemen geneigde specialist na berekening hogere opnamecijfers te hebben. Abusievelijk zouden we echter in dergelijke gevallen deze verschillen tussen specialisten bij de in stap 2 genoemde bewerkingen interpreteren als verschillen tussen huisartsen. Om dit uit te sluiten, zullen we op twee manieren te werk gaan. In de eerste plaats worden de verschillen tussen huisartsen bestudeerd die verwijzen naar dezelfde specialist, zodat de 'factor' specialist constant gehouden wordt. Daarnaast zullen we de verschillen tussen huisartsen bestuderen over alle specialismen tezamen, zodat aannemelijk is dat de verschillen tussen specialisten min of meer tegen elkaar wegvallen.

Stap 4

In de voorgaande stappen 2 en 3 was de redenering erop gericht om de hoeveelheid tweedelijnsbehandeling zo veel mogelijk van andere invloeden te ontdoen, zodat continuïteitsinvloed van de huisarts als enige plausibele invloed overblijft. Andere invloeden zijn echter niet geheel uit te sluiten. Langs deze weg komen we hooguit tot de uitspraak, dat een deel van de variatie toegeschreven moet worden aan de huisarts of diens praktijk. Niet zeker is of het hier werkelijk continuïteitsinvloed betreft. Hier, in stap 4, zullen we daarom een iets andere weg inslaan. We zullen een aanwijzing voor continuïteitsinvloed proberen te verkrijgen uit de relatie die we veronderstellen tussen de selectie- en continuïteitsinvloed van huisartsen. We lichten dit toe.

Voorstelbaar is dat huisartsen die weinig verwijzen (relatief veel selectie-invloed uitoefenen), de zorg voor het geringe aantal patiënten dat ze verwijzen dermate een specialistische aangelegenheid vinden, dat ze niet of nauwelijks pogen erbij betrokken te zijn (relatief weinig continuïteitsinvloed uitoefenen). Voor de geldigheid van deze redenering, die een negatieve samenhang tussen selectie- en continuïteitsinvloed impliceert, vinden we echter in de literatuur geen aanwijzingen en we houden er verder dan ook geen rekening mee.

Een andere mogelijke redenering, die een positieve relatie tussen beide typen invloed impliceert, luidt als volgt: Zowel weinig verwijzen als communiceren met specialisten om patiënten terug te krijgen uit de tweede lijn vragen een actieve houding van huisartsen. Dat zou betekenen dat huisartsen die weinig verwijzen (relatief veel selectie-invloed uitoefenen) ook de patiënten zo snel mogelijk uit de tweede lijn 'halen' (veel continuïteitsinvloed uitoefenen). - Mogelijk speelt daarbij een rol dat specialisten de patiënten sneller weer aan deze huisartsen toevertrouwen die blijkens hun lage verwijscijfers in staat zijn veel zorg zelf te bieden. - Aanwijzingen voor een dergelijke positieve samenhang tussen selectie- en continuïteitsinvloed vinden we in de studies van Dopheide (14) en van De Melker (7). Dopheide (14) meet de taakopvatting van huisartsen ten opzichte van specialisten. In het instrument dat hij daarbij gebruikt zitten zowel items die betrekking hebben op door huisartsen gewenste selectie-invloed (bijvoorbeeld: "Een deel van het diagnostische werk dat uitsluitend door specialisten wordt gedaan zou eigenlijk even goed door huisartsen gedaan kunnen worden") als op door huisartsen gewenste continuïteitsinvloed (bijvoorbeeld: "Bij de behandeling van ziekenhuispatiënten zou de inbreng van de huisarts even groot moeten zijn als die van de specialist"). Factor-analyse wijst echter niet op twee te onderscheiden dimensies, hetgeen laat zien dat de wens tot selectie-invloed en tot continuïteitsinvloed in huisartsen vaak samengaat.

De tweede aanwijzing voor het samengaan van selectie- en continuïteitsinvloed is te vinden in het werk van De Melker (7). Hij constateert dat in zijn eigen praktijk - dankzij een selectief verwijsbeleid - minder patiënten worden opgenomen en dat de patiënten die worden opgenomen bovendien korter dan gemiddeld in het ziekenhuis liggen. Het laatste heeft volgens De Melker te maken met een actieve begeleiding van de patiënten door de huisarts en met een goed contact van de huisarts met de behandelende specialist.

In de onderhavige studie zou het positieve verband tussen selectie- en continuïteitsinvloed zich moeten openbaren in een positieve correlatie tussen het voor de leeftijds-

geslachtsopbouw van de huisartspraktijk gecorrigeerde verwijscijfer (de parameter voor uitgeoefende selectie-invloed) en het voor leeftijd en geslacht van de verwezen patiënten gecorrigeerde opnamecijfer (één van de parameters voor aangewende continuïteits-invloed). Als het verband in de praktijk er zo uitziet, is dat op zich een aanwijzing voor het bestaan van continuïteitsinvloed. Zouden we immers een negatief verband vinden, dan betekent dat: hoe minder de huisarts verwijst, hoe meer van deze verwezen patiënten worden opgenomen (omdat de medische noodzaak tot opname bij de verwezen patiënten van weinig verwijzende - dus selectiever - huisartsen toch hoger is, ondanks de correctie voor leeftijd en geslacht!). Ten slotte is er de mogelijkheid dat er geen positief en ook geen negatief verband is tussen selectie- en continuïteitsinvloed (geen significant verband). Dat is geen indicatie voor het bestaan van continuïteitsinvloed; op de mogelijke betekenis van een dergelijk resultaat komen we in de 'beschouwing' terug.

Stap 5

In stap 2 is een maat beschreven voor continuïteitsinvloed. Nu willen we exploreren in hoeverre verschillen tussen huisartsen in deze maat samenhangen met kenmerken van huisartsen en hun praktijken. Dit kan mogelijk inzicht opleveren in de factoren die van invloed zijn op de uitgeoefende continuïteitsinvloed, naast het effect van de uitgeoefende selectie-invloed op de hoeveelheid verleende tweedelijnszorg aan verwezen patiënten (besproken in stap 4). In deze verkennende studie is slechts een beperkt aantal gegevens beschikbaar, te weten: de leeftijd van de huisarts, de afstand (in kilometers over de weg) tussen de huisartspraktijk en het dichtstbijzijnde ziekenhuis, de wijze waarop de huisarts samenwerkt binnen de eerste lijn (samenwerkingsvorm) en de praktijkgrootte. Van de leeftijd van de huisarts verwachten we een positief effect op de continuïteits-invloed (d.w.z. minder tweedelijnsbehandeling bij oudere huisartsen). Dopheide (14) vond namelijk, dat oudere huisartsen zich zekerder voelen ten opzichte van de specialist. Samenwerking tussen huisartsen, met name in gezondheidscentra, heeft wellicht een positief effect, omdat deze huisartsen geneigd zijn meer zorg te verlenen binnen de eerstelijns. Huisartsen in gezondheidscentra verwijzen althans minder (15). Afstand en praktijkgrootte zouden beide negatieve effecten kunnen hebben: afstand, omdat dit een hechte relatie tussen huisarts en specialist bemoeilijkt; praktijkgrootte, omdat huisartsen met een toenemende praktijkgrootte een toenemende werkdruk hebben en dus belang hebben bij behandeling van hun patiënten door de specialist.

4.3 Methode

Bij de bestudering van de vraagstelling hebben we gebruik gemaakt van de administratieve gegevens van een middelgroot ziekenfonds over een periode van één jaar (1 september 1981 - 1 september 1982)¹. Nadere informatie over dit data-bestand en over de uitwerking van delen van de onderhavige problematiek is aan te treffen in eerder verschenen publikaties (16, 17, 18, 19). Ter beschikking staan gegevens op patiënt-niveau met betrekking tot de poliklinische behandeling (verwijs- en herhalingskaart) en de klinische behandeling (opname en ligduur) van alle 97 zogenoemde huisarts-medewer-

kers van het betreffende ziekenfonds. Het gaat om 76.065 verwijskaarten, 80.0423 herhalingskaarten (waarmee de specialist - exclusief afzonderlijk declareerbare verrichtingen - één maand poliklinische behandeling declareert) en 17.323 opnamen. Deze gegevens zijn dusdanig bewerkt dat per huisarts maten zijn verkregen die uitgeoefende selectie- en continuïteitsinvloed tot uitdrukking brengen. Daartoe is, zoals aangegeven in respectievelijk stap 1 en 2, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Dat is gedaan door middel van indirecte standaardisatie (20). Op deze wijze is per huisarts een verwijsratio berekend als maat voor de selectie-involed. De verwijsratio drukt uit of de huisarts meer, minder of evenveel verwijskaarten voor diens ziekenfondspatiënten uitschrijft als men op grond van de leeftijds-geslachtsopbouw van diens *praktijk* (althans het deel ziekenfonds-verzekerden daarin) zou verwachten. De verwijsratio is 1 als de huisarts precies zoveel verwijst als men zou verwachten op basis van leeftijd en geslacht. Hij is groter dan 1, als de huisarts meer verwijst dan de verwachting en hij is kleiner dan 1 als hij beneden de verwachting blijft. Zo kunnen we een verwijsratio van 1.25 interpreteren als dat de huisarts 25% meer verwijst dan verwacht; een verwijsratio van bijvoorbeeld 0.85 betekent 15% minder verwijzingen dan verwacht werden op basis van de samenstelling van de ziekenfondspraktijk naar leeftijd en geslacht.

De continuïteitsinvloed van de huisarts op de hoeveelheid tweedelijnsbehandeling is uitgedrukt in de drie volgende parameters: de herhaalratio, de opnameratio en de ligduur-ratio. Deze ratio's zijn, evenals de verwijsratio, geconstrueerd met behulp van indirecte standaardisatie. Ze variëren ook rond de 1 en kunnen op analoge wijze geïnterpreteerd worden. De herhaalratio geeft aan hoe vaak (preciezer geformuleerd: gedurende hoeveel maanden) de verwezen patiënten van een huisarts feitelijk op de polikliniek van het ziekenhuis door de specialist worden terugbesteld, in relatie tot het aantal keren dat men dat zou verwachten op grond van de leeftijd en het geslacht van de groep door die huisarts in het betreffende jaar *verwezen patiënten*. De herhaalratio is dus een maat voor continuïteitsinvloed van de huisarts op de hoeveelheid poliklinische zorg. De opname-ratio en de ligduur-ratio hebben betrekking op de continuïteitsinvloed van de huisarts op de klinische behandeling. De opnameratio drukt uit de verhouding tussen het feitelijk aantal opnamen en het aantal dat men zou verwachten op grond van de leeftijds-geslachtssamenstelling van de groep *verwezen patiënten*. De ligduur-ratio geeft aan: het feitelijke aantal ligdagen van de opgenomen patiënten van een huisarts in verhouding tot het verwachte aantal op basis van de leeftijds-geslachtssamenstelling van de groep *opgenomen patiënten*. De wijze waarop de verschillende boven besproken parameters zijn gestandaardiseerd, is samengevat in overzicht 4.1.

Overzicht 4.1: Overzicht van de parameters voor de effecten van selectie-invloed en continuïteitsinvloed

aanduiding parameter	betekenis parameter	gestandaardiseerd op basis van leeftijds-geslachts-samenstelling van
verwijsratio	resultante van de selectie-invloed	de patiënten in de praktijk
herhaalratio	resultante van de continuïteitsinvloed op de poliklinische consumptie	de groep verwezen patiënten
opnameratio	resultante van de continuïteitsinvloed op het opnemen van verwezen patiënten	de groep verwezen patiënten
ligduurratio	resultante van de continuïteitsinvloed op de ligduur van patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis	de groep opgenomen patiënten

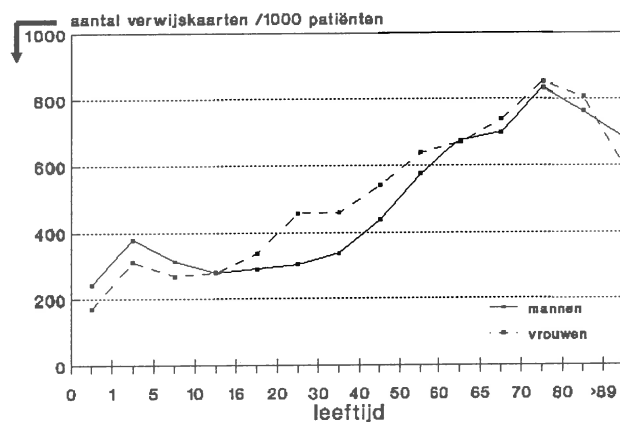
Om te exploreren of de continuïteitsinvloed van huisartsen varieert al naar gelang de aard van het betrokken specialisme in de tweedelij, maken we in de resultatensectie onderscheid tussen de groep 'interne specialismen' (interne geneeskunde, kinderziekten, hartziekten, longziekten, reumatologie en maag- en stofwisselingsziekten) en de groep 'heelkundige specialismen' (chirurgie, gynaecologie, keel-, neus- en oorheelkunde, orthopaedie, plastische chirurgie, neurochirurgie, oogheelkunde en urologie). We hanteren dergelijke 'verzamelgroepen' van specialismen om voldoende grote aantallen patiënten per huisarts (en in verband met de standaardisatie per leeftijds-geslachtscategorie) over te houden, zodat een betrouwbaar beeld verkregen wordt van de effecten van door een huisarts aangewende selectie- en continuïteitsinvloed.

4.4 Resultaten

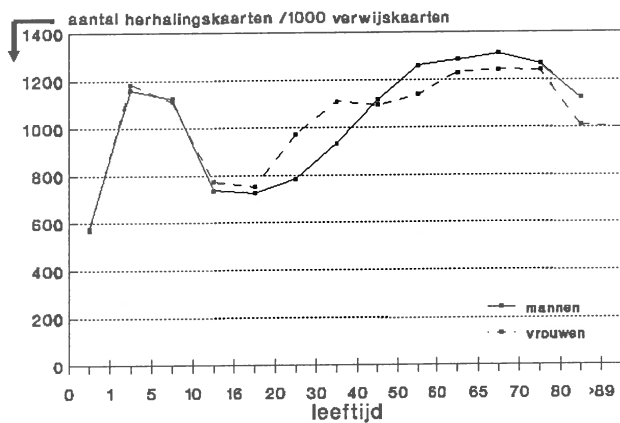
Stap 1: Indirecte standaardisatie van het verwijscijfer op de leeftijds-geslachtsoopbouw van de praktijk, zodat een maat voor de selectie-invloed ontstaat.

Figuur 4.1: Leeftijds-geslachtsspecifieke gegevens over het aantal verwijskaarten per 1000 patiënten, het aantal herhalingskaarten per 1000 verwijzingen, het aantal opnamen per 1000 verwijzingen, en het aantal ligdagen per 100 opnamen

Figuur 4.1a



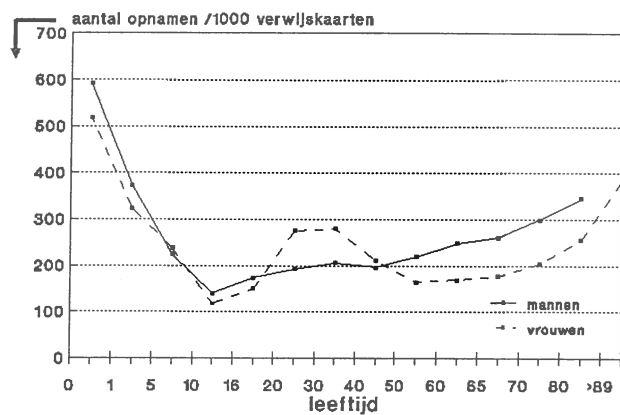
Figuur 4.1b



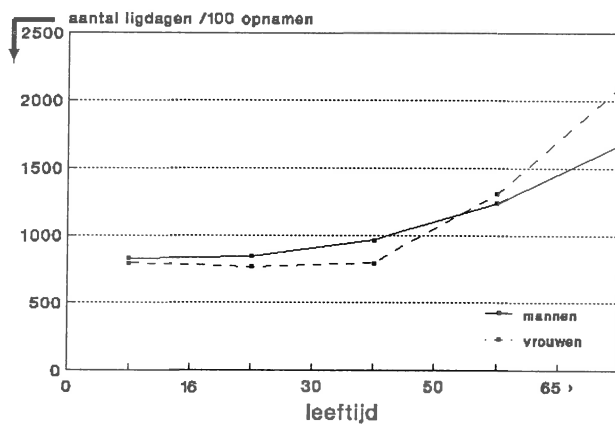
(vervolg figuur 4.1 zie volgende bladzijde)

(vervolg figuur 4.1)

Figuur 4.1c



Figuur 4.1d



Het effect van leeftijd en geslacht van patiënten op de verwijkskans is te zien in figuur 4.1a. Daar zijn voor de praktijken van alle onderzochte huisartsen tezamen (hier gehanteerd als standaard-populatie) leeftijds-geslachtsspecifieke verwijscijfers over het totaal van alle specialismen weergegeven (zie voor gegevens per specialisme, 16, p. 68). De figuur laat zien dat, afgezien van een kleine top in de verwijzing van één- tot en met vier-jarigen, met het toenemen van de leeftijd de verwijkskans min of meer monotoon stijgt tot 80 jaar; daarna treedt een lichte daling op. Met uitzondering van de jongste en de oudste leeftijdsgroepen worden vrouwen over de gehele linie wat vaker verwezen dan mannen. Het feit dat er effecten van leeftijd en geslacht zijn geeft aanleiding om daadwerkelijk hierop te standaardiseren.

Tabel 4.1: Variatie tussen de huisartsen (N=97) in verwijzen, uitgedrukt in variatie-coëfficiënten

	verwijscijfer*	verwijsratio*	verschil
alle specialismen	25.2	22.6	- 2.6
alle specialismen uitgezonderd oogheelkunde	26.1	24.5	- 1.6
interne specialismen	32.2	29.2	- 3.0
heelkundige specialismen	24.3	21.7	- 2.6

* Het verwijscijfer is het aantal uitgeschreven verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden per jaar. De verwijsratio is het quotiënt van het feitelijk aantal verwijskaarten per jaar en het aantal dat verwacht wordt op basis van de leeftijds-geslachts-samenstelling van de praktijk.

Aan de hand van tabel 4.1 is te zien hoeveel variatie in het verwijscijfer gebonden is aan de leeftijds-geslachtsopbouw van de praktijk. We presenteren variatie-coëfficiënten (i.e.: de standaard deviatie gedeeld door het gemiddelde, een spreidingsmaat die vergelijkbaar is voor variabelen die op verschillende schalen zijn gemeten) voor respectievelijk het bruto verwijscijfer (het aantal verwijskaarten per 1000 verzekerden) en de verwijsratio. Zoals in de methodesectie is aangegeven, is in de verwijsratio voor de verschillen in de leeftijds-geslachtssamenstelling van de praktijken gecorrigeerd.

De tabel maakt duidelijk dat de standaardisatie van het verwijscijfer op leeftijd en geslacht bij de bestudeerde groepen specialismen maximaal 3% (in de tabel aangegeven als een verschil van - 3.0) van de variatie doet verdwijnen. De hoogste afname van de variatie wordt gevonden bij de interne specialismen. Bovendien is er een sterke samenhang tussen het bruto verwijscijfer en de verwijsratio. De Pearson-correlaties tussen de beide parameters variëren voor de vier besproken groepen specialismen tussen .89 en .98 (17,

p. 30). De positie die huisartsen op het continuüm van respectievelijk de ongestandaardiseerde en de gestandaardiseerde parameters innemen, komt dus sterk overeen.

Na correctie voor leeftijd en geslacht als benadering van de in de praktijk aanwezige morbiditeit, blijft er dus nog veel variatie tussen de 97 onderzochte huisartsen over die te maken heeft met hun werkwijze bij de selectie van patiënten voor tweedelijsbehandeling (het verwijzen): selectie-invloed.

Stap 2: Hoeveel variatie blijft er over in de hoeveelheid tweedelijszorg voor de patiënten van de onderzochte huisartsen, als gecorrigeerd wordt voor de verschillen in leeftijds-geslachtssamenstelling van de patiëntengroepen die deze huisartsen selecteren voor tweedelijsbehandeling?

Voor we op de eigenlijke resultaten met betrekking tot stap 2 ingaan, is er (analoog aan stap 1) de vraag, op welke wijze leeftijd en geslacht van de voor tweedelijsbehandeling geselecteerde patiënten van invloed zijn op de hoeveelheid poliklinische en klinische zorg die verleend wordt. De hier gepresenteerde cijfers hebben wederom (evenals bij stap 1) betrekking op alle specialismen tezamen (zie voor gegevens per specialisme, 16, p. 31 en 17, p. 33 en 40). In figuur 4.1b en 4.1c is te zien, hoe leeftijd en geslacht van de verwezen patiënten samenhangen met de mate waarin zij worden terugbesteld op de polikliniek, respectievelijk de mate waarin zij worden opgenomen. De samenhangen voor het poliklinisch terugbestellen en het opnemen blijken sterk te verschillen: er is een top in het terugbestellen voor het tiende levensjaar, daarna begint het terugbestellen vanaf 20 jaar wederom toe te nemen (voor vrouwen sterker dan voor mannen), rond het veertigste levensjaar worden vrouwen minder vaak terugbesteld dan mannen, maar de stijgende lijn zet zich voor beide groepen nog voort tot ongeveer het zeventigste jaar waar een lichte daling begint; in tegenstelling tot hetgeen zich voordoet bij het terugbestellen daalt de opnamekans juist tot het twintigste levensjaar, daarna is er voor mannen een lichte vrijwel lineaire stijging, voor vrouwen is er een top in de opnamen tot 40 jaar, daarna een daling, waarop zij boven de 89 jaar pas weer het niveau van de mannen bereiken.

Verder is in figuur 4.1d weergegeven, hoe de ligduur van opgenomen patiënten varieert al naar gelang de leeftijds-geslachtscategorie. Daaruit blijkt tot het vijftigste jaar een lichte stijging van de ligduur bij mannen, terwijl er bij vrouwen nauwelijks een verband is; daarna stijgt de ligduur bij het toenemen van de leeftijd zowel bij vrouwen als mannen; bij vrouwen is deze stijging sterker.

De belangrijkste conclusie uit het bovenstaande voor de onderhavige vraagstelling is, dat de geconstateerde samenhangen inderdaad aanleiding zijn om te corrigeren voor leeftijd en geslacht van de voor tweedelijsbehandeling geselecteerde patiënten. Hierna gaan we in op het effect van deze standaardisatie (zie bovenstaande vraag bij stap 2).

Tabel 4.2: Variatie tussen de huisartsen (N=97) in het aantal poliklinische terugbestellingen, het aantal opnamen en het aantal ligdagen*, uitgedrukt in variatie-coëfficiënten

Tabel 4.2a: Herhalingskaarten

	herhaal cijfer	herhaal ratio	verschil
alle specialismen	9.5	8.8	- 0.7
alle specialismen uitgezonderd oogheelkunde	9.8	10.3	+ 0.5
interne specialismen	14.1	14.8	+ 0.7
heelkundige specialismen	10.9	10.2	- 0.7

Tabel 4.2b: Opnamen

	opname cijfer	opname ratio	verschil
alle specialismen	19.5	18.5	- 1.0
alle specialismen uitgezonderd oogheelkunde	18.2	18.0	- 0.2
interne specialismen	22.0	20.7	- 1.3
heelkundige specialismen	26.8	23.5	- 3.3

Tabel 4.2c: Ligduur

	ligduur cijfer	ligduur ratio	verschil
alle specialismen	15.2	11.6	- 3.6
alle specialismen uitgezonderd oogheelkunde	15.5	12.0	- 3.5
interne specialismen	19.9	18.9	- 1.0
heelkundige specialismen	16.1	13.1	- 3.0

* Het herhaal-, opname- en ligduurcijfer staan respectievelijk voor: het aantal herhalingskaarten per 1000 verwijskaarten, het aantal opnamen per 1000 verwijskaarten en de gemiddelde ligduur per 1000 opnamen.

De herhaal- en opnameratio zijn gecorrigeerd voor de leeftijds-geslachts-samenstelling van de verwezen patiënten van een huisarts. De ligduurratio is gecorrigeerd voor de leeftijds-geslachts-samenstelling van de opgenomen patiënten.

Met betrekking tot stap 2 is de belangrijkste constatering op basis van tabel 4.2 dat er een aanzienlijke variatie in de hoeveelheid tweedelijnszorg voor hun patiënten tussen

huisartsen overblijft, na correctie voor leeftijd en geslacht van de patiënten die voor tweedelijsbehandeling zijn geselecteerd. Dat is als zodanig een aanwijzing voor continuïteitsinvloed van huisartsen op de hoeveelheid tweedelijsbehandeling (zie het betoog in stap 2 in paragraaf 4.2 'probleemstelling'). De afname in de variatie na standaardisatie is maximaal 3.6% (in de tabel aangegeven als een verschil van - 3.6), en wel bij de ligduur voor alle specialismen tezamen. Soms neemt de variatie zelfs iets toe, zoals in het geval van het poliklinisch terugbestellen bij interne specialismen (+ 0.7%). Bovendien is er een sterke samenhang tussen de verschillende niet voor leeftijd en geslacht gestandaardiseerde parameters en de ratio's. De betreffende Pearson-correlaties variëren tussen .78 en .99 (17, p. 30). De positie die huisartsen op het continuüm van respectievelijk de ongestandaardiseerde en de gestandaardiseerde parameters innemen, komt dus sterk overeen.

Uitgaande van de samenstelling naar leeftijd en geslacht als benadering voor de ernst van morbiditeit van de voor tweedelijsbehandeling geselecteerde patiënten, is een groot deel van de variatie in de omvang van de tweedelijsbehandeling dus toe te schrijven aan kenmerken van de huisarts of diens praktijk (waaronder mogelijk continuïteitsinvloed), waarbij wel de onder stap 3 nog te behandelen kanttekening geldt. De verschillen zijn het grootst, wanneer het gaat om de beslissing patiënten op te nemen (de opnameratio's); in vergelijking tot het poliklinisch terugbestellen (de herhaalratio's) en de ligduur (de ligduurratio's) is daar (bij de opnameratio's) de grootste onderlinge variatie tussen huisartsen te zien.

Stap 3: Zijn de in stap 2 aan de huisarts toegeschreven verschillen in hoeveelheid tweedelijsbehandeling terug te voeren op specialisten, omdat bepaalde huisartsen met bepaalde specialisten te maken hebben die veel dan wel juist weinig behandeling geven? Voor de beantwoording van deze vraag kunnen we in de eerste plaats terugverwijzen naar tabel 4.2. Er blijken verschillen te zijn in de hoeveelheid tweedelijsbehandeling die de patiënten van huisartsen ontvangen, als dat gezien wordt over alle specialismen gezamenlijk. Aannemelijk is, dat hier verschillen tussen specialisten tot op zekere hoogte tegen elkaar wegvallen.

Een tweede manier om de invloed van de specialist uit te schakelen is door deze constant te houden. Tabel 4.3 geeft inzicht in de verschillen tussen huisartsen die hun patiënten naar dezelfde internisten-associatie hebben verwezen. We gaan er daarbij noodzakelijkerwijze van uit dat de internisten binnen eenzelfde associatie een min of meer gelijke werkwijze hebben (de ziekenfondsgegevens maken geen verder onderscheid binnen de associaties mogelijk). In de tabel worden ongestandaardiseerde cijfers gepresenteerd, omdat de aantallen patiënten per huisarts per internisten-associatie te klein zijn, om zinvol te kunnen standaardiseren. In de tabel staan spreidingsmaten voor de huisartsen die hun patiënten verwijzen naar telkens één van de vier bestudeerde associaties. De vier internisten-associaties zijn gevestigd in vier min of meer vergelijkbare streekziekenhuizen, waarbij de ziekenhuizen van associatie II en III in dezelfde middelgrote stad zijn gelokaliseerd.

Tabel 4.3: Variatie tussen huisartsen in de omvang van de tweedelijnszorg per internistenassociatie, uitgedrukt in variatie-coëfficiënten

internisten associatie	aantal internisten per associatie	aantal huisartsen dat verwijst naar de betreffende internisten-associatie*	herhalings-kaarten per 1000 verwijs-kaarten	opnamen per 1000 verwijs-kaarten	ligdagen per 1000 opnamen
I	2	15	18.9	29.6	14.9
II	5	28	18.7	32.2	20.6
III	4	27	22.1	52.9	36.8
IV	3	26	24.5	32.6	27.1

* Er is een beperking gemaakt tot de huisartsen met tenminste 20 verwijzingen naar de betreffende internisten-associatie.

Zoals gezegd, hebben de variatiecoëfficiënten in tabel 4.3 betrekking op niet gestandaardiseerde cijfers. Daarom is enig effect van leeftijd en geslacht van de patiënten in de spreidingsmaten niet uit te sluiten. Verwijzend naar tabel 4.2 kunnen we echter stellen, dat maar een zeer beperkt deel van alle geconstateerde variatie toegeschreven zal moeten worden aan leeftijd en geslacht.

De waarnemingen in tabel 4.3 maken aannemelijk dat er een aanzienlijke huisarts-gebonden variatie is in de hoeveelheid tweedelijnsbehandeling. De spreiding tussen huisartsen in de omvang van het poliklinisch terugbestellen, het opnemen en de ligduur is immers aanzienlijk bij huisartsen die verwijzen naar dezelfde specialisten-associatie.

Evenals bij stap 2 zien we nog meer variatie in het opnemen dan in het terugbestellen en in de ligduur. Met name bij associatie III is sprake van grote verschillen. Opvallend is daarbij dat ook de variatie in de ligduur bij deze associatie het grootst is. Dit geldt vooral in vergelijking met associatie I waar zich relatief kleine verschillen in de ligduur voordoen. Over de achtergrond van dit soort verschillen is weinig te zeggen, behalve dat de ligduur per opname-indicatie in het algemeen sterk bepaald wordt door het ziekenhuisbeleid op dit punt.

Stap 4: Is de correlatie tussen enerzijds de parameter die aangewende selectie-invloed representeert (de verwijsratio) en anderzijds de herhaal-, opname- en ligduurratio positief? Een dergelijke positieve correlatie is een aanwijzing dat huisartsen die restrictief verwijzen tevens de hoeveelheid tweedelijnszorg beperkt weten te houden.

Tabel 4.4: Pearson-correlaties tussen verwijfsratio's ('verwijsr.'), herhaalratio's, opnameratio's en ligduurratio's*. Vermeld zijn alle significante correlaties (tweezijdig getoetst, $\alpha = .05$, $N=97$)

Tabel 4.4a:

	variabelencombinatie		
	verwijsr. herhaalr.	verwijsr. opnamer.	verwijsr. ligduurr.
alle specialismen	-	-.67	-
alle specialismen min oogheelkunde	-	-.69	-
interne specialismen	-	-.35	-
heelkundige specialismen	-	-.70	-

Tabel 4.4b:

	variabelencombinatie		
	herhaalr. opnamer.	herhaalr. ligduurr.	opnamer. ligduurr.
alle specialismen	-	-	-
alle specialismen min oogheelkunde	-	.23	-
interne specialismen	.35	.30	-
heelkundige specialismen	.26	-	-

* zie de noot onder tabel 4.2.

Allereerst blijkt uit tabel 4.4a, dat de positieve correlatie die we in de paragraaf 'probleemstelling' veronderstelden te zullen vinden tussen de verwijfsratio en de herhaal-, opname- en ligduurratio, niet in de data wordt aangetroffen. Tussen verwijfsratio's enerzijds en herhaal- en ligduurratio's anderzijds worden geen significante verbanden geconstateerd. Anders geformuleerd houdt dit in, dat er geen verband is tussen de mate waarin huisartsen méér of juist minder patiënten verwijzen dan men op grond van de leeftijds-geslachtssamenstelling van hun praktijk zou verwachten en de mate waarin een specialist patiënten méér of minder frequent terugbestelt op de polikliniek dan men, gegeven de leeftijd en het geslacht van deze (verwezen) patiënten, zou verwachten. Hetzelfde geldt voor de duur van de periode dat de specialist patiënten opgenomen houdt (de ligduur). Tegengesteld aan de in de paragraaf 'probleemstelling' bij stap 4 geformuleerde ver-

wachting worden tussen verwijz- en opnameratio's juist vrij sterke negatieve correlaties gevonden: als een huisarts meer verwijst dan men op grond van de leeftijds-geslachtssamenstelling van diens praktijk zou verwachten, worden deze verwezen patiënten minder vaak opgenomen dan men op grond van hun leeftijd en geslacht zou verwachten. Blijkens de gevonden correlatiecoëfficiënten geldt deze relatie tussen verwijzen en opnemen voor alle groepen specialismen, maar bij de interne specialismen is de relatie naar verhouding wat minder sterk. Op de interpretatie van deze bovenstaande resultaten komen we verderop in de 'beschouwing' terug.

Ten aanzien van de relaties tussen de verschillende parameters voor de hoeveelheid poliklinische en klinische tweedelijnsbehandeling onderling, die zijn weergegeven in tabel 4.4b, hebben we vooraf geen verwachtingen geuit. We presenteren de betreffende correlatiecoëfficiënten vanwege exploratieve redenen. Op het niveau van alle specialismen tezamen worden geen significante correlaties gevonden. Ook worden bij geen van de onderzochte groepen specialismen samenhangen geconstateerd tussen de mate waarin de door huisartsen verwezen patiënten worden opgenomen (opnameratio's) en hoe lang de patiënten van deze huisartsen in het ziekenhuis liggen (ligduurratio's). Dit resultaat geeft aan dat de beslissing tot opnemen door andere factoren bepaald wordt dan de beslissing over het tijdstip waarop de patiënt wordt ontslagen. Voor de groepen interne en heelkundige specialismen blijkt er een positieve samenhang tussen de mate waarin patiënten poliklinisch worden terugbesteld en de mate waarin ze worden opgenomen. Voor de interne specialismen en voor alle specialismen uitgezonderd oogheelkunde blijkt de mate waarin patiënten poliklinisch worden terugbesteld positief gerelateerd aan de ligduur.

Hoewel het moeilijk is te begrijpen, waarom de relaties bij sommige groepen specialismen wel gevonden worden en bij andere niet, blijken er aanwijzingen te zijn dat de door sommige huisartsen verwezen patiënten over de gehele linie (wat betreft terugbestellen op de polikliniek en opnemen dan wel de ligduur) meer tweedelijnszorg krijgen dan de door andere huisartsen verwezen patiënten. Voor zover verschillen in aanwezige morbiditeit en daaruit voortvloeiende behandelingsnoodzaak gebonden zijn aan leeftijd en geslacht, kunnen verschillen in morbiditeit tussen huisartspraktijken dit verschijnsel niet verklaren. We komen hier in de 'beschouwing' op terug.

Stap 5: Welke samenhang bestaat er tussen de parameters voor door de huisarts uitgevoerde continuïteitsinvloed en de bestudeerde kenmerken van de huisarts en diens praktijk?

Tabel 4.5 geeft een overzicht van de resultaten van de uitgevoerde covariantie-analyses. De onafhankelijke variabelen zijn: afstand tussen huisartspraktijk en dichtstbijzijnde ziekenhuis (ingevoerd als een factor met twee niveaus, gedichotomiseerd op de mediaan), de leeftijd van de huisarts (een factor met twee niveaus, gedichotomiseerd op de mediaan), samenwerkingsvorm (een factor die vanwege de celvulling onderscheiden is in twee klassen: solo-werkende huisartsen versus de rest), praktijkgrootte (een covariaat; het aantal in de praktijk ingeschreven patiënten), en de verwijratio (een covariaat). Deze onafhankelijke variabelen vertonen geen sterke onderlinge bi-variate samenhangen. De hoogste Pearson correlatie-coëfficiënt is .47 (17, p. 49 - 50).

Tabel 4.5: Verschil in herhaal-, opname- en ligduurratio's getoetst met covariantie-analyse. Alleen bij significante effecten ($\alpha = .05$) zijn bij onafhankelijke variabelen de gecorrigeerde gemiddelden en bij covariaten de beta's weergegeven.

specialismen	ratio	afstand	leeftijd huisarts		samenwerkingsvorm		praktijk-grootte	verwijs ratio	R ²
			≤ 40 jr. (n = 50) gem.	> 40 jr. (n = 47) gem.	solo (n = 44) gem.	samenwerkend (n = 53) gem.			
alle specialismen	herhaal	1.019	0.964	-	-	-	-	-	.13
	opname	-	-	-	-	-	-	-.49	.49
	ligduur	-	-	1.021	0.970	-	-	-	.09
alle specialismen uitgezonderd oogheekunde*	herhaal	1.082	0.937	-	-	0.974	1.049	-.11	.34
	opname	-	-	-	-	-	-	-.47	.52
	ligduur	1.025	0.936	1.023	0.968	-	-	-.12	.13
alle interne specialismen samen	herhaal	1.088	0.930	-	-	-	-	-	.20
	opname	-	-	-	-	-	-	-.25	.17
	ligduur	-	-	-	-	-	-	-.16	.06
alle heel- kundige specialismen samen	herhaal	-	-	-	-	-	-	-	.02
	opname	1.036	1.135	-	-	-	-	-.72	.54
	ligduur	-	-	-	-	-	-	-	.04

* In de verwijfsratio voor alle specialismen hebben de verwijzingen naar oogheekunde een betrekkelijk groot aandeel, omdat iets minder dan een kwart van alle verwijzingen betrekking heeft op het specialisme oogheekunde. Omdat er bij het specialisme oogheekunde weinig poliklinische herhaalconsulten, weinig opnamen en weinig ligdagen zijn, is het voor de bestudering van de verschillen in herhaal-, opname- en ligduurratio's vooral van belang om de relatie met de verwijfsratio's voor 'alle specialismen exclusief oogheekunde' te bezien. Voor de volledigheid zijn echter beide analysemogelijkheden gepresenteerd.

Met de onderzochte onafhankelijke variabelen blijkt de meeste variantie te kunnen worden verklaard in de opnameratio's, veel meer dan in de herhaal- en met name de ligduurratio's. Voor een belangrijk deel blijkt dit verschil in hoeveelheid verklaarde variantie voort te komen uit de sterk negatieve relaties tussen de verwijs- en opnameratio's, die we ook al bespraken bij stap 4. Van de overige onafhankelijke variabelen (exclusief de verwijsratio) vinden we het meeste effect van 'afstand'. Daarbij zien we bij een aantal groepen specialismen een negatieve relatie die inhoudt: hoe groter de afstand tussen de huisartspraktijk en het ziekenhuis, des te minder vaak patiënten worden terugbesteld op de polikliniek. Het betreft respectievelijk: alle specialismen tezamen, waar bij afstanden van 12 kilometer en meer gemiddeld 5.5% ($= 1.019 - 0.964$) minder wordt terugbesteld dan bij kleinere afstanden; alle specialismen uitgezonderd oogheelkunde (verschil: 14.5%); en de groep interne specialismen (verschil: 15.8%). Bij alle specialismen uitgezonderd oogheelkunde vinden we een dergelijk effect van afstand ook voor de ligduur: bij afstanden van 12 kilometer en meer zijn er gemiddeld 8.9% minder ligdagen dan bij kleinere afstanden. In tegenstelling tot de voorafgaande resultaten zien we dat bij grotere afstand juist meer tweedelijnszorg wordt verstrekt bij de heelkundige specialismen. Daar blijken bij grotere afstand juist méér opnamen plaats te vinden (verschil: 9.9%). We komen hier in de beschouwing op terug.

Met betrekking tot de leeftijd van de huisarts blijkt dat de patiënten van huisartsen van 40 jaar en ouder over alle specialismen tezamen 5.1% ($= 1.021 - 0.970$) minder dagen in het ziekenhuis liggen dan de patiënten van hun jongere collega's. Over alle specialismen uitgezonderd oogheelkunde bezien bedraagt het verschil 5.5%. Dergelijke verschillen worden niet aangetroffen bij de groepen interne en heelkundige specialismen, dus dit verschil zal hoogstwaarschijnlijk verband houden met het specialisme psychiatrie. Dit is namelijk het belangrijkste specialisme dat geen deel uitmaakt van de groepen interne en heelkundige specialismen, terwijl het uiteraard wel in het totaal van alle specialismen al dan niet uitgezonderd oogheelkunde valt.

De samenwerkingsvorm (geoperationaliseerd als: de huisarts werkt al dan niet solo) blijkt van invloed op het terugbestellen van patiënten bij alle specialismen uitgezonderd oogheelkunde. De patiënten van samenwerkende huisartsen worden 7.5% ($= 0.974 - 1.049$) vaker terugbesteld dan die van hun solo werkende collega's.

Van de praktijkgrootte wordt geen enkel significant effect geconstateerd.

De verwijsratio heeft vooral een negatief (verlagend) effect op de mate waarin patiënten van huisartsen worden opgenomen. Dat geldt voor alle onderzochte groepen specialismen, maar het meest voor de heelkundige specialismen. De daar gevonden beta van $-.72$ kan als volgt worden geïnterpreteerd: bij een toename van het verwijscijfer met bijvoorbeeld 50%, worden 36% (namelijk $-.72 \times 50\%$) minder verwezen patiënten van een huisarts opgenomen. Behalve ten aanzien van het opnemen van patiënten constateren we bij sommige onderscheiden categorieën specialismen ook zwakkere negatieve effecten van de verwijsratio op het terugbestellen en de ligduur. Dat geldt bij de categorie 'alle specialismen uitgezonderd oogheelkunde' zowel voor het terugbestellen als de ligduur. Verder vinden we een dergelijk negatief effect bij alle interne specialismen uitsluitend voor de ligduur.

4.5 Beschouwing

We vatten eerst de essentie van dit hoofdstuk nogmaals kort samen.

De invloed van de huisarts op de specialist is onderscheiden in twee typen invloed: selectie- en continuïteitsinvloed. Selectie-invloed betreft het verwijfsbeleid: de mate waarin de huisarts patiënten zelf zorg verleent versus doorverwijst naar specialisten. Via het verwijzen van patiënten bepalen huisartsen in belangrijke mate de samenstelling van het patiëntenbestand van specialisten. Daarnaast hebben huisartsen zich bijvoorbeeld in hun taakomschrijving, zoals vastgesteld door de Landelijke Huisartsen Vereniging (5), en in de Standaard voor de verwijfsbrief, opgesteld door het Nederlands Huisartsen Genootschap (6), ten doel gesteld continuïteitsinvloed uit te oefenen op specialisten. De huisarts dient zorg te dragen voor de continuïteit van zorg en waakt ervoor dat patiënten niet langer dan nodig specialistische behandeling ontvangen. In de praktijk zullen huisartsen die actief zijn in het uitoefenen van continuïteitsinvloed tijd en energie investeren in de communicatie met specialisten. Daarnaast zullen huisartsen die continuïteitsinvloed hebben, in bepaalde gevallen zorg verlenen die de vroegtijdige beëindiging van specialistische zorg moet helpen opvangen (substitutie). Deze studie is opgezet om het fenomeen continuïteitsinvloed (in de zin van het toezien op een zo snel mogelijke terugverwijzing van patiënten door specialisten naar de huisarts) nader te exploreren: zijn er aanwijzingen dat (sommige) huisartsen dergelijke invloed daadwerkelijk uitoefenen? Er is gebruik gemaakt van de ziekenfondsgegevens over de hoeveelheid tweedelijnszorg verleend aan de patiënten van een groep van 97 huisartsen.

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is als volgt geredeneerd: als continuïteitsinvloed bestaat, moet zich dat uiten in bepaalde kenmerken van de ziekenfondsgegevens. De analyse bestaat uit een aantal stappen die samen aanwijzingen kunnen opleveren over de waarschijnlijkheid dat bepaalde huisartsen continuïteitsinvloed uitoefenen op specialisten. De uitwerking ervan begint met het zichtbaar maken van de tweedelijnszorgproductie per huisartspraktijk, waarbij wordt gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht van patiënten als indicatoren voor de 'objectieve behandelingsnoodzaak'. Het doel is de bestudeerde huisartspraktijken als het ware gelijk te schakelen wat betreft de noodzaak tot verwijzen en verder om eveneens de groepen verwezen patiënten van verschillende huisartsen gelijk te schakelen wat betreft de benodigde hoeveelheid tweedelijnszorg (in termen van aantal keren terugbestellen op de polikliniek, de mate waarin patiënten worden opgenomen, en de ligduur per opname).

We zullen nu achtereenvolgens de aanwijzingen die vóór respectievelijk tegen het uitoefenen van continuïteitsinvloed gevonden zijn op een rij zetten.

Op grond van de onderzoeksresultaten zijn de volgende *aanwijzingen vóór continuïteitsinvloed* gevonden:

Allereerst zijn er aanwijzingen dat er in de hoeveelheid verleende tweedelijnszorg variatie aanwezig is die gekoppeld is aan de huisarts of diens praktijk (die mogelijk herleidbaar is op uitgeoefende continuïteitsinvloed). De variatie tussen huisartsen in de hoeveelheid zorg die hun patiënten ontvangen in de tweedelijns (poliklinisch terugbestellen, opnamen en ligduur) wordt namelijk nauwelijks kleiner², als we corrigeren voor de verschillen in

behandelingsnoodzaak, zoals die tot uitdrukking komt in de leeftijds-geslachtssamenstelling van de groep patiënten die huisartsen voor behandeling in de tweedelijns selecteren.

Een voor de hand liggende verklaring voor het bovenstaande resultaat is, dat de variatie tussen huisartsen die na correctie blijft bestaan in feite variatie tussen specialisten is. Sommige huisartsen verwijzen namelijk naar specialisten die geneigd zijn meer zorg per patiënt te verlenen dan anderen. Uit de resultaten blijkt echter dat aanzienlijke verschillen blijven bestaan, als we de variatie tussen huisartsen bezien die hun patiënten naar dezelfde specialisten-associatie (in casu: internisten-associatie) verwijzen. Daarmee is de 'factor' specialist zoveel mogelijk constant gehouden. Bovendien zijn er ook aanzienlijke verschillen tussen huisartsen in de verleende hoeveelheid tweedelijnszorg over alle specialisten naar wie patiënten verwezen worden gezamenlijk. Daarmee vallen waarschijnlijk de verschillen tussen relatief veel respectievelijk weinig zorg verlenende specialisten tegen elkaar weg.

Uit de relaties tussen onderzochte kenmerken van huisartsen en hun praktijken enerzijds en de hoeveelheid aan hun verwezen patiënten verleende tweedelijnszorg anderzijds blijken in beperkte mate positieve aanwijzingen af te leiden voor het feit dat sommige huisartsen continuïteitsinvloed uitoefenen: de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis heeft in veel gevallen het verwachte negatieve effect³ op de parameters voor uitgeoefende continuïteitsinvloed: hoe groter de afstand, hoe geringer de hoeveelheid verleende tweedelijnszorg (een relatie die zich overigens wel via het concept van continuïteitsinvloed laat verklaren, maar waar ook/mede andere, via de patiënt verlopende mechanismen aan ten grondslag zouden kunnen liggen: bijvoorbeeld patiënten die verder van het ziekenhuis wonen dringen meer bij de behandelend specialisten aan op vroegtijdig ontslag, omdat de afstand bij poliklinische behandeling voor henzelf en bij klinische behandeling voor degenen die hen bezoeken bezwaarlijker is). Conform de verwachting blijken de patiënten van oudere huisartsen in een aantal opzichten minder tweedelijnszorg te ontvangen dan de patiënten van jongere collega's.

Tenslotte is er een onderzoeksresultaat, ten aanzien waarvan we vooraf geen verwachtingen hebben geformuleerd, dat mogelijk een aanwijzing is voor het feit dat sommige huisartsen door het beeld dat specialisten van hen hebben meer continuïteitsinvloed kunnen uitoefenen. We constateerden namelijk naar aanleiding van tabel 4.4b, dat de verwezen patiënten van sommige huisartsen bij bepaalde groepen specialisten over de hele linie (zowel wat betreft het terugbestellen op de polikliniek als het opnemen dan wel de ligduur) meer tweedelijnszorg van specialisten ontvangen dan de verwezen patiënten van andere huisartsen. Mogelijk speelt hierbij een rol dat specialisten bij bepaalde huisartsen er minder op vertrouwen, dat zij in staat zijn patiënten de benodigde zorg te bieden in de eerstelijns. Daarom nemen zij de patiënten die deze huisartsen verwijzen vaker op, bestellen ze hen vaker terug op de polikliniek, en ontslaan zij opgenomen patiënten op een later tijdstip (met als gevolg een langere ligduur). Als deze verklaring opgaat, is het vertrouwen dat een specialist in de bekwaamheid van een huisarts stelt een belangrijke factor bij de mate waarin een huisarts er in slaagt naar deze specialist verwezen patiënten snel terugverwezen te krijgen naar de eerstelijns (dus continuïteitsinvloed weet uit te oefenen).

Welke zijn de belangrijkste *onderzoeksresultaten die aanwijzingen opleveren* voor de veronderstelling dat huisartsen geen continuïteitsinvloed uitoefenen *of die daar juist tegen pleiten?*:

Tegen continuïteitsinvloed pleiten vooral een deel van de resultaten op één belangrijke stap in de gehanteerde redenering. Verwijzend naar Dopheide (14) en De Melker (7) veronderstelden we dat de actieve houding die zowel het uitoefenen van selectie-invloed als het uitoefenen van continuïteitsinvloed van huisartsen vraagt, zou resulteren in een positieve samenhang tussen de parameter waarin selectie-invloed tot uitdrukking komt (de verwijratio) en de parameters waarin de impact van continuïteitsinvloed verdisconteerd is (de herhaal-, opname- en ligduurratio). In de praktijk vonden we deze positieve relatie niet. Bij het poliklinisch terugbestellen en de ligduur werden in de bi-variate correlatie-analyses (tabel 4.4) geen significante verbanden met de selectie-invloed parameters geconstateerd. Bij multivariate analyse (tabel 4.5) blijken deze verbanden op een aantal aspecten van de tweedelijnszorg zwak negatief. Ten aanzien van het opnemen van patiënten vonden we het tegenovergestelde van wat werd verwacht: hoe meer een huisarts verwijst (gecorrigeerd voor de leeftijd en het geslacht van de patiënten in diens praktijk), hoe minder patiënten van deze huisarts worden opgenomen (gecorrigeerd voor de leeftijd en het geslacht van de verwezen patiënten)⁴. Deze relatie geldt voor alle onderzochte groepen specialismen, maar het sterkst voor de heekkundige specialismen. De interpretatie luidt dat specialisten in de meeste gevallen minder patiënten opnemen van de huisartsen die veel verwijzen. Ondanks de correctie voor leeftijd en geslacht, die de verschillen in behandelingsnoodzaak zou moeten wegnemen, betekent dit resultaat vermoedelijk dat specialisten minder patiënten opnemen van veel verwijzende huisartsen, omdat de noodzaak daartoe geringer is. In dit opzicht - het opnemen van patiënten - krijgt Pel (21) dan ook steun voor zijn veronderstelling dat ten onrechte verwezen patiënten snel terugstromen naar de eerstelijns. Hij zal echter eerder het poliklinisch terugbestellen in gedachten hebben gehad dan het opnemen van patiënten, maar zoals we boven zagen, vonden we nauwelijks dat de patiënten van veel verwijzende huisartsen minder vaak worden terugbesteld. Al met al geven onze onderzoeksresultaten met betrekking tot de relatie tussen de mate waarin huisartsen verwijzen en de hoeveelheid zorg die specialisten verstrekken aan verwezen patiënten de indruk dat de selectie-invloed van huisartsen veel belangrijker is dan hun continuïteitsinvloed.

De hierboven gegeven interpretatie van de gevonden negatieve samenhang tussen verwijs- en opnameratio's in termen van een geringere noodzaak tot opname bij de patiënten van veel verwijzende huisartsen is in zekere zin consistent met een ander resultaat: de negatieve relatie tussen verwijzen en opnemen is bij de interne specialismen minder sterk. Vergeleken met de heekkundige specialismen zal hier minder snel duidelijk zijn wat de patiënt mankeert en of opname nodig is, hetgeen bijvoorbeeld opnamen ter observatie kan uitlokken.

Interessant is ook dat de negatieve relatie, zoals reeds gezegd, wel gevonden wordt tussen verwijzen en opnemen, maar niet of nauwelijks tussen verwijzen en terugbestellen op de polikliniek, respectievelijk tussen verwijzen en de ligduur van opgenomen patiënten. Daar worden veelal niet significante verbanden geconstateerd. Waar het om de

relatie met de ligduur gaat, laat dit resultaat zich misschien verklaren, doordat bij patiënten zodra ze eenmaal in het ziekenhuis zijn opgenomen het betreffende vaste protocol van het ziekenhuis voor de betreffende behandeling wordt afgewerkt, dat met een gefixeerd minimum aantal ligdagen gepaard gaat. Dit fenomeen zal de variatie in ligduur tussen opgenomen patiënten en dus ook tussen de groepen opgenomen patiënten van verschillende huisartsen beperken. Bij de relatie tussen verwijzen en terugbestellen zou een rol kunnen spelen dat de poliklinische behandeling van de patiënten van veel verwijzende huisartsen voor een deel van die patiënten korter kan zijn, omdat de specialist al snel merkt dat er niets aan de hand is en dat de patiënt terug kan naar de eerstelijns. Voor een ander deel zal de specialist hier echter 'huisartsen-zorg' verlenen: zorg die minder verwijzende huisartsen hun patiënten zelf bieden. In combinatie met elkaar leiden deze twee mechanismen ertoe, dat over het totaal geen effect van de hoogte van het verwijzpercentage van de huisarts wordt waargenomen op de omvang van de verstrekte poliklinische behandeling. In het algemeen geldt echter dat de afwezigheid van significante verbanden zich moeilijk laat interpreteren, omdat die verbanden - hoewel ze werden verwacht - er niet zijn, hetgeen verschillende oorzaken kan hebben.

In de onderhavige opsomming van aanwijzingen in de onderzoeksresultaten, die niet in de richting van continuïteitsinvloed wijzen, zijn er nog bevindingen in verband met de variabelen samenwerkingsvorm en praktijkgrootte. We veronderstelden dat samenwerking tussen huisartsen zal bijdragen aan het beperken van de hoeveelheid verleende tweedelijnszorg. We constateerden echter veelal geen effect en in één geval (het terugbestellen bij alle specialismen uitgezonderd oogheelkunde gebeurt juist vaker bij patiënten van samenwerkende huisartsen) een niet al te sterk effect dat tegengesteld is aan de verwachting. De interpretatie van het laatste resultaat is niet direct voor de hand liggend. Verder verwachtten we van een toenemende praktijkgrootte een negatief effect op de hoeveelheid uitgeoefende continuïteitsinvloed (bij grotere praktijken is hier minder tijd voor). We vonden echter over de hele linie geen effect.

De onderhavige studie is erop gericht aan de hand van ziekenfondsgegevens inzicht te verkrijgen in door huisartsen aangewende continuïteitsinvloed. De studie volgt daarmee de lijn die ook de basis is van de studie van Mokkink ⁵ (13): ondanks de beperkingen die kleven aan ziekenfondsgegevens, is het mogelijk hieruit een beeld te verkrijgen van het handelen van huisartsen. Mokkink past dit toe op het verwijzen door huisartsen. Door ons wordt deze aanpak tevens toegepast op de hoeveelheid tweedelijnszorg (terugbestellen op de polikliniek, opnamen; ligduur) die verwezen patiënten van een bepaalde huisarts ontvangen. Essentieel is hierbij de ontwikkeling van parameters die de hoeveelheid aan verwezen patiënten verleende tweedelijnszorg per huisarts uitdrukken, die vergelijkbaar zijn tussen huisartsen in die zin dat verschillen niet toegeschreven kunnen worden aan verschillen in de ernst van de morbiditeit (en de daaruit voortvloeiende behandelingsnoodzaak) bij de groepen verwezen patiënten van verschillende huisartsen. De gevolgde aanpak via indirecte standaardisatie op leeftijd en geslacht lijkt op voorhand acceptabel bij grotere aantallen patiënten. Vandaar dat uitsluitend cijfers worden gepresenteerd over groepen specialismen. De doeltreffendheid van deze methode is aan twijfel onderhevig als gevolg van de negatieve relatie die gevonden wordt tussen de mate

waarin huisartsen verwijzen en de mate waarin specialisten de verwezen patiënten van huisartsen opnemen: we vonden minder opnamen bij huisartsen die meer verwijzen. De meest waarschijnlijke verklaring voor dit resultaat is immers, dat specialisten minder vaak de noodzaak zien tot opnemen bij de patiënten van de relatief veel verwijzende huisartsen. Via leeftijd en geslacht van de verwezen patiënten kan blijkbaar niet volledig voor de verschillen in de noodzaak tot opname worden gecorrigeerd. Zoals we eerder in deze beschouwing deden, kunnen we daarnaast uit het genoemde resultaat concluderen dat huisartsen veel meer via de selectie van patiënten voor tweedelijsbehandeling bepalen wat er in de tweedelijs met deze patiënten gebeurt (bij verwijzing van meer patiënten met lichte aandoeningen worden deze minder vaak opgenomen) dan via de continuïteitsinvloed die huisartsen daarna meer direct op specialisten uitoefenen.

De balans opmakend van de verkregen onderzoeksresultaten kunnen we stellen, dat de bestudeerde ziekenfondsgegevens kenmerken vertonen die mogelijk, maar niet noodzakelijk kunnen worden toegeschreven aan het uitoefenen van continuïteitsinvloed (zie boven). Wat hier ook van zij, er zijn verder aanwijzingen dat de selectie-invloed van huisartsen veel belangrijker is dan hun continuïteitsinvloed. De vrij zwakke aanwijzingen voor het bestaan van continuïteitsinvloed zijn in overeenstemming met de resultaten van andere onderzoeken, waaruit evenmin blijkt dat huisartsen erg actief zijn om betrokken te blijven bij de behandeling van verwezen patiënten. Zo is er het onderzoek naar de inhoud van verwijsbrieven, waaruit blijkt dat huisartsen slechts zelden een vraagstelling hanteren waarin de specialist expliciet verzocht wordt de behandeling niet over te nemen (22, 23). Verder is in dit verband de constatering van Sixma (24) interessant dat in Almere 83% van de verlengings-verwijskaarten (vervolgverwijzingen na afloop van de geldigheid van de vorige verwijskaart) wordt afgegeven door de assistente; slechts 15% wordt afgegeven na telefonisch of persoonlijk contact tussen huisarts en patiënt. Dit suggereert een betrekkelijk geringe betrokkenheid van huisartsen bij het beperken van de hoeveelheid tweedelijszorg.

Om met meer zekerheid dan alleen op basis van de hier beschikbare ziekenfondsgegevens mogelijk, is te kunnen concluderen dat huisartsen slechts in beperkte mate continuïteitsinvloed uitoefenen of trachten uit te oefenen, is het nodig om onderbouwingen van deze conclusie te verkrijgen via directe waarneming van hun gedrag inzake de continuïteitsinvloed. We zullen de via dergelijke observaties verkregen inzichten in latere hoofdstukken beschrijven. Allereerst gaan we in hoofdstuk 6 in op de procedurevoorstellen die huisartsen in hun verwijsbrieven doen aan specialisten met betrekking tot de behandeling in de tweedelijs (continuïteitsinvloed via de verwijsbrief). Op zichzelf genomen is dit niet nieuw (22, 23), maar we zullen tevens de reacties van specialisten op deze procedurevoorstellen inventariseren, en dat laatste is niet eerder gedaan. Ten tweede zullen we in hoofdstuk 7 inventariseren, in welke mate huisartsen overleg hebben met specialisten over de intramurale ziekenhuisbehandeling van patiënten (continuïteitsinvloed op de intramurale behandeling via mondeling overleg).

Eindnoten

1. De onderzoeksgegevens hebben betrekking op 97 huisarts-medewerkers van één middelgroot ziekenfonds en stammen uit 1981/1982. Deze gegevens worden gebruikt om bepaalde relaties tussen variabelen te exploreren, die het al dan niet aannemelijk maken dat huisartsen continuïteitsinvloed uitoefenen bij de tweedelijsbehandeling van ziekenfondspatiënten (vergelijk paragraaf 4.2). De gegevens zijn uiteraard niet zonder meer als representatief te beschouwen voor alle Nederlandse huisartsen, maar dit is bij het bestuderen van relaties tussen variabelen ook minder van belang, ervan uitgaande dat de variatie in huisartsen-kenmerken die bij de bestudeerde groep huisartsen aanwezig is niet te zeer afwijkt van die in de populatie. Verder geldt de vraag, of conclusies op basis van gegevens uit het begin van de tachtiger jaren nu nog zonder meer geldig zijn. Vanuit voorwetenschappelijke kennis lijkt het verantwoord te generaliseren naar het heden. De voor de bestudering van continuïteitsinvloed waarschijnlijk belangrijkste verandering in het systeem, de toename van het aantal particuliere patiënten, bleek in hoofdstuk 3 in elk geval geen duidelijk effect te hebben op de aandacht voor dit onderwerp in de literatuur.
2. Terzijde zij vermeld, dat de gevonden dalingen in de variatie-coëfficiënten ten gevolge van de standaardisatieprocedure van maximaal 3% bij het verwijzen in dezelfde orde van grootte liggen als de 4% die Roland e.a. (11, p. 99) in hun Engelse studie vonden. Aansluitend willen we hierbij de kanttekening maken, dat de effecten van standaardisatie op de samenstelling van patiëntengroepen naar leeftijd en geslacht in werkelijkheid veel kleiner zijn dan algemeen wordt verondersteld. Geslacht en vooral leeftijd hebben weliswaar behoorlijk sterke effecten op parameters voor de mate waarin wordt verwezen en verdere zorg verleend wordt in de tweedelij (zie figuur 4.1), maar op het niveau van de huisartspraktijk vallen deze effecten in verschillende leeftijds-geslachtscategoriën klaarblijkelijk in belangrijke mate tegen elkaar weg. Dat blijkt uit de genoemde geringe daling in de variatie, maar ook uit de in de resultatensectie geconstateerde hoge correlaties tussen gestandaardiseerde en ongestandaardiseerde parameters. Algemeen is men geneigd de resultaten van analyses met ongestandaardiseerde cijfers zeer kritisch te bezien, terwijl gestandaardiseerde en ongestandaardiseerde cijfers sterk overeenkomen.
3. Een uitzondering op deze regel wordt geconstateerd bij de heelkundige specialismen, waar bij een grotere afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis niet minder, maar juist meer opnamen plaats vinden. Het is niet direct duidelijk waarom heelkundige specialismen hier een afwijkende positie innemen, maar mogelijk speelt een rol dat de afstand hier een reden is voor specialisten om de zaak niet langer aan te kijken en voor de veiligheid snel over te gaan tot opname (bijvoorbeeld bij een 'acute buik', een bevalling, of een ernstige epistaxis).
4. De negatieve relatie tussen de mate waarin een huisarts patiënten verwijst en de mate waarin deze verwezen patiënten worden opgenomen wordt overigens ook door Mokkink (13) gevonden. Hij heeft tevens de samenhang bestudeerd tussen het aantal uitgeschreven verwijfskaarten per 1000 ingeschreven patiënten en het aantal opnamen per 1000 *ingeschreven* patiënten (dus het aantal opnamen niet betrokken op de verwezen patiënten, maar op de gehele ziekenfondspraktijk). Deze samenhang is niet negatief, maar juist positief met Pearson correlatie-coëfficiënten tussen .31 en .73 voor de verschillende specialismen (13, p. 112). Anders geformuleerd: naarmate een huisarts meer patiënten verwijst, nemen specialisten ook meer patiënten uit deze *huisartspraktijk* op (de 'positieve relatie'); wordt echter niet de praktijk, maar de omvang van de groep verwezen patiënten als noemer gehanteerd, dan geldt dat minder patiënten worden opgenomen (de 'negatieve relatie'). Coulter e.a. (25) vinden in hun Engelse studie eveneens de 'positieve relatie' en concluderen dat dit eraan doet twijfelen of 'veel verwijzen' een teken is van veel 'onnodig verwijzen' (25, p.273). Ons inziens wijst wat hierboven is aangeduid als de 'negatieve relatie' er echter wel op dat huisartsen die relatief veel verwijzen meer onnodig verwijzen (specialisten zien althans minder vaak aanleiding tot opname). Het aantal opnamen per 1000 verwijfskaarten kan beschouwd worden als een indicatie voor de 'gerichtheid' van de verwijzing (een term ontleend aan De Melker (7)), zoals ook door andere auteurs (16, p. 44; 26, p. 610) is opgemerkt. De constatering dat van de verwezen patiënten er minder worden opgenomen naarmate een huisarts meer verwijst is in tegenspraak met de vaak geciteerde conclusie van Bakwins Amerikaanse studie uit

1945 (27) dat de selectie van patiënten voor tonsillectomie in hoofdzaak afhangt van beslissingen van de specialist en niet van de gezondheidstoestand van een kind. Hij baseert dat op het onderzoeksresultaat dat specialisten in een eerste ronde ongeveer 45% van een groep kinderen voor tonsillectomie selecteerden; van de niet-geselecteerde kinderen werd in een tweede ronde wederom 45% geselecteerd; en in een derde ronde werd nog eens een zelfde percentage aangewezen.

5. Vermeld zij, dat de resultaten van deze studie - voor zover ze vergelijkbaar zijn - sterk overeenkomen met die van Mekkink (13). Enkele voorbeelden: de gevonden hoge correlaties tussen bruto verwijscijfers en de voor leeftijd en geslacht gecorrigeerde parameters (13, p. 169), de in het algemeen geldende negatieve samenhang tussen de hoogte van het verwijscijfer en de mate waarin verwezen patiënten worden opgenomen die bij interne geneeskunde minder sterk blijkt (13, p. 112). Verschillend in resultaat tussen beide studies is dat Mekkink een duidelijk negatieve relatie vindt tussen de hoogte van het verwijscijfer en het aantal poliklinische verrichtingen bij het afzonderlijke specialisme chirurgie, terwijl hij bij het afzonderlijke specialisme interne geneeskunde een positieve relatie vindt (13, p. 112 en p. 131). Over de groepen interne en heelkundige specialismen als geheel vinden we hier geen significante verbanden tussen verwijzen en de omvang van de poliklinische behandeling. Daarbij zij aangetekend dat in deze studie het aantal door de specialist uitgeschreven herhalingskaarten, en niet - zoals bij Mekkink - het aantal afzonderlijk gedeclareerde verrichtingen, als maat is gehanteerd. Voor interne geneeskunde is het aantal herhalingskaarten wellicht een betere maat dan het aantal gedeclareerde verrichtingen, omdat daar minder afzonderlijke verrichtingen gedeclareerd worden. Voor chirurgie geldt dit niet.

Literatuur

1. KROL, L.J. De consument als leidend voorwerp in de gezondheidszorg. Onderzoek naar de achtergronden van verwijzingen naar de kinderarts. Dissertatie. Amsterdam 1985
2. GLOERICH, A.B.M. & J. VAN DER ZEE. Verwijzen door de huisarts naar de tweede lijn. NIVEL, Utrecht. Te verschijnen in 1991
3. KOLKMAN, H.H.E. & P.C.H. VAN DER VOORT. Samenwerking huisarts-specialist. Onderzoek in Zeist. Med Contact 40 (1985) 1065-1067
4. MIDDEL, R. & T.R. ZIJLSTRA. Wat vinden huisartsen van een ziekenhuis? Med Contact 41 (1986) 49-51
5. LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING. Het Basistakenpakket van de huisarts. Landelijke Huisartsen Vereniging Vademecum, Utrecht 1987
6. NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP. De verwijsbrief naar de tweede lijn [O01 Standaard]. Huisarts en Wetenschap 32 (1989) 102-105
7. MELKER, R.A. DE. Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin. Dekker & van de Vegt, Nijmegen 1973
8. MELKER, R.A. DE. Beterschap door beter beleid. Dekker & van de Vegt, Nijmegen 1975
9. JACOBS, H.M., F.W.M.M. TOUW-OTTEN & R.A. DE MELKER. Taakopvatting en ziekenhuisbezoek: de invloed van de taakopvatting van de huisarts op de frequentie waarmee hij zijn ziekenhuispatiënten bezoekt. Huisarts en Wetenschap 22 (1979) 226-234
10. HOOGEN, H.J.M. VAN DER, F.J.A. HUYGEN, J.W.G. SCHELLEKENS, J.M. STRAAT & H.G.M. VAN DER VELDEN. Morbidity figures from general practice. Data from four general practices 1972-1982. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen 1985
11. ROLAND, M.O., J. BARTHOLOMEV, D.C. MORRELL, A. McDERMOTT & A. PAUL. Understanding hospital referral rates: a user's guide. Br Med J 301 (1990) 98-102
12. VLIET, R.C.J.A. VAN. Risico-selectie en globale normuitkeringen: een kwantificering. T Soc Gezondheidsz 68 (1990) 489-496
13. MOKKINK, H.G.A. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen 1986
14. DOPHEIDE, J.P. Verwijzingen door de huisarts. Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht 1982
15. WIJKEL, D. Samenwerken en verwijzen (deel I): praktijkvorm en productiecijfers. Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht 1983
16. KERSTEN, D. De invloed van de huisarts na de verwijskaart. Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht 1984
17. KERSTEN, T.J.J.M.T. Invloed van de huisarts op de omvang van de specialistische behandeling. NIVEL, Utrecht 1987

18. KERSTEN, T.J.J.M.T. Wederzijdse beïnvloeding huisarts-specialist. *Med Contact* 43 (1988) 849-851
19. KERSTEN, D. & J.P. DOPHEIDE. Invloed van de huisarts in de tweedelij. *Med Contact* (1984) 1579-1582
20. MAAS, P.J. VAN DER & J.D.F. HABBEMA. Standaardiseren van ziekte- en sterftecijfers: mogelijkheden en beperkingen. *T Soc Geneesk* 59 (1981) 259
21. PEL, J.Z.S. Over de invloed van de huisarts op het verwijzpercentage. *Med Contact* 30 (1975) 988-990
22. KUYVENHOVEN, M.M., R.A. DE MELKER. Verwijzen naar interne en chirurgische specialismen. *Huisarts en Wetenschap* 29 (1986) 365-368
23. BREMER, G.J. Een onderzoek van verwijzbriefven. *Huisarts en Wetenschap* 32 (1989) 100-101
24. SIXMA, H. Contacten en verwijzingen bij de Almeerse huisartsen. Project evaluatie gezondheidszorg Almere, nr. 4. NIVEL, Utrecht 1986.
25. COULTER, A., V. SEAGROATT & K. McPHERSON. Relation between general practices' outpatient referral rates and rates of elective admission to hospital. *Br Med J* 301 (1990) 273-276
26. KERKHOFF, A.H.M. & G.A. ZIELHUIS. Kunnen gegevens over verwijzen en opnamen bijdragen aan de samenwerking tussen huisarts en specialist? *T Soc Gezondheidsz* 63 (1985) 610-614
27. BAKWIN, H. Pseudodoxia *Pediatrica*. *The New England Journal of Medicine* 232 (1945) 691-697

5. Hoe percipiëren huisartsen en specialisten (neurologen) de invloed van de huisartsen in de tweedelijns?*

Samenvatting

Vanuit het streven naar integrale, continue zorg dient de huisarts invloed uit te oefenen op het verloop, de aard en de omvang van de behandeling van verwezen patiënten in de tweedelijns, zo luidt het officiële standpunt van de beroepsgroep. In deze studie gaan we na, in hoeverre individuele huisartsen van mening zijn dat zij dergelijke invloed uitoefenen. Tevens bestuderen we, in hoeverre een categorie specialisten, neurologen, deze invloed van huisartsen percipieert. De resultaten geven inzicht in mogelijke discrepanties tussen het streven van de beroepsgroep huisartsen en de dagelijkse praktijk, zoals die door artsen in eerste- en tweedelijns wordt waargenomen.

Een a-selecte steekproef van 500 huisartsen (respons 55%) en alle 584 klinisch werkzame leden van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (respons 53%) werden geënquêteerd. De resultaten wijzen uit dat slechts 21% van huisartsen zowel als neurologen vindt dat huisartsen (helemaal) geen invloed uitoefenen op wat er met hun patiënten gebeurt in de tweedelijns. Bij doorvragen naar specifieke aspecten (duur/aard van de poliklinische/klinische behandeling), blijken er echter over de hele linie significante verschillen tussen huisartsen en neurologen, in die zin dat huisartsen positiever denken over hun invloed dan neurologen. Verder komt naar voren dat huisartsen menen vooral de duur - met name van de poliklinische behandeling - en niet zozeer de aard van de tweedelijnsbehandeling van hun patiënten te beïnvloeden. Neurologen maken primair onderscheid tussen het poliklinische traject - waar zij relatief nog de meeste invloed voor de huisarts zien - en het klinische traject.

5.1 Inleiding

Sinds de conferentie in Woudschoten in 1959 (1) streven huisartsen naar continue zorg. Dit impliceert dat huisartsen een eigen verantwoordelijkheid voor de bij hen ingeschreven patiënten behouden, als andere deskundigen - in het bijzonder medisch specialisten - worden ingeschakeld bij de behandeling van de patiënt (2, 3). Deze verantwoordelijkheid van huisartsen impliceert het volgen en eventueel beïnvloeden van de tweedelijnsbehandeling van hun patiënten. In het 'Basistakenpakket van de huisarts' (4) is men daarover expliciet:

* Dit hoofdstuk is in een vrijwel ongewijzigde versie als artikel verschenen: T.J.J.M.T. Kersten, L.J. Stokx & E. Hackenitz. De invloed van de huisarts in de tweedelijns. Wat vinden huisartsen en specialisten (neurologen) ervan? Med Contact 46 (1991) 139-143

"Het inschakelen van een andere deskundige laat onverlet het feit dat de positie van de huisarts meebrengt dat hij een eigen verantwoordelijkheid voor de patiënt behoudt." En verder: "Het is de taak van de huisarts expliciet aandacht te geven aan de continuïteit van de hulpverlening, waarbij onder meer het ziekenhuisbezoek een aangewezen middel kan zijn. Toelichting: Bij verwijzing kan de huisarts aan de patiënt expliciet aangeven op welke wijze hij zich voorstelt de continuïteit van de hulpverlening te bewaken. Hierdoor kan hij voorkomen dat hij de patiënt uit het oog verliest. Vooral bij een verwijzing dient de huisarts rekening te houden met de duur hiervan. Voorkomen moet worden dat de patiënt onnodig lang specialistische, fysiotherapeutische of andere hulp krijgt".

In de lijn van het 'Basispakket' schrijft De Melker (5) dat huisartsen bij het ontslag van hun patiënten uit het ziekenhuis betrokken zouden moeten worden, omdat zij de gezins-situatie en de mogelijkheden thuis beter kennen. Hij noemt - qua beïnvloeding een stap verder - de mogelijkheid dat huisartsen er via hun bemoeienis met de specialistische behandeling toe bijdragen dat hun patiënten sneller kunnen worden ontslagen uit het ziekenhuis.

Beek, Van Eijk en Rutten (6) enquêteerden in 1982 huisartsen en specialisten over hun opvattingen met betrekking tot de gewenste taakafbakening tussen huisarts en specialist. Zij maakten daarbij gebruik van de door Dopheide (7) voor huisartsen ontworpen 'algemene taakopvattingsschaal' die zij in aangepaste vorm tevens voorlegden aan specialisten. De algemene taakopvattingsschaal meet de houding van huisartsen ten opzichte van 'het in eigen hand houden van de behandeling van patiënten' en ten opzichte van 'het zeggenschap houden over wat er met 'hun' patiënten in de tweedelijns gebeurt'. De items zijn daarbij zo geformuleerd, dat inzicht wordt verkregen in de wenselijke situatie: huisartsen/specialisten zouden zich aldus moeten opstellen. Beek c.s. (6) constateren dat de opvattingen van huisartsen en specialisten over de gewenste taakafbakening sterk uiteenlopen, met name op het punt van de bemoeienis van de huisarts met de tweedelijnsbehandeling: het taakgebied dat specialisten aan huisartsen toekennen is veel smaller dan hetgeen huisartsen voor zichzelf zien weggelegd.

Om meer gedetailleerd inzicht te krijgen in de wijze waarop specialisten aankijken tegen invloed van huisartsen op hun handelen hebben we in een eerder onderzoek (8) een beperkt aantal specialisten (drie internisten, twee chirurgen en één kinderarts) hierover geïnterviewd. Enkele van de specialisten bleken totaal geen invloed toe te kennen aan de huisarts, omdat naar hun opvatting de patiënt na verwijzing 'hun' patiënt is geworden. Andere geïnterviewde specialisten kennen echter huisartsen wel invloed toe in de tweedelijns; zij geven te kennen dat zij zich vanaf het moment dat de patiënt bij hen binnenstapt realiseren wie de huisarts van de betrokken patiënt is en 'hoe die het wil hebben'. Daarbij maken zij onderscheid tussen 'weinig gemotiveerde' huisartsen, die zoveel mogelijk van de zorg voor hun patiënten uit handen willen geven aan de specialist, en '(sterk) gemotiveerde' huisartsen, voor wie het tegenovergestelde geldt. Tot welke categorie een huisarts behoort, maakt de specialist op uit de verwijsbrief: "Een ongemotiveerde huisarts schrijft nooit een uitgebreide brief"; als de verwijsbrief duidelijk een procedurevoorstel bevat, gaat de specialist hierop door. Is echter alle basale informatie afwezig, dan stippelt de specialist zelf zijn koers uit, omdat de huisarts er blijkbaar van uitgaat dat de specialist de verdere gang van zaken bepaalt.

5.2 Vraagstelling

In deze studie houden we ons bezig met de vraag, hoe groot de invloed is die huisartsen naar hun mening feitelijk hebben op de behandeling van hun patiënten in de tweedelijns: hoe percipiëren zij hun invloed? Complementair daaraan zullen we nagaan in hoeverre de beïnvloede partij, de specialisten, de invloed van huisartsen waarneemt; om praktische redenen beperken we ons tot een bepaalde categorie specialisten: de neurologen.

In de tweedelijns is er uiteraard het onderscheid tussen klinische en poliklinische behandelingen. In verband met de invloed van de huisarts in de tweedelijns is het de vraag of deze invloed op klinische behandelingen even groot is als op poliklinische behandelingen. Vanuit de praktijk geredeneerd verdwijnt een patiënt bij opname toch meer uit het blikveld van de huisarts, al was het alleen maar omdat er geen 'tussentijdse' consulten op het spreekuur van de huisarts voorkomen. Bovendien zal in het geval van opname de geneeskundige behandeling als regel nog meer specifiek specialistische kennis vereisen, hetgeen een grotere psychologische barrière voor bemoeienis van de huisarts zal inhouden. Bij opname wordt de patiënt voor de duur van diens verblijf in de tweedelijns in nog sterkere mate 'de patiënt van de specialist'. Op grond hiervan verwachten we minder invloed van de huisarts op klinische dan op poliklinische behandelingen.

Verder vragen we ons af, of de huisarts meer invloed heeft op de 'duur' of op de 'aard' van de tweedelijnsbehandeling. In het 'Basistakenpakket' (4) wordt met name gesproken over het bewaken van de duur van de specialistische behandeling. Uit een oogpunt van continuïteit is echter eveneens bemoeienis met de aard van de behandeling gewenst, zoals ook te lezen is in de NHG-standaard ten aanzien van het doel van de verwijfsbrief (9). Hierin wordt als één van de drie doelen genoemd: "De huisarts invloed te laten uitoefenen op het verloop, de aard en de omvang van de verdere behandeling in de tweedelijns". Voor bemoeienis met de aard van de tweedelijnsbehandeling dient de huisarts zich verder op het domein van de specialist te begeven dan voor bemoeienis met de duur. Het laatste houdt bijvoorbeeld in dat de huisarts de internist verzoekt om diabetespatiënten, nadat zij zijn ingesteld, voor verdere controle terug te verwijzen naar de huisarts; met de wijze waarop de patiënt dient te worden ingesteld hoeft de huisarts zich niet in te laten. De onderzoeksvragen luiden:

- Wat is de mening van huisartsen en neurologen over de invloed die huisartsen in de tweedelijns hebben. Bestaan er verschillen tussen de meningen van deze beide groepen artsen?
- Hebben huisartsen meer invloed op de poliklinische dan op de klinische behandeling van hun patiënten en is hun invloed groter op de duur dan op de aard van de behandeling? Ook bij deze vraag worden de antwoorden aangaande de percepties van de relatieve grootte van de invloed zoals huisartsen en neurologen die hebben tegen elkaar afgezet.

5.3 Methode

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van een schriftelijke enquête onder een a-selecte steekproef van 500 Nederlandse huisartsen (de steekproef is getrokken met behulp van de Random Number Generator van Fortran 77, zonder teruglegging, uit het populatiebestand afkomstig van de Registratie Beroepen in de Eerstelijnsgezondheidszorg door het NIVEL). Verder zijn alle 584 klinisch werkzame neurologen/zenuwartsen die per 1 april 1989 stonden ingeschreven als lid van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie geënquêteerd. Met deze aandacht voor neurologen breiden we de kennis over de rolverdeling tussen eerste- en tweedelijns uit tot een in dit opzicht niet eerder onderzochte categorie specialisten: Rutten c.s., besteedden eerder aandacht aan dermatologen, chirurgen, internisten, gynaecologen en longartsen (10, 11, 12, 13, 14, 15). Hun algemene conclusie luidt, dat de meeste huisartsen een breder taakgebied claimen dan de meeste specialisten voor wenselijk houden en aansluitend zijn meer huisartsen dan specialisten voorstanders van een verschuiving van taken van de tweede- naar de eerstelijns.

Van de hier bestudeerde huisartsen retourneerden 275 hun enquête, zodat onder hen een responspercentage van 55% werd bereikt. Van de neurologen stuurden 311 personen hun enquête terug, zodat het responspercentage hier 53% bedraagt. Er is een non-responsanalyse verricht op beschikbare achtergrondkenmerken. Voor huisartsen betreft dat: geslacht, leeftijd, jaar van artseneexamen, huisartsenopleiding (ja/nee), universiteit van afstuderen, NHG-lidmaatschap (ja/nee), apotheekhoudend (ja/nee), praktijkvorm, provincie en urbanisatiegraad van de vestigingsgemeente. Voor neurologen gaat het om: geslacht, leeftijd, jaar van afstuderen als specialist, aantekening klinische neurofysiologie (ja/nee). De analyse gaf noch voor huisartsen, noch voor neurologen significante verschillen te zien tussen de responderende en niet-responderende groepen (Chi-kwadraat/t-testen, $p > .05$) (16).

Om de mening over de invloed van de huisarts in de tweedelijns te meten, zijn huisartsen en neurologen zes Likert-items met een vijf-punts antwoordschaal voorgelegd (zie tabel 5.1, resultatensectie). De eerste vier items hebben betrekking op de 'duur' en 'aard' van respectievelijk de poliklinische en klinische behandeling. Daarnaast zijn nog twee items voorgelegd. Item 5 is bedoeld om in algemene zin de invloed van de huisarts in de tweedelijns te peilen; hiermee willen we nagaan of de algemene mening van huisartsen en neurologen over de invloed van de huisarts in de tweedelijns afwijkt van hun mening over de invloed op specifieke aspecten van de tweedelijnsbehandeling. Item 6 heeft betrekking op de invloed van de huisarts op de beslissing tot ontslag van opgenomen patiënten. Zoals boven reeds vermeld, is De Melker (5) op dit punt expliciet over het belang van betrokkenheid van de huisarts. Wij vragen ons met name af hoe groot huisartsen hun invloed op de ontslagbeslissing inschatten, omdat de ontslagbeslissing uiteraard verband houdt met de duur van het verblijf in de kliniek (item 3), maar toch ook niet los gezien kan worden van inhoudelijke aspecten (de aard, item 4).

Om de verschillen in de omvang van de hoeveelheid invloed van de huisarts in de tweedelijns bij onderscheid naar poliklinisch versus klinisch en duur versus aard te kunnen bestuderen, is gebruik gemaakt van de Mokken-analyse (17). Daartoe zijn de antwoord-

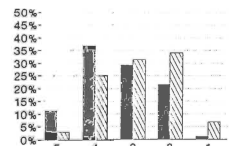
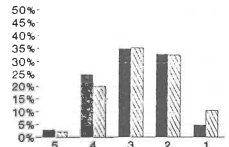
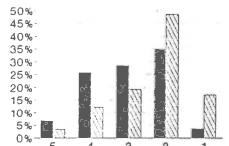
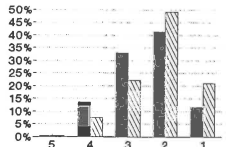
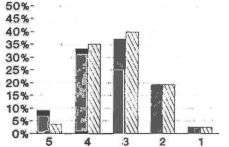
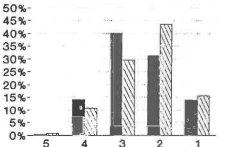
schalen van de desbetreffende vier items eerst gedichotomiseerd: 'helemaal eens' en 'eens' is samengenomen tegenover de rest van de antwoordmogelijkheden ('deels mee eens/deels mee oneens', 'mee oneens' en 'helemaal mee oneens'). Toetsing van de inpasbaarheid van de gedichotomiseerde items in een Mokken-schaal is daarbij als methode gehanteerd om na te gaan of de volgorde van de items die hieruit blijkt aansluit bij de veronderstelde grotere invloed van de huisarts op de poliklinische dan op de klinische behandeling en de grotere invloed op de duur dan de aard van de behandeling. Daarnaast biedt de Mokken-analyse de mogelijkheid een overall-maat voor de invloed van de huisarts in de tweedelij n te construeren. Deze maat bestaat in dit geval uit de somscore van de antwoorden op de vier gedichotomiseerde items. De minimum-som-score is 0, wat inhoudt dat de respondent het met geen van de vier items (helemaal) eens is. De maximum-som-score is 4, wat betekent dat de respondent het met alle items (helemaal) eens is. De Mokken-schaal staat toe om een somscore van 1 te interpreteren als: de kans is groot dat deze respondent het eens is met het 'gemakkelijkste' item (dat wil zeggen het item dat de meeste instemming vindt bij de artsen van zijn of haar categorie - huisartsen en neurologen). Een somscore van 4 mag worden geïnterpreteerd als: de kans is groot dat deze respondent het eens is met het 'moeilijkste' item (het item dat de minste instemming vindt en alle daaraan voorafgaande items). Analoo g gelden gelijksoortige interpretaties voor de tussenliggende waarden.

5.4 Resultaten

5.4.1 Meningen van huisartsen en neurologen

In tabel 5.1 geven we een overzicht van de meningen van huisartsen en neurologen over de invloed van de huisarts in de tweedelij n. Als de vraag in algemene bewoordingen gesteld wordt (item 5: 'Huisartsen oefenen invloed uit op wat er met hun patiënten gebeurt in de tweedelij n'), is 42% (9% + 33%) van de huisartsen en 39% (4% + 35%) van de neurologen het er (helemaal) mee eens, dat de huisarts invloed heeft in de tweedelij n. Daarnaast neemt 37% van de huisartsen en 40% van de neurologen een middenpositie in: zij zijn het er deels mee eens, deels mee oneens. In beide groepen is tenslotte 21% het er (helemaal) mee oneens dat de huisarts invloed heeft in de tweedelij n. Een aanzienlijk deel van zowel huisartsen als neurologen vindt dus dat huisartsen in meerdere of mindere mate invloed hebben in de tweedelij n. Bij een dergelijke algemene vraagstelling is er géén significant verschil tussen de mening van huisartsen en neurologen. Dat wordt echter geheel anders, als de vraagstelling meer wordt toegespitst en de mening over de invloed van de huisarts op specifieke aspecten van de tweedelij nsbehandeling wordt gevraagd. Dan oordelen huisartsen op alle onderdelen significant positiever over de invloed van de huisarts in de tweedelij n dan specialisten.

Tabel 5.1: Overzicht van de meningen van huisartsen (N=275) en neurologen (N=311) over de invloed van de huisarts in de tweede lijn en het verschil tussen beide groepen

Invloed van de huisarts op ...	verdeling van de antwoorden	gem. score huisartsen	gem. score neurologen	verschil huisartsen neurologen	t-waarde
	HUISARTSEN NEUROLOGEN				
1. Duur poliklinische behandeling 'Huisartsen houden in het oog dat hun patiënten niet langer dan nodig onder poliklinische behandeling blijven'		2.36	1.83	.53	6.45*
2. Aard poliklinische behandeling 'Huisartsen oefenen invloed uit op de poliklinische behandeling van hun patiënten'		1.88	1.71	.17	2.24*
3. Duur klinische behandeling 'Huisartsen houden in het oog dat hun patiënten niet langer dan nodig in het ziekenhuis opgenomen blijven'		1.97	1.36	.61	7.27*
4. Aard klinische behandeling 'Huisartsen oefenen invloed uit op de behandeling van hun in het ziekenhuis opgenomen patiënten'		1.49	1.17	.32	4.44*
5. Invloed algemeen 'Huisartsen oefenen invloed uit op wat er met hun patiënten gebeurt in de tweedelij'		2.28	2.18	.10	1.35
6. Ontslagbeslissing 'Huisartsen oefenen invloed uit op de beslissing tot ontslag van hun patiënten uit het ziekenhuis'		1.56	1.37	.19	2.74*
	Helemaal eens		Helemaal oneens		

* t-waarde is statistisch significant bij $p < .05$

5.4.2 Poliklinisch meer invloed dan klinisch en meer invloed op duur dan aard van de behandeling?

Alvorens we de uitgevoerde Mokken-analyse bespreken, willen we aan de hand van tabel 5.1 kort ingaan op de plaats van item 5 (invloed algemeen) en item 6 (invloed op ontslagbeslissing). Voor neurologen is de onderlinge afstand tussen het 'algemene' item en de 'specifieke' items aanzienlijk groter; waaraan neurologen hun 'algemene' relatief positieve mening ontleen wordt dan ook niet direct duidelijk uit de afzonderlijke aspecten.

Wat betreft de invloed van de huisarts op de ontslagbeslissing (item 6) blijkt dat huisartsen deze gemiddeld van dezelfde orde vinden als hun invloed op de aard van de klinische behandeling (item 4). Neurologen vinden de invloed van huisartsen op de ontslagbeslissing praktisch even groot als de invloed van huisartsen op de duur van de klinische behandeling (item 3).

De Mokken-analyse wijst uit (tabel 5.2) dat in de vier aspecten van de tweedelijnsbehandeling (duur/aard van de poliklinische respectievelijk klinische behandeling) inderdaad een vaste volgorde is te onderkennen van veel naar weinig invloed van de huisarts. Zowel voor de huisartsen als de voor de neurologen voldoen de vier items aan de voorwaarde die de Mokken-analyse aan een schaal stelt. De homogeniteitscoëfficiënt voor huisartsen is 0,63 en die voor neurologen 0,49; blijken dus beide ruim boven 0,3 te liggen, hetgeen algemeen wordt beschouwd als een indicatie voor een intern consistente schaal¹

(17).

De volgorde in de items van veel naar weinig waargenomen invloed is voor huisartsen wel anders dan voor neurologen. De verschillen zitten hierin dat huisartsen in de eerste plaats onderscheid maken tussen 'duur' en 'aard' waarbij ze de meeste invloed zien op 'duur'. Binnen het aspect 'duur' geldt echter wel dat men meer invloed ziet op de duur van de poliklinische dan op de duur van de klinische behandeling. Neurologen maken daarentegen primair het onderscheid 'poliklinisch' (waar de invloed groter is) tegenover 'klinisch'. Binnen deze hoofdcategorieën vinden zij echter de invloed van de huisarts op de duur van de behandeling wel groter dan op de aard van de behandeling.

Tabel 5.2: Volgorde in aspecten van de tweedelijsbehandeling naar de hoeveelheid invloed van de huisartsen in de tweede lijn, op grond van de meningen van huisartsen (N=275) en neurologen (N=311)

invloed van de huisarts op ...	percentage (helemaal) mee eens		volgorde voor	volgorde voor
	huisartsen	neurologen	huisartsen	neurologen
1. Duur poliklinische behandeling: 'Huisartsen houden in het oog dat hun patiënten niet langer dan nodig onder poliklinische behandeling blijven'	48	28	1	1
2. Aard poliklinische behandeling: 'Huisartsen oefenen invloed uit op de poliklinische behandeling van hun patiënten'	28	22	3	2
3. Duur klinische behandeling: 'Huisartsen houden in het oog dat hun patiënten niet langer dan nodig in het ziekenhuis opgenomen blijven'	33	15	2	3
4. Aard klinische behandeling: 'Huisartsen oefenen invloed uit op de behandeling van hun in het ziekenhuis opgenomen patiënten'	14	8	4	4

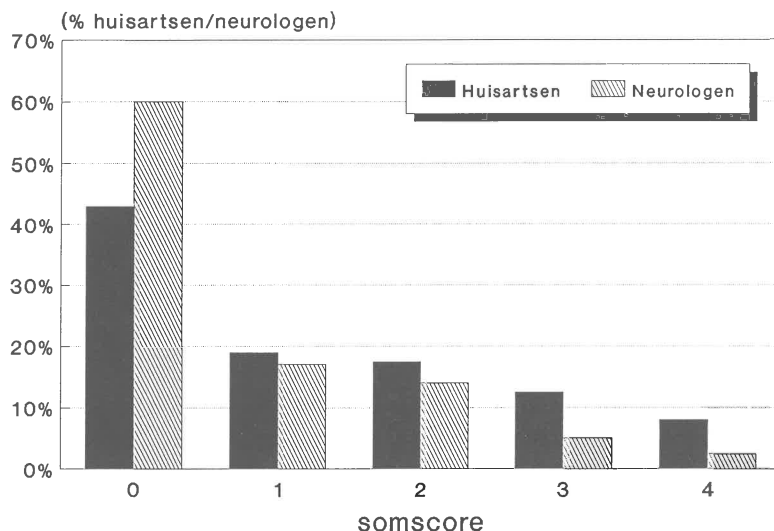
Mokken-analyse:

Homogeniteitscoëfficiënt voor huisartsen = 0.63

Homogeniteitscoëfficiënt voor neurologen = 0.49

In figuur 5.1 zijn de meningen van huisartsen en neurologen over de invloed van de huisarts in de tweedelij n nog eens samengevat in de verdeling van hun scores op de ontworpen Mokken-schaal 'gepercipieerde invloed van de huisarts in de tweedelij n'. Duidelijk is daar te zien dat het percentage neurologen dat zegt dat huisartsen geen invloed (=score 0) hebben op elk van de vier onderscheiden aspecten van de tweedelijsbehandeling veel groter is dan het percentage huisartsen dat deze mening is toegedaan. Voor de verschillende gradaties van invloed van de huisarts (scores 1 tot en met 4) scoren neurologen steeds lager dan huisartsen.

Figuur 5.1: Frequentieverdeling van de scores van huisartsen (N=275) en neurologen (N=311) op de Mokken-schaal, die hun mening over de invloed van de huisarts in de tweede lijn meet



gemiddelde score huisartsen
= 1,22; standaarddeviatie
huisartsen = 1,33

gemiddelde score neurologen
= 0,74; standaarddeviatie
neurologen = 1,07

5.5 Beschouwing

Slechts 21% van zowel de huisartsen als de neurologen is van mening dat huisartsen (helemaal) géén invloed uitoefenen op wat er met hun patiënten in de tweedelijns gebeurt. Dit geldt tenminste, als de vraag in algemene bewoordingen wordt gesteld. De overige huisartsen en neurologen zijn hierover in meerdere of mindere mate wél positief. Huisartsen en neurologen zijn het er dus met elkaar over eens, dat het domein van de huisarts zich uitstrekt tot in het ziekenhuis.

Bij doorvragen naar specifieke aspecten van de tweedelijnsbehandeling (duur/aard van de poliklinische/klinische behandeling) blijken er echter over de hele linie verschillen tussen huisartsen en neurologen, in die zin dat huisartsen de invloed van de huisarts groter inschatten dan neurologen. Voor verder onderzoek roept dit de interessante vraag op, waar neurologen hun algemeen redelijk positieve mening over de invloed van de

huisarts in de tweedelij n op baseren. Is het voor neurologen moeilijk toe te geven dat huisartsen invloed hebben op hun beslissingen zodra de vragen concreter worden? Of geven neurologen hier een juist beeld van de werkelijkheid: zijn huisartsen als het op concrete punten aankomt minder actief om invloed uit te oefenen in de tweedelij n dan zij zelf menen? Is het algemene positieve oordeel van huisartsen en neurologen met andere woorden niet meer dan een stereotype karakterisering van de positie van de huisarts?

Er blijkt een duidelijke volgorde aanwezig te zijn in de mate waarin huisartsen naar hun mening invloed hebben op de verschillende aspecten van de tweedelij nsbehandeling. Hetzelfde geldt voor de invloed die neurologen van huisartsen waarnemen. In de lij n van onze verwachtingen geldt zowel voor huisartsen als voor neurologen dat zij meer invloed van de huisarts zien op het poliklinische dan op het klinische traject en meer invloed op de duur van de behandeling dan op de aard van de behandeling. Toch is er een nuanceverschil tussen huisartsen en neurologen: huisartsen maken primair het onderscheid tussen duur en aard van de tweedelij nsbehandeling en zien daarbinnen als secundair verschil wel meer invloed van de huisarts op het poliklinische dan op het klinische traject. Neurologen echter maken primair onderscheid tussen het poliklinische traject - waar zij relatief nog de meeste invloed voor de huisarts zien - en het klinische traject. Het onderscheid tussen duur en aard is voor hen meer secundair. Misschien mogen we dit resultaat zo interpreteren, dat neurologen de nadruk leggen op het feit dat bij opname in het ziekenhuis de patiënt tijdelijk vrijwel helemaal 'hun' patiënt wordt, met de huisarts ergens op de achtergrond. Bij poliklinische behandeling is dit minder het geval en hebben zij meer oog voor hun consulterende functie voor de huisarts. Huisartsen daarentegen lijken te vinden, dat specialisten maar moeten beslissen langs welke weg zij voor de verwezen patiënt tot de gevraagde diagnose komen of hoe specialisten de door hen geschikt geachte behandeling uitvoeren (de aard van de specialistische behandeling). De huisarts kwam er immers met de patiënt op deze punten niet uit en heeft juist daarom verwezen, zo lijkt te gelden. Meer mogelijkheden zien huisartsen daarentegen om specialisten zo te beïnvloeden dat zij snel na het vaststellen van de diagnose of het uitvoeren van de behandeling de patiënt weer onder controle krijgen (de duur van de specialistische behandeling).

Eindnoten

1. Om van een schaal te kunnen spreken wordt de eis gesteld dat zowel de homogeniteitscoëfficiënten voor de afzonderlijke items (H_i) als de interne consistentie maat voor de schaal als geheel (H) groter zijn dan een bepaalde constante c . Als vuistregel stelt Mokken dat wanneer de H_i 's en de H groter zijn dan .50 er sprake is van een goede schaal; indien tussen de .40 en .50 van een matige schaal en indien tussen de .30 en .40 van een zwakke schaal. Onder de .30 wordt niet van een schaal gesproken (17).

De door ons gevonden H_i 's zijn:

	voor huisartsen:	specialisten
1. duur poliklinische behandeling	$H_i = .64$	$H_i = .45$
2. aard poliklinische behandeling	$H_i = .63$	$H_i = .55$
3. duur klinische behandeling	$H_i = .55$	$H_i = .42$
4. aard klinische behandeling	$H_i = .72$	$H_i = .49$

Op grond van de door ons gevonden H_i 's kan voor de huisartsen derhalve gesproken worden van een goede intern-consistente schaal en voor de neurologen van een matig intern-consistente schaal.

Ook voldoen de beide schalen aan de door Mokken gestelde eis dat de schaal een dubbel-monotoon karakter moet hebben

Literatuur

1. VROEGE, N.H. Het Woudschotenrapport. Huisarts en Wetenschap 9 (1966) 372-385
2. BUMA, J.T. Opvattingen over huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wetenschap 24 (1981) 332-335
3. BUMA, J.T. De identiteit van de huisartsgeneeskunde. In: J.T. Buma, R. Grol, H. van der Velden, Th. Voorn (red). Huisartsgeneeskunde voor en na 1984. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen (1984) 11-32
4. LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING. Het Basistakenpakket van de huisarts. Landelijke Huisartsen Vereniging Vademecum, Utrecht 1987.
5. MELKER, R.A. DE. Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin. Dekker & van de Vegt, Nijmegen 1973
6. BEEK, M., J. VAN EIJK & G. RUTTEN. Huisartsen en specialisten en hun onderlinge taakafbakening. Med Contact 39 (1984) 1247-1251
7. DOPHEIDE, J.P. Verwijzingen door de huisarts: enkele determinanten van het verwijscijfer van solo-huisartsen op het platteland en in forensengemeenten. Gezondheid & Samenleving 3 (1982) 141-151
8. KERSTEN, T.J.J.M.T. Wederzijdse beïnvloeding huisarts-specialist. Med Contact 43 (1988) 849-851
9. NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP. De verwijfsbrief naar de tweede lijn [Standaard O01]. Huisarts en Wetenschap 32 (1989) 102-105
10. BEEK, M., J. VAN EIJK & G. RUTTEN. Verschuivingen van eerste naar tweede lijn? Opvattingen van huisartsen en specialisten. Med Contact 40 (1985) 299-302
11. RUTTEN, G., J. VAN EIJK & M. BEEK. Huisarts, huidarts of patiënt? Med Contact 40 (1985) 325-326
12. RUTTEN, G., M. BEEK & J. VAN EIJK. Kleine chirurgie: door wie? Med Contact 40 (1985) 367-368
13. RUTTEN, G., J. VAN EIJK & M. BEEK. Controles bij diabetes mellitus. Een peilend onderzoek naar opvattingen van huisartsen en internisten. Med Contact 40 (1985) 389-390
14. RUTTEN, G., J. VAN EIJK & M. BEEK. Huisartsen en gynaecologen over taakafbakening en zelfzorg. Med Contact 40 (1985) 432-434
15. RUTTEN, G., J. VAN EIJK & M. BEEK. Chronische bronchitis. Opvattingen van huisartsen en longartsen over hun onderlinge taakafbakening en de rol van de patiënt. Med Contact 40 (1985) 457-458
16. STOKX, L.J. Wie zorgt er voor de patiënt met epilepsie? NIVEL, Utrecht 1990.
17. SWANBORN, P.G. Schaaltechnieken. Boom, Meppel 1988 (2^e druk).

6. De invloed van de verwijfsbrief op de procedure in de tweedelijfn*

Samenvatting

Tweehonderd verwijfsbrieven met de daarbij behorende specialistenbrieven - de terug-rapportage van specialisten - werden retrospectief bestudeerd. Doel was om na te gaan of een door de huisarts gedaan voorstel over de te volgen procedure in de tweedelijfn het beleid van de specialist beïnvloedt. Het onderzoek werd toegespitst op verwijfsingen naar de polikliniek interne geneeskunde.

De resultaten bevatten aanwijfsingen voor het belang van een procedurevoorstel in de verwijfsbrief. Als de huisarts de verwijfsing niet expliciet bestempelt als adviesaanvraag, gaan internisten ook niet als zodanig met de verwijfsing om. Bij het ontbreken van een procedurevoorstel nemen specialisten de behandeling over of verwijfsen de patiënt terug naar de huisarts, al dan niet met de mededeling de patiënt graag nog eenmaal op de polikliniek te willen terugzien. Gezamenlijke behandeling door huisarts en specialist komt helemaal niet voor, zonder expliciet verzoek daartoe van de huisarts. Als huisartsen een procedurevoorstel achterwege laten, neemt de specialist in de helft van de gevallen de behandeling over. De andere helft wordt (al dan niet in combinatie met een eenmalig specialistisch vervolgconsult) terugverwezen naar de huisarts.

Toepassing van advies- en behandelkaarten in de praktijk zou de werkbaarheid van gerichte procedurevoorstellen van de huisarts aan de specialist kunnen aantonen.

6.1 Inleiding

In landen met een geëchelonneerd systeem voor de gezondheidszorg, zoals Nederland en Groot-Brittannië, heeft de huisarts een belangrijke filter-functie voor de instroom van patiënten in de tweedelijfn. De gemiddelde Nederlandse huisarts met een standaard-praktijk van 2500 patiënten ziet per jaar gemiddeld zo'n 11.430 patiënten op het spreek-uur of tijdens visites, van wie er 710 (6,2% van de contacten met patiënten) verwezen worden (1). Afgezet tegen het aantal ingeschrevenen bij de praktijk wordt 28% verwezen. Het overdragen van deze patiënten van eerste- naar tweedelijfn en omgekeerd, wordt door huisarts en specialist in hoofdzaak schriftelijk gecoördineerd. De huisarts begeleidt de verwijfsing met de bekende verwijfsbrief naar de specialist, en de specialist rapporteert terug via de specialistenbrief (ook 'polikliniekbrief' dan wel 'ontslagbrief' genoemd).

* Dit hoofdstuk is in een vrijwel ongewijfsigde versie als artikel verschenen: T.J.J.M.T. Kersten & C.M.Th. Verhage-Spliet. De invloed van de verwijfsbrief op de procedure in de tweedelijfn. T Soc Gezondheidsz 68 (1990) 397-401

Zowel naar de verwijsbrief (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) als naar de specialistenbrief (2, 9, 10, 11) is onderzoek gedaan waaruit blijkt dat de wederzijdse correspondentie van huisarts en specialist niet aan elkaars wensen voldoet. Verwijsbrieven bevatten veelal geen duidelijke vraagstelling voor de specialist. Specialistenbrieven bevatten te weinig de gerichte informatie waaraan huisartsen behoefte hebben en komen in de ogen van huisartsen vaak te laat.

Jacobs e.a. (12) rapporteren uit onderzoek naar de ervaringen van huisartsen en internisten, dat huisartsen oppervlakkig gezien niet ontevreden zijn over de samenwerking. Bij doorvragen blijkt er echter wel degelijk sprake van een zekere mate van onvrede, die vooral samenhangt met de geringe invloed die de huisarts kan uitoefenen op de specialistische behandeling. Huisartsen uiten zich daarbij met name negatief over de mogelijkheden om tot gezamenlijke behandeling te komen. Patiënten die verwezen worden voor het verkrijgen van een specialistisch advies, zouden bijvoorbeeld vaak in de tweedelijfn blijven hangen. De internisten zijn van hun kant ontevreden over het informatie-gehalte van de verwijsbrieven. Dat dit ook in deze studie niet geheel ten onrechte is, blijkt uit een selectie van de verwijsbrieven van de betrokken huisartsen, waarin in ruim de helft van de gevallen een vraagstelling geheel ontbreekt of onvolledig is.

De situatie lijkt zich op grond van het bovenstaande als volgt te laten karakteriseren. Aan de ene kant is er de klacht van huisartsen over de geringe invloed die zij hebben op de behandeling van hun patiënten in de tweedelijfn. Aan de andere kant doen huisartsen slechts in beperkte mate pogingen om via de verwijsbrief de specialistische behandelingsprocedure te beïnvloeden. Daarbij stellen Beugeling en Van der Wouden (3) naar aanleiding van hun onderzoek in het Rotterdamse Dijkzigt ziekenhuis nadrukkelijk de vraag, of het wel realistisch is om te verwachten dat de verwijsbrief mede bepalend kan zijn voor het beleid van de specialist. Andere onderzoekers daarentegen (12, 13) veronderstellen dat goede informatie in de verwijsbrief de aanpak van de specialist sterk bepaalt. Kersten (14) vond in een beperkt aantal interviews met specialisten aanwijzingen dat specialisten die voor de instroom van patiënten afhankelijk zijn van bepaalde huisartsen, geneigd zijn procedurevoorstellen van deze huisartsen op te volgen. Blijkbaar maken specialisten een kosten-baten-afweging (15) waarbij ze een deel van hun handelingsvrijheid inleveren in ruil voor de verwijzingen die van belang zijn voor hun inkomen.

In het onderzoek van Oosterhuis (16), waar Beugeling en Van der Wouden (3) zich onder andere op beroepen bij hun stellingname, bestaat overigens ten aanzien van één specialisme een uitzondering op de door hen gesignaleerde regel dat de huisarts geen invloed heeft op de specialist. Dat is bij het specialisme interne geneeskunde, waar Oosterhuis wel enige invloed van zijn verwijsbrieven waarneemt, met name bij verwijzingen naar hem bekende internisten.

Omdat de snelheid van terugrapportage voor huisartsen belangrijk is, is het interessant om te weten of deze beïnvloed kan worden via de verwijsbrief. De redenering is daarbij als volgt. De verwijsbrief is het 'visitekaartje' van de huisarts voor de specialist. Ontbreekt een duidelijke vraagstelling met procedurevoorstel, dan legt de specialist dit uit als weinig gevoel van medeverantwoordelijkheid van de betreffende huisarts. De specialist bekomert zich als gevolg daarvan minder om de snelheid van terugrapportage aan de huisarts. De specialistenbrief die voor deze huisarts geschreven moet worden blijft langer

'onder op de stapel'. Bovendien als een huisarts expliciet maakt dat het een consultatieve verwijzing betreft (ter advisering van de huisarts) of een verwijzing met als doel gezamenlijke behandeling, vraagt dat uit de aard van deze verwijzingen al om een snellere terugrapportage van de specialist.

6.2 Vraagstelling

In deze studie willen we het effect van een procedurevoorstel in de verwijsbrief van huisartsen op de specialist bestuderen. De onderzoeksvragen zijn daarbij:

- Volgen specialisten de procedurevoorstellen op die huisartsen aangeven in hun verwijsbrieven?
Zoals in de inleiding is besproken, geeft de bestaande onderzoeksliteratuur tegenstrijdige antwoorden op deze vraag.
- Welke consequenties hebben de diverse procedurevoorstellen van huisartsen voor de snelheid waarmee de specialist reageert op de verwijsbrief van de huisarts?

6.3 Methode

Het onderzoek is uitgevoerd op basis van 200 verwijsbrieven en 200 bijbehorende specialistenbrieven. De brieven zijn afkomstig van 128 huisartsen en 10 algemeen internisten. De internisten zijn werkzaam in 5 verschillende ziekenhuizen, steeds 2 per ziekenhuis. Onder hen zijn geen super-specialisten, zoals gastro-enterologen en oncologen. De groep participerende ziekenhuizen is als volgt samengesteld: 2 ziekenhuizen met landelijke topfuncties, 1 centrumziekenhuis met een breed functiepakket en 2 basisziekenhuizen. Na overleg met de ziekenhuizen en plaatselijke huisartsenverenigingen zijn de verwijs- en specialistenbrieven genomen uit de poliklinische behandelstatussen van patiënten die in 1987 onder behandeling waren op de polikliniek interne geneeskunde. Vanaf een bepaalde datum zijn alle opvolgende brieven van 'nieuwe' patiënten in het onderzoek betrokken. Ten behoeve van de heterogeniteit is daarbij een maximum gesteld van 4 brieven per huisarts en 40 brieven per ziekenhuis. Sporadisch ontbrak een verwijsbrief in de status en dan werd ook de specialistenbrief buiten de studie gelaten. Vanwege de homogeniteit van de steekproef werden verder de brieven buitengesloten van patiënten die aansluitend op de poliklinische behandeling werden opgenomen.

Uitgaande van de door Jacobs e.a. (12) onderscheiden 'samenwerkingsvormen' tussen huisarts en specialist, is wat betreft de mogelijke verwijsprocedures onderscheid gemaakt tussen:

a. **de consultatieve verwijzing:**

de huisarts vraagt door middel van een duidelijke vraagstelling om een gericht onderzoek ter toetsing van een bepaalde hypothese;

b. **de verwijzing met gezamenlijke behandeling:**

de huisarts geeft aan, hoe hij/zij denkt de taken te verdelen tussen huisarts en

specialist (bijvoorbeeld bij chronische patiënten);

c. **de verwijzing met overname van de behandeling:**

de huisarts vraagt expliciet om overname van de behandeling;

d. **de verwijzing zonder procedurevoorstel:**

de huisarts geeft geen aanwijzingen over de door hem voorgestane procedure.

Vermeld zij, dat we niet van alle door Jacobs e.a. (12) onderscheiden samenwerkingsvormen gebruik maken bij het classificeren van door huisartsen voorgestelde verwijsprocedures. De reden daarvoor is dat de overige vormen van samenwerking (diagnostische raadpleging, consultatie van de specialist in het ziekenhuis en consultatie zonder contact tussen specialist en patiënt) niet relevant zijn in het kader van een onderzoek dat gebaseerd is op verwijsbrieven. Verder wordt mogelijkheid d., de verwijzing zonder procedurevoorstel, niet als zodanig door Jacobs e.a. onderscheiden. Zij gaan ervan uit dat het ontbreken van een procedurevoorstel ertoe leidt dat de specialist de behandeling overneemt. Hier achten wij het onderscheid tussen mogelijkheid c. en d. echter relevant.

Bij het classificeren van de door de specialist gevolgde procedures is mogelijkheid d. niet aan de orde. Aan specialisten-zijde zijn er daarentegen nog twee procedures te onderscheiden die in de praktijk gangbaar blijken:

- **de onvoorwaardelijke terugverwijzing:**

de specialist verwijst de patiënt na vaststelling van de diagnose zonder meer terug naar de huisarts;

- **de voorwaardelijke terugverwijzing:**

de specialist verwijst de patiënt na bepaling van de diagnose terug naar de huisarts, met het verzoek om de patiënt nog één maal terug te zien.

Aan specialistenzijde onderscheiden we dus in totaal vijf procedures: consultatie geven, gezamenlijke behandeling, overname van behandeling, onvoorwaardelijke terugverwijzing en voorwaardelijke terugverwijzing. In één van de uit te voeren statistische analyses zullen we vanwege de beschikbare aantallen deze vijf categorieën terugbrengen tot drie: onvoorwaardelijke terugverwijzing, overname van de behandeling en 'samenspraak-procedures'. Dit zijn de procedures die enige vorm van samenspraak tussen huisarts en specialist vergen, namelijk: consultatie geven, voorwaardelijke terugverwijzing en gezamenlijke behandeling.

Het onderscheiden van de procedures aan huisartsen- en specialistenzijde is in een proeffase van het veldwerk getest, waarna op het definitieve onderzoeksmateriaal een inhoudsanalyse is toegepast. Op grond van de geformuleerde vraagstellingen konden zonder veel problemen alle verwijsbrieven eenduidig bij één van de onderscheiden verwijsprocedures worden ingedeeld. De in de verwijsbrieven gekozen bewoordingen sluiten vaak direct aan bij de terminologie van de classificatie. De specialistenbrieven leverden iets meer problemen op, omdat de gevolgde procedure soms moest worden afgeleid uit het totaalbeeld van de rapportage. Toch kon ook hier 95% worden ingedeeld (zie tabel 6.1). Voor nadere informatie over de onderzoeksprocedure zij verwezen naar Verhage-Spliet¹ (17).

De snelheid van berichtgeving van de specialist is afgeleid uit het tijdsverloop (in dagen) tussen het eerste bezoek van de patiënt aan de specialist en de datum waarop de specialistenbrief is geschreven.

6.4 Resultaten

6.4.1 Procedurevoorstel van de huisarts ten opzichte van de door de specialist gevolgde procedure

Zoals blijkt uit tabel 6.1 doen huisartsen slechts in 20% van de gevallen (20% = 6% + 2% + 12%) enig procedurevoorstel. Daarbij gaat het dan meestal (12% van de 20%) om een voorstel tot overname van de behandeling. Een consultatieve verwijzing zien we in 6% van de gevallen. Gezamenlijke behandeling wordt tenslotte bijna nooit (2%) door de huisarts voorgesteld.

De belangrijkste cijfers aan specialistenzijde zijn de volgende: 46% (33% + 13%) van de patiënten wordt - hetzij onvoorwaardelijk, hetzij voorwaardelijk - naar de huisarts terugverwezen. Onvoorwaardelijke terugverwijzing is daarbij met 33% veruit in de meerderheid. In 41% van de gevallen neemt de specialist de behandeling over. Consultatie geven (6%) en een gezamenlijke behandeling (1%) komen weinig voor.

Tabel 6.1: Procedurevoorstellen van de huisarts in relatie tot de feitelijke door de specialist gevolgde procedures (N verwijsbrieven=200; N specialistenbrieven=200)*.

Procedurevoorstel huisarts	procedure specialist						N	% tot.
	geeft consultatie	doet gezamenlijke behandeling	neemt behandeling over	onvoorwaardelijke terugverwijzing	voorwaardelijke terugverwijzing	procedure wordt niet duidelijk uit brief		
Consultatieve verwijzing	10 (76)	0	1 (8)	1 (8)	1 (8)	0	13 (100)	6
Vraagt gezamenlijke behandeling	0	2 (50)	0	1 (25)	1 (25)	0	4 (100)	2
Vraagt overname van de behandeling	0	0	15 (62)	6 (25)	3 (12)	0	24 (100)	12
Geen procedurevoorstel	2 (1)	0	67 (42)	58 (36)	21 (13)	11 (7)	159 (100)	80
Totaal N	12 (6)	2 (1)	83 (41)	66 (33)	26 (13)	11 (5)	200	100

* In de tabel staan absolute aantallen met tussen haakjes rijpercentages.

We bespreken hetgeen uit tabel 6.1 is af te leiden ten aanzien van de relaties tussen de procedurevoorstellen van huisartsen en de door de specialist gevolgde procedure puntsgewijs.

- Een consultatieve verwijzing van de huisarts gaat hoogst zelden (1 van de 13 gevallen) gepaard met overname van de behandeling door de specialist. Als regel geven specialisten in zo'n geval consultatie of verwijzen de patiënt (on)voorwaardelijk naar de huisarts terug.
- Als de huisarts een procedurevoorstel achterwege laat, reageert de specialist bijna nooit (1%) met het geven van consultatie. Geen procedurevoorstel betekent in 49% van de gevallen (36% + 13%) (on)voorwaardelijke terugverwijzing naar de huisarts en in 42% van de gevallen overname van de behandeling door de specialist.
- Boven spraken we over de onvrede van huisartsen over het overnemen van de behandeling door specialisten. Deze onvrede is naar we mogen aannemen gebaseerd op die verwijzingen waar de specialist de behandeling overneemt, terwijl dit niet uitdrukkelijk gevraagd werd. Bij de 200 verwijzingen in deze studie komt dat voor bij 1 consultatieve verwijzing en 67 verwijzingen zonder procedurevoorstel van de huisarts. Dus bij maximaal 34% van de verwijzingen (68 op de 200) is de onvrede van huisartsen mogelijk aan de orde.
- Wanneer huisartsen een procedurevoorstel in hun verwijsbrief doen, wordt dat in 66% van de gevallen (27 op de 41) door specialisten gevolgd. De toonaangevende combinaties in gevraagde en gevolgde procedures zijn namelijk: 'consultatieve verwijzing' en 'geeft consultatie', 'vraagt gezamenlijke behandeling' en 'doet gezamenlijke behandeling', 'vraagt overname van de behandeling' en 'neemt de behandeling over'.
- Ook bij de 24 verwijzingen waar de huisarts om overname van de behandeling vraagt, eindigt dit in 25% van de gevallen in een onvoorwaardelijke terugverwijzing door de specialist naar de huisarts en in 12% van de gevallen in een voorwaardelijke terugverwijzing.
- De huisarts vraagt zó zelden om een gezamenlijke behandeling dat we op grond van ons materiaal weinig kunnen zeggen over de mate waarin de specialist dit procedurevoorstel volgt. Wel wordt duidelijk, dat als de huisarts niet over gezamenlijke behandeling rept, de specialist gezamenlijke behandeling ook niet voorstelt.

6.4.2 Snelheid van berichtgeving in relatie tot gevraagde en gevolgde procedure

In tabel 6.2 presenteren we een overzicht van het aantal weken dat verstrijkt tussen het eerste consult van de patiënt op de polikliniek en de datum waarop de specialistenbrief wordt geschreven.

Tabel 6.2: Verdeling van het tijdsverloop in dagen tussen het eerste polikliniekbezoek en het uitschrijven van de specialistenbrief

Tijdsverloop ≤	Percentage	Cumulatief percentage
2 weken	12	12
3 weken	18	30
4 weken	16	46
6 weken	10	56
8 weken	22	78
10 weken	4	82
12 weken	2	84
14 weken	14	98
50 weken	2	100

Binnen 2 weken na het eerste consult is 12% van de specialistenbrieven geschreven. Binnen 6 weken is 56% geschreven en binnen 14 weken 98%. Het gemiddelde tijdsverloop bedraagt 46.6 dagen (standaard deviatie=48.8).

In tabel 6.3 is het effect te zien van de aanwezigheid van een procedurevoorstel op de snelheid van terugrapportage door de specialist. 'Procedure onbekend' bij de specialist is daarbij buiten beschouwing gelaten.

Tabel 6.3: Effecten van het procedurevoorstel van de huisarts en van de feitelijk door de specialist gevolgde procedure op het tijdsverloop tussen het eerste polikliniekbezoek en de datum van het uitschrijven van de specialistenbrief (N=188). In de tabel is het gemiddelde tijdsverloop in dagen vermeld en tussen haakjes is de betreffende N aangegeven

Procedure specialist	Procedurevoorstel huisarts		
	Geen	Wel	Totaal
1. onvoorwaardelijke terugverwijzing	64.6 (57)	34 (8)	60.8 (65)
2. overname van de behandeling	44.2 (67)	33.3 (16)	42.1 (83)
3. 'samenspraak' huisarts / specialist	37.3 (23)	31.8 (17)	35.0 (40)
Totaal	51.1 (147)	32.8 (41)	47.1 (188)

a. F* procedurevoorstel huisarts = 2.49; df = 1; n.s.
b. F* procedure specialist = 4.01; df = 2; p<.05
c. F* interactie a. en b. = .54; df = 2; n.s.

* Vanwege de grote spreiding in het tijdsverloop (gem. = 40.6; sd = 48.8) is in de variantie-analyse de vierkantwortel van het aantal verstreken dagen als afhankelijke variabele genomen. Daardoor zal aan de modelonderstellingen beter zijn voldaan.

Uit tabel 6.3 blijkt geen significant effect van het procedurevoorstel van de huisarts op de snelheid van terugrapportage door de specialist. De gemiddelden verhouden zich weliswaar in de verwachte richting (een tragere terugrapportage van de specialist bij het ontbreken van een procedurevoorstel), maar een aanzienlijke binnengroepsvariantie staat het overtuigend aantonen van een verschil blijkbaar in de weg. Wel een significante invloed heeft de procedure die de specialist volgt. Bij onvoorwaardelijke terugverwijzing laat de terugrapportage van de specialist duidelijk langer op zich wachten dan bij overname van de behandeling door de specialist en bij 'samenspraak-procedures'.

6.5 Discussie

Het aantal onderzochte brieven en de restrictie tot 10 internisten beperken de representativiteit van het onderzoeksmateriaal. Bij het onderzoeken van het effect van het procedurevoorstel worden de analyses bovendien gehinderd door het betrekkelijk kleine aantal verwijsbrieven waarin een procedurevoorstel gedaan wordt. Toch lijken de resultaten het belang van een procedurevoorstel in de verwijsbrief te onderstrepen. We geven enkele voorbeelden. Als de huisarts niet expliciet een consultatieve verwijzing doet, gaan internisten ook hoogst zelden als zodanig met de verwijzing om. Bij het ontbreken van een nadere aanduiding van de gewenste procedure nemen specialisten de behandeling over of verwijzen de patiënt (on)voorwaardelijk terug naar de huisarts, maar geven zelden of nooit consultatie. Een consultatieve verwijzing leidt daarentegen zelden tot overname van de behandeling. Gezamenlijke behandeling komt helemaal niet voor, als de huisarts er niet om verzoekt.

De verwachting van Jacobs e.a. (12) dat het merendeel van de verwijzingen leidt tot overname van de behandeling, komt bij de 10 internisten in deze studie in elk geval niet uit, in de zin dat ze in deze situatie de patiënt in vrijwel alle gevallen langdurig in behandeling zouden nemen. Zelfs bij het ontbreken van een procedurevoorstel in de verwijsbrief, wordt de helft van de patiënten naar de huisarts terugverwezen (al dan niet met het verzoek de patiënt éénmaal terug te kunnen zien).

We constateerden geen overtuigend effect van de aanwezigheid van een procedurevoorstel op de snelheid van terugrapportage door de specialist. Wel signaleerden we een zekere tendens in de resultaten dat specialistenbrieven sneller arriveren, als huisartsen in hun verwijsbrief een procedurevoorstel doen. De vraag is echter of we hier zonder meer een causale interpretatie aan mogen verbinden. Hier is namelijk de vraag aan de orde, waarom een procedurevoorstel in de verwijsbrief ontbreekt. Als huisartsen hun suggesties over de procedure bijvoorbeeld vooral zouden weglaten bij gecompliceerde gevallen, kan deze complexiteit een reden voor het lange tijdsverloop zijn.

Bij onvoorwaardelijke terugverwijzing van patiënten door de specialist bleek de specialistenbrief het langst op zich te laten wachten. Langer zelfs dan wanneer de specialist de behandeling overneemt. Een eenduidige verklaring hiervoor is op grond van het beschikbare onderzoeksmateriaal moeilijk te geven. Wellicht speelt een rol dat internisten bij het afwikkelen van hun protocol een aanzienlijke tijd nodig hebben om vast te stellen dat er niets aan de hand is, meer zelfs dan bij het uitvoeren van een behandeling.

We kunnen de hier gevonden resultaten ook in verband brengen met de reeds een aantal jaren lopende discussie over de invoering van een speciale 'advies-kaart' naast de gebruikelijke verwijskaart voor ziekenfondspatiënten. De advieskaart is bedoeld om de specialist duidelijk te maken, dat de verwijzing bedoeld is om te komen tot een advies aan de huisarts over de verdere behandeling. Als dit advies er is, komt de patiënt bij de huisarts terug en wordt besloten of en door wie verder onderzoek en behandeling zal plaatsvinden (18). De traditionele verwijskaart krijgt in het geheel de status van een 'behandelkaart'. Deze maakt expliciet duidelijk dat de verwijzing bedoeld is voor behandeling door de specialist. Nuyens en Van Slobbe (19) stelden vast dat zo'n 29% van de traditionele verwijskaarten zou worden omgezet in een advieskaart bij invoering van dit systeem (Dit is overigens een veel hoger percentage dan de 8% verwijzingen 'ter diagnose' die Gloerich e.a. (20) vonden). Bij interne geneeskunde ligt dit percentage op 14%. Nuyens en Van Slobbe (19) hebben niet vastgesteld hoe specialisten in hun behandelbeleid reageren op de advieskaart. Op grond van deze studie kunnen we alleen maar speculeren. Op voorhand zijn er geen aanwijzingen dat specialisten (althans internisten) de verzoeken om advies in grote getale naast zich neerleggen en toch de behandeling van de patiënt overnemen. We willen dit artikel besluiten met een pleidooi voor een praktijktoepassing van de advieskaart. Betrokken partijen zijn momenteel in onderhandeling over een landelijke invoering (21); mocht dit echter niet tot resultaten leiden, dan zou een regionaal experiment aan te bevelen zijn.

Eindnoten

1. De verwijs- en specialistenbrieven zijn in categorieën ingedeeld door één van de beide onderzoekers die de studie hebben uitgevoerd. In een proeffase is een voorlopig schema voor de inhoudsanalyse gehanteerd. Dit schema is op grond van de bevindingen bij 10 verwijsbrieven en bijbehorende specialistenbrieven bijgesteld. Een proef met verbeterde schema leerde dat het goed bruikbaar was. Toen is met de definitieve inhoudsanalyse begonnen.

Literatuur

1. GROENEWEGEN, P.P., D.H. DE BAKKER, J. VAN DER VELDEN & M.FOETS. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: Verrichtingen in de huisartspraktijk. NIVEL, Utrecht 1990
2. VERHAGE-SPLIET, C.M.Th. & T.J.J.M.T. KERSTEN. De inhoud van verwijsbrieven en specialistenbrieven. Huisarts en Wetenschap 33 (1990) 148-151
3. BEUGELING, A. & J.C. VAN DER WOUDE. De verwijsbrief in zijn context. Med Contact 40 (1989) 873-876
4. BREMER, G.J. Een onderzoek van verwijsbrieven. Huisarts en Wetenschap 32 (1989) 100-101
5. HULL, F.M. & R.F. WESTERMAN. Referrals to medical outpatients departments at trading hospitals in Birmingham and Amsterdam. Br Med J 293 (1986) 311-314
6. KUYVENHOVEN, M.M. & R.A. DE MELKER. Verwijzingen naar interne chirurgische specialismen: Een exploratief onderzoek naar enkele aspecten van het verwijsgedrag van dertien huisartsen. Huisarts en Wetenschap 29 (1986) 365-368
7. KORT, G.A.P. DE, M.F.M. VAN DOORN & K. GILL. Verwijsbrieven: een analyse van 100 brieven van huisartsen inzake CARA-patiënten. Airways 4 (1985) 2-9
8. EDENS, R. Verwijsbrieven getoetst. Med Contact 32 (1977) 311-316
9. HARDING, J. Study of discharge communications from hospital doctors to an inner London general practice. J R Coll Gen Pract 37 (1987) 494-495
10. MAGEEAN, R.J. Study of "discharge communications" from hospital. Br Med J 293 (1986) 1283-1284
11. MEIJBOOM, W.A. & A.F. CASPARIE. Samenwerking eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Med Contact 35 (1980) 989-994
12. JACOBS, H.M., R.A. DE MELKER & F.W.M.M. TOUW-OTTEN. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten (I + II). Med Contact 38 (1983) 1599-1601; 1629-1632
13. POP, P. & L.L.J.M. KEYSERS. Communicatie tussen huisarts en specialist. Med Contact 40 (1985) 203-206
14. KERSTEN, T.J.J.M.T. Wederzijdse beïnvloeding huisarts - specialist. Med Contact 43 (1988) 849-851
15. THIBAUT, J.W. & H.H. KELLEY. The Social Psychology of Groups. Wiley, New York 1959
16. OOSTERHUIS, W.W. De communicatieve waarde van correspondentie tussen huisarts en specialist. Med Contact 29 (1974) 963-964

17. VERHAGE-SPLIET, C.M.Th. Berichtgeving huisarts-specialist: een onderzoek naar de berichtgeving tussen huisarts en specialist bij verwijzingen naar de polikliniek interne geneeskunde. Scriptie, Stichting voor Sociale Gezondheidszorg, opleiding sociale geneeskunde, tak algemene gezondheidszorg. Utrecht 1988
18. ANONYMUS. Uit onderzoek onder huisartsen blijkt: consultkaart, haalbare kaart. Inzet 3 (1988)10-11
19. NUYENS, W. & W. VAN SLOBBE. Een haalbare kaart. Een onderzoek naar de mogelijkheid een consultkaart in te voeren. Med Contact 43 (1988) 301-304
20. GLOERICH, A.B.M., V. SCHRIJNEMAEKERS & J. VAN DER ZEE. Referrals in sentinel practices. In: A.I.M. Bartelds, J. Fracheboud & J. van der Zee. The Dutch sentinel practice network; relevance for public health policy. Netherlands Institute of Primary Health Care. NIVEL, Utrecht The Netherlands 1990
21. LANDELIJKE SPECIALISTEN VERENIGING. Specialistenbrief maart/april 2 (1990)

7. Overleg door huisartsen met specialisten over de ziekenhuisopname van patiënten*

Samenvatting

In het kader van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk hebben 161 huisartsen gedurende drie maanden hun overleg met specialisten geregistreerd in verband met alle plaatsgevonden ziekenhuisopnamen (N=7815). Het meeste overleg voeren huisartsen over de beslissing om patiënten op te nemen; dit gebeurt bij 15% van alle opnamen. Overleg tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis (5%) en over het ontslag en de nazorg (4%) komt veel minder vaak voor. Huisartsen plegen met name overleg over de opnamebeslissing als zijzelf het initiatief hebben genomen om de patiënt op te nemen, of als zij door de patiënt geconsulteerd zijn in verband met de op handen zijnde opname. De resultaten stellen huisartsen voor de vraag of het zeldzame overleg nadat de opname een feit is, wel verenigbaar is met hun beleden verantwoordelijkheid voor continue zorg.

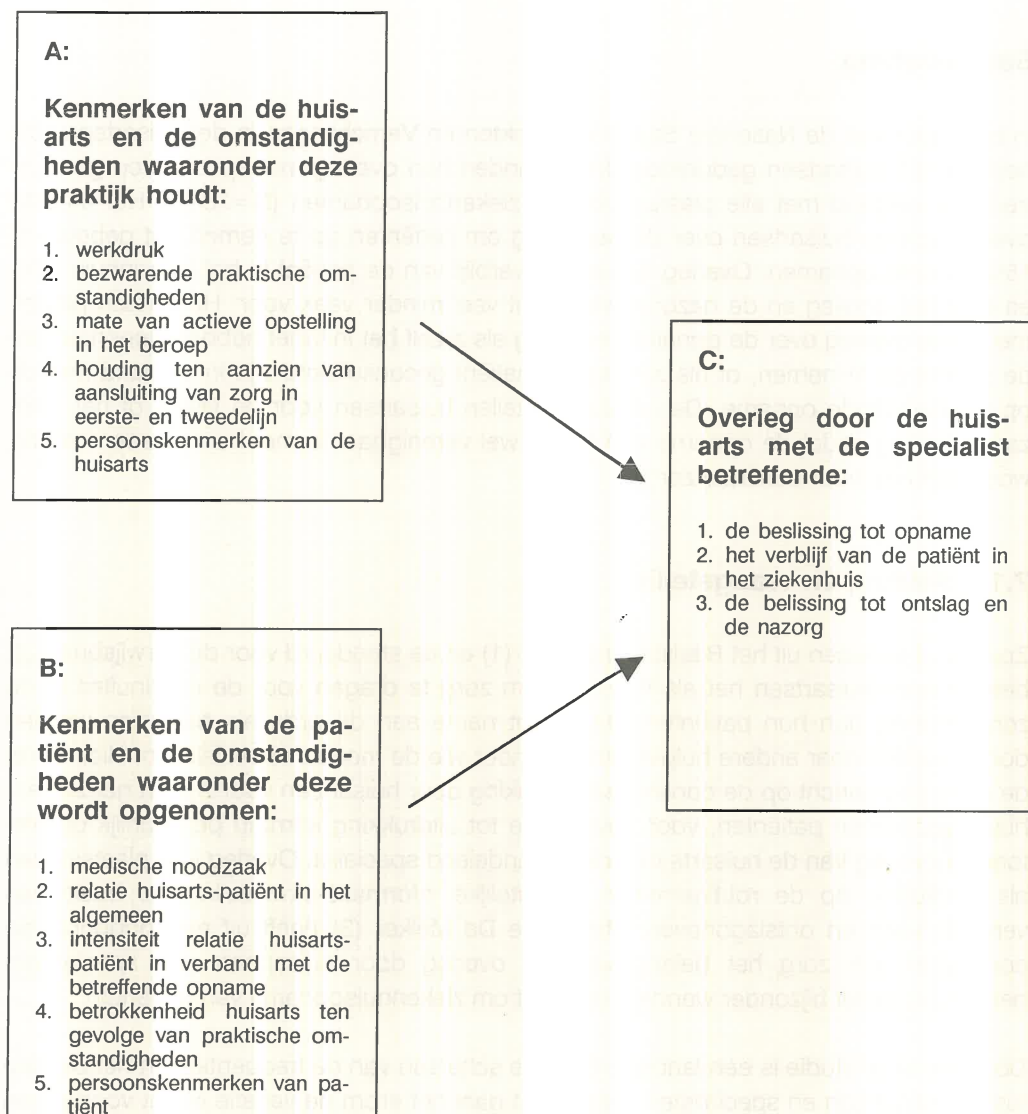
7.1 Inleiding en vraagstelling

Zoals is af te leiden uit het Basistakenpakket (1) en de standaard voor de verwijsbrief (2), beschouwen huisartsen het als hun taak om zorg te dragen voor de continuïteit in de zorgverlening aan hun patiënten. Dit is met name aan de orde als patiënten worden doorverwezen naar andere hulpverleners, onder wie de medisch specialisten. Hier wordt de aandacht gericht op de continuïteitsbewaking door huisartsen voor hun in het ziekenhuis opgenomen patiënten, voor zover deze tot uitdrukking komt in persoonlijk of telefonisch overleg van de huisarts met de behandelend specialist. Overleg kan plaatsvinden als aanvulling op de routinematige, schriftelijke informatie-uitwisseling op basis van verwijsbrieven en ontslagbrieven. Met name De Melker (3) heeft uit een oogpunt van continuïteit van zorg het belang van het overleg door huisartsen met specialisten benadrukt, in het bijzonder wanneer het gaat om ziekenhuisopname van patiënten.

Doel van deze studie is een landelijk beeld te schetsen van de frequentie van het overleg tussen huisartsen en specialisten. Daarnaast gaat het erom de variatie in het voorkomen van dit overleg te verklaren: waarom overleggen sommige huisartsen meer dan anderen?; waarom wordt bij bepaalde opnamen door alle huisartsen vaker overleg gepleegd dan bij andere? Deze vragen worden toegelicht in figuur 7.1.

* Een verkorte versie van dit hoofdstuk is voor publikatie geaccepteerd door het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: T.J.J.M.T. Kersten. Overleg door huisartsen met specialisten over de ziekenhuisopname van patiënten

Figuur 7.1: Model voor het verklaren van het overleg door de huisarts met de specialist over de ziekenhuisopname van patiënten



De te verklaren variabele is de frequentie waarmee de huisarts in overleg treedt met de specialist over zijn in het ziekenhuis opgenomen patiënten (blok C). Daarbij wordt dit overleg gedifferentieerd naar drie fasen in de ziekenhuisopname: 1. de beslissing tot opname, 2. het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis, en 3. de beslissing tot ontslag en de nazorg. De basisveronderstelling is dat de kans op overleg in elk van deze fasen wordt bepaald door twee groepen factoren, respectievelijk verband houdend met de huisarts (blok A) en de opgenomen patiënt (blok B). Op basis van het 'kosten-baten-principe' (4) mag voor beide groepen factoren worden aangenomen, dat zij de kans op overleg door

Overzicht 7.1: Overzicht van de verwachtingen* over de effecten van 'kenmerken van de huisarts' en 'kenmerken van de patiënt'

ad A: 'Kenmerken van de huisarts'

ad B: 'Kenmerken van de patiënt'

Overleg door de huisarts met de specialist zal vaker voorkomen, naarmate:.....:

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. er meer tijd voor overleg is, omdat de werkdruk van de huisarts geringer is (bijvoorbeeld blijkt uit een grotere tevredenheid van de huisarts met de tijdsverdeling tussen werk en privé of een kleinere praktijkomvang), 2. de praktische omstandigheden (bijvoorbeeld 'afstand tot het ziekenhuis') overleg minder bezwaarlijk maken, 3. de huisarts een actievere opstelling heeft in het beroep (positiever denkt over het vak, meer aan nascholing doet, los van de specifieke contacten over opgenomen patiënten meer contacten met specialisten onderhoudt, en dergelijke), 4. de huisarts zich qua houding meer verantwoordelijk voelt voor de aansluiting van zorg tussen eerste- en tweedelij (met name blijkend uit diens streven naar 'continuïteitsinvloed', dat wil zeggen: de invloed van de huisarts op de specialist gericht op optimale huisartsgeneeskundige inbreng in de tweedelijnsbehandeling van patiënten, met als belangrijke implicatie een zo kort mogelijk verblijf van de patiënten in de tweedelij (hoofdstuk 2)). | <ol style="list-style-type: none"> 1. vanuit het perspectief van de huisarts de medische noodzaak tot overleg groter is (vooral bij ernstigere aandoeningen en ook bij aandoeningen met psychosociale aspecten, omdat huisartsen hier vanuit het streven naar integrale geneeskunde (1, 5, 6) willen voorkomen dat deze psychosociale aspecten in de tweedelijns veronachtzaamd worden), 2. de huisarts in het algemeen meer betrokken is bij deze specifieke patiënt (bijvoorbeeld: de patiënt is al lang ingeschreven bij deze huisarts; de patiënt is alleenstaand), 3. de huisarts specifiek bij de opname van deze patiënt meer betrokken is (de huisarts heeft bijvoorbeeld over de opname contact gehad met deze patiënt of met andere hulpverleners), 4. de huisarts door praktische omstandigheden beter op de hoogte is van de opname (hetgeen bijvoorbeeld meer het geval is, als de huisarts initiatiefnemer is van de opname, en juist minder als de patiënt voor opname al onder poliklinische behandeling is). |
|---|---|

* Voor de in figuur 7.1 genoemde persoonskenmerken van huisarts en patiënt zijn vooraf geen verwachtingen geformuleerd.

de huisarts kleiner maken, naarmate zij de materiële en immateriële 'kosten' hoger maken die voor de huisarts verbonden zijn aan dit overleg. Het omgekeerde geldt voor de 'baten'. De bestudering van de relatie tussen verklarende en te verklaren variabelen in het model van figuur 7.1 is voor een deel exploratief. De in algemene zin te formuleren verwachtingen zijn weergegeven in overzicht 7.1.

De onderzoeksvragen luiden:

- In welke mate vindt overleg plaats tussen huisartsen en specialisten in de verschillende fasen van de ziekenhuisopname?
- In welke mate kan de frequentie waarmee dit overleg zich voordoet worden verklaard op basis van kenmerken van huisartsen en opgenomen patiënten?

7.2 Methode

7.2.1 Steekproef

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens die door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg) zijn verzameld in het kader van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (7, 8, 9; zie ook hoofdstuk 2). In 1987 en 1988 hebben 161 huisartsen in 103 verschillende praktijken hun overleg met specialisten geregistreerd. Deze huisartsen zijn in vier min of meer willekeurige groepen ingedeeld (8), waarbij in vier opeenvolgende perioden van steeds drie maanden registraties hebben plaatsgevonden.

7.2.2 Procedure

Er is in hoofdzaak gebruik gemaakt van twee gegevensbronnen. De eerste is een eenmalige schriftelijke enquête onder de deelnemende huisartsen. Hiermee zijn de gegevens verkregen over de kenmerken van huisartsen (vergelijk overzicht 7.1). De gegevens over de kenmerken van opgenomen patiënten en over het overleg van de huisarts met de specialist zijn verkregen via een registratie in de huisartspraktijk (8).

Alleen ziekenhuisopnamen waarvan de opnamedatum na de aanvang van de drie maanden durende veldwerkperiode lag en waarvan de ontslagdatum niet langer dan een maand na het afsluiten van de veldwerkperiode viel, zijn in het onderzoek betrokken: totaal 7815 cases. Dit betreft 93% van het aantal te verwachten cases, gegeven het aantal bij de huisartsen ingeschreven patiënten en de voor Nederland geldende gemiddelde opnamekans van 10%. De eindgrens in de registratie is gesteld vanwege operationele redenen; naar schatting 3% (alle opnamen van langer dan één maand) van het aantal wel gesignaleerde opnamen ontbreekt erdoor.

7.2.3 Operationalisatie van kenmerken van huisartsen en van opgenomen patiënten

Voor houdings-dimensies van huisartsen (waaronder de kosten-batenafweging ten aanzien van het uitoefenen van continuïteitsinvloed) is in hoofdstuk 2 schaalconstructie uitgevoerd.

Wat betreft de operationalisatie van kenmerken van de opgenomen patiënten geldt voor drie van de bestudeerde variabelen (de mate waarin de aandoening van de patiënt levensbedreigend, invaliderend en psychosociaal is) dat de betreffende informatie niet rechtstreeks via een beoordeling van de betreffende huisarts op het registratieformulier is verkregen. De informatie is ontleend aan oordelen op vijf-puntsschalen, die de huisartsen elders binnen de studie meer in het algemeen over de aandoeningen van verwezen patiënten hebben uitgesproken. Deze oordelen zijn per ICPC-code (10) gekoppeld aan de aandoeningen van de bestudeerde opgenomen patiënten.

7.2.4 Analyseschema

De in overzicht 7.1 weergegeven veronderstelde effecten van de verschillende rubrieken van verklarende variabelen zijn getoetst door middel van covariantie-analyse, zodat het effect van afzonderlijke variabelen kan worden vastgesteld onder controle voor eventuele doorkruisende effecten van andere variabelen. Eerst zijn de effecten van kenmerken van de opgenomen patiënten op het overleg vastgesteld op basis van het bestand van 7815 opgenomen patiënten. Los daarvan is als tweede stap (vanaf paragraaf 7.3.4) het effect van kenmerken van huisartsen bestudeerd. Bij huisartsen die in de registratieperiode maar met weinig opnamen te maken hebben, kan men geen goed beeld krijgen van hun gebruikelijke overlegfrequentie. Er is een grens gehanteerd van 20 of meer opgenomen patiënten, hetgeen tot gevolg heeft dat 132 van de 161 huisartsen in de analyses zijn betrokken (43 huisartsen hebben 20 tot 39 opgenomen patiënten, eveneens 43 huisartsen hebben er 40 tot 59, en 46 huisartsen hebben er 60 tot 111).

7.3 Resultaten

7.3.1 Beschrijving van de overleg-frequentie naar fase van de ziekenhuisopname

Tabel 7.1 laat zien dat het meeste overleg op initiatief van de huisarts plaatsvindt in de fase dat de beslissing tot opname wordt genomen. Het betreft hier 15% van alle opnamen. Tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis gebeurt dit in 5% van de gevallen en over de beslissing tot ontslag of de nazorg in 4% van de gevallen. Specialisten nemen over de gehele linie nauwelijks het initiatief tot overleg met de huisarts.

Het plaatsvinden van overleg in de verschillende fasen van de opname blijkt met elkaar samen te hangen. Overleg in fase 1 vertoont een positieve correlatie met het overleg in fase 2 (Pearson $r=.26$) en in mindere mate ook met het overleg in fase 3 ($r=.13$). Overleg in fase 2 vertoont eveneens een positieve samenhang met overleg in fase 3 ($r=.21$).

Tabel 7.1: Overzicht van het overleg tussen huisarts en specialist tijdens de drie fasen van de ziekenhuisopname, uitgedrukt in het percentage opnamen waarbij overleg plaatsvindt op het totaal aantal opnamen (N=7815*)

	% initiatief huisarts	% initiatief specialist	% totaal
1. Beslissing tot opname	15	2	17
2. Verblijf van de patiënt in het ziekenhuis	5	2	7
3. Beslissing tot ontslag / nazorg	4	3	7
Overleg in enigerlei fase**	19	6	25

* De steekproef huisartsen is niet in alle opzichten geheel representatief samengesteld (8, 9). De variabelen waarop afwijkingen bestaan blijken echter geen significant effect te hebben op het overleg van huisartsen met specialisten. De percentages in de tabel zijn dan ook als indicatief te beschouwen voor de Nederlandse situatie

** Percentages in deze rij zijn geen optelling van de percentages erboven. Als tijdens meer dan één fase overleg plaatsvindt, telt dit hier toch slechts éénmaal mee. Het gaat om overleg in fase 1 en/of 2 en/of 3

7.3.2 Effecten van kenmerken van opgenomen patiënten op overleg door de huisarts

Uit tabel 7.2 blijkt dat het overleg in fase 1 in het algemeen het beste wordt verklaard. De verklaarde variantie bedraagt daar .30, tegenover respectievelijk .14 en .06 in fase 2 en 3. Niet significant gebleken verklarende kenmerken zijn niet in de tabel opgenomen (waaronder de 'algemene relatie tussen huisarts en patiënt' en als onderdeel van de 'medische noodzaak': de mate waarin de aandoening een psychosociaal karakter heeft). Per fase (vergelijk de respectievelijke kolommen in tabel 7.2) worden de volgende verbanden gevonden:

Fase 1:

Het overleg over de opnamebeslissing (fase 1) komt met name voort uit de 'betrokkenheid van de huisarts ten gevolge van praktische omstandigheden'. In concreto komt het overleg vaker voor, als de huisarts het initiatief heeft genomen tot de opname. Dan vindt bij 37% van de patiënten overleg plaats, tegenover 8% wanneer de huisarts geen initiatiefnemer is. Daarnaast is vooral de 'intensiteit van de relatie tussen huisarts en patiënt in verband met de betreffende opname' van belang. Als de patiënt (of diens mantelzorg) contact hebben gezocht met de huisarts, overlegt de huisarts over 30% van de patiënten; is dit niet het geval, dan over 13%. Omgekeerd speelt ook het contact op initiatief van de huisarts met de patiënt (of diens mantelzorg) een bevorderende rol. Tenslotte gaat het om de 'medische noodzaak': er vindt vaker overleg plaats in het geval van een spoedopname, bij meer levensbedreigende aandoeningen, en bij aandoeningen waarvoor de patiënt uiteindelijk langer in het ziekenhuis ligt.

Fase 2:

Overleg in fase 2 wordt door dezelfde groepen verklarende kenmerken beïnvloed als het overleg in fase 1, alleen zwakker. Een relatief groot positief effect heeft het initiatief tot contact van de huisarts met andere hulpverleners dan de specialist (vooral eerstelijns-werkers) gedurende het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis (38% overleg tegenover 5% wanneer het betreffende contact ontbreekt). Het betreffende contact komt echter slechts bij 64 cases voor. Verder is vooral het contact van de huisarts met de patiënt tijdens diens verblijf in het ziekenhuis (in hoofdzaak het ziekenhuisbezoek door de huisarts) bevorderlijk.

Fase 3:

Overleg over de beslissing tot ontslag en de nazorg wordt uitsluitend beïnvloed door de 'intensiteit van de relatie tussen huisarts en patiënt in verband met de betreffende opname'. Het grootst zijn de positieve effecten van de (zeldzame) contacten van de huisarts met andere professionele hulpverleners dan de specialist in fase 2 en 3.

7.3.3 Overleg door de huisarts in relatie tot de aard van de aandoening van de opgenomen patiënt

Tabel 7.3 geeft inzicht in de frequentie van het overleg voor een aantal ziektecategorieën, samengesteld door etiologisch verwante aandoeningen over de anatomische hoofdstukken van het ICPC-systeem (10) samen te nemen. Er is een selectie gemaakt van zonder veel problemen te classificeren aandoeningen die qua aantal substantiële categorieën vullen.

Uit de tabel is op te maken dat bij geen van de onderscheiden ziektecategorieën extreem veel meer overleg wordt gevoerd door huisartsen dan het gemiddelde voor alle opnamen. Er is echter wel sprake van afwijkingen van het gemiddelde: ten aanzien van het overleg over de beslissing tot opname scoren de groepen degeneratieve hart- en vaatafwijkingen en infecties relatief het hoogst met overleg in 28%, respectievelijk 25% van de gevallen tegenover een totaal-gemiddelde van 15%. Wat betreft het overleg tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis vindt relatief het meeste overleg plaats bij degeneratieve hart- en vaatafwijkingen en maligne nieuwvormingen (beide 9% ten opzichte van een totaal-gemiddelde van 5%). Bij het overleg over de beslissing tot ontslag of de nazorg wordt relatief het meest overlegd in verband met maligne nieuwvormingen (11% ten opzichte van totaal-gemiddelde van 4%). Bij benigne nieuwvormingen daarentegen gebeurt dit slechts bij 2% van de patiënten. Bij de categorie traumata wordt in alle fasen van de ziekenhuisopname minder dan gemiddeld overlegd.

Tabel 7.2: Effecten van kenmerken van opgenomen patiënten op het plaatsvinden van overleg door de huisarts met de specialist (N=7815*). Alleen in de covariantie-analyse significant gebleken effecten zijn in de tabel opgenomen

		overleg betreffende					
		fase 1: beslissing tot opname (gem. = 15%)		fase 2: verblijf patiënt in het ziekenhuis (gem. = 5%)		fase 3: beslissing tot ontslag/ nazorg (gem. = 4%)	
verklarende kenmerken		N					
↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓							
1. medische noodzaak							
- mate waarin de aandoening levensbedreigend is		5735	β	.04***		.07	.06
- ligduur		5735	β	.03		.05	--
- spoedopname		ja 2271	gem.	21%		--	--
		[nee 3464	gem.	13%		--	--
2. relatie huisarts-patiënt in het algemeen							
3. intensiteit relatie huisarts-patiënt in verband met de betreffende opname							
- huisarts zoekt contact met patiënt betreffende:							
fase 1.: beslissing tot opname		ja 586	gem.	21%		7%	6%
		[nee 5149	gem.	15%		5%	4%
fase 2.: verblijf patiënt in het ziekenhuis		ja 923	gem.	**		12%	6%
		[nee 4812	gem.	**		3%	3%
fase 3.: beslissing tot ontslag/nazorg		ja 2465	gem.	**		**	6%
		[nee 3942	gem.	**		**	5%
- patiënt zoekt contact met de huisarts betreffende:							
fase 1.: beslissing tot opname		ja 923	gem.	30%		9%	7%
		[nee 4812	gem.	13%		4%	4%
fase 2.: verblijf patiënt in het ziekenhuis		ja 387	gem.	**		10%	7%
		[nee 5348	gem.	**		5%	4%
- huisarts zoekt contact met andere hulpverleners dan de specialist betreffende:							
fase 2.: verblijf patiënt in het ziekenhuis		ja 64	gem.	--		38%	17%
		[nee 5671	gem.	--		5%	4%
fase 3.: beslissing tot ontslag/nazorg		ja 339	gem.	**		--	13%
		[nee 6068	gem.	**		--	4%

(vervolg tabel 7.2)

verklarende kenmerken ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓	N	overleg betreffende		
		fase 1: beslissing tot opname (gem. = 15%)	fase 2: verblijf patiënt in het ziekenhuis (gem. = 5%)	fase 3: beslissing tot ontslag/ nazorg (gem. = 4%)

4. betrokkenheid huisarts ten gevolge van praktische omstandigheden

- huisarts is initiatiefnemer van de opname	ja	1633	gem.	37%	7%	--
	nee	4102	gem.	8%	4%	--
- patiënt is voorafgaand aan opname onder poliklinische behandeling	ja	3494	gem.	--	4%	--
	nee	2241	gem.	--	6%	--

5. persoonskenmerken patiënt

Totaal verklaarde variantie (R ²)	.30	.14	.06
---	-----	-----	-----

* In de praktijk varieert het aantal waarnemingen per variabele, omdat sprake is van een wisselend aantal ontbrekende waarnemingen

** Betreffende verklarende variabele is buiten deze analyse gelaten, omdat geen causaal effect verwacht mag worden. In de tijd gezien gaat hetgeen verklaard moet worden (bijvoorbeeld overleg huisarts-specialist in fase 1) vooraf aan hetgeen dit zou moeten verklaren (bijvoorbeeld contact huisarts-patiënt in fase 2)

***Bijvoorbeeld deze β van .04 is als volgt te interpreteren: bij een toename van de mate van levensbedreigendheid met 100% stijgt de kans op overleg in fase 1 met 4%

Tabel 7.3: Overzicht van het overleg door huisartsen met specialisten per ziektecategorie. In de tabel zijn per fase van de ziekenhuisopname de percentages opnamen vermeld waarbij wel overleg plaatsvindt

ziektecategorie	percentage 'wel overleg' betreffende			N(= 100%)
	beslissing tot opname (fase 1: gem. = 15%)	verblijf in het ziekenhuis (fase 2: gem. = 5%)	beslissing tot ontslag/ nazorg (fase 3: gem. = 4%)	
degeneratieve hart- en vaatafwijkingen (ischaemische hartziekten, CVA, e.d.)	28	9	5	834
infecties	25	7	5	430
maligne nieuwvormingen	16	9	11	485
pijn	17	4	4	518
traumata	12	4	2	544
benigne nieuwvormingen	5	3	2	59

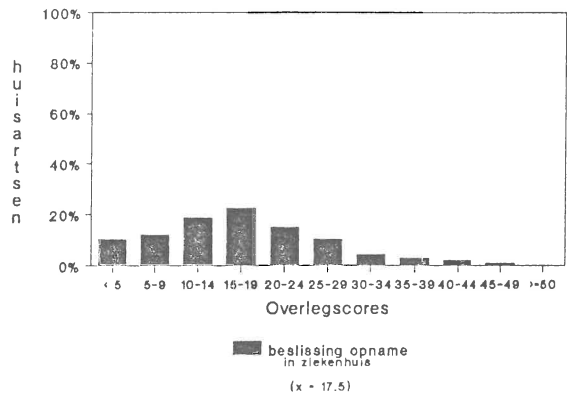
7.3.4 Effecten van kenmerken van huisartsen op het overleg

Welke effecten hebben nu de kenmerken van huisartsen op de mate waarin zij overleg voeren met specialisten?

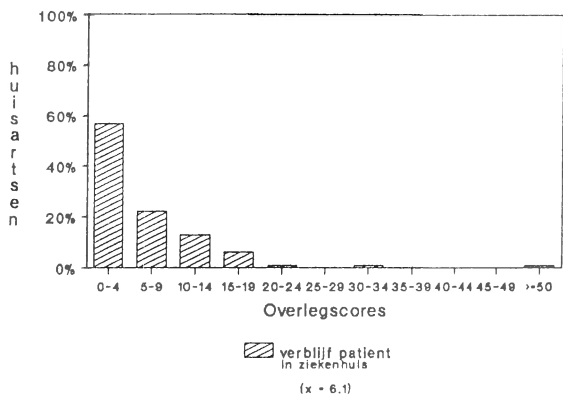
Om te beginnen wordt in figuur 7.2 een overzicht gegeven van de overlegsscores (het aantal opnamen waarover een huisarts heeft overlegd ten opzichte van het totaal aantal opgenomen patiënten uit de betreffende praktijk gedurende de bestudeerde drie maanden). Aan de verdeling van de overlegsscores in fase 2 en drie is te zien, dat in beide gevallen ruim de helft van de huisartsen overlegsscores tussen de 0% en 4% heeft. Slechts één van de in overzicht 7.1 weergegeven veronderstelde relaties tussen kenmerken van huisartsen (dit zijn in totaal 23 geoperationalisierde variabelen) en de in figuur 7.2 weergegeven overlegsscores wordt bevestigd in de covariantie-analyses: overleg door huisartsen met specialisten tijdens het verblijf van patiënten in het ziekenhuis komt vaker voor bij huisartsen die op jaarbasis een groter aantal incidentele consulten met specialisten zeggen te hebben ($R^2 = .14$; $\beta = .22$).

Figuur 7.2: Percentuele verdeling van 'overlegscores' (het aantal opnamen waarover een huisarts heeft overlegd met een specialist ten opzichte van het totaal aantal opgenomen patiënten uit de betreffende praktijk gedurende de bestudeerde drie maanden) gedifferentieerd naar het stadium van de ziekenhuisbehandeling (N = 132)

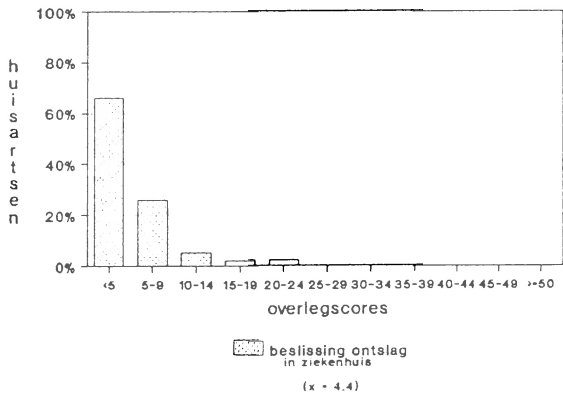
fase 1



fase 2



fase 3



7.4 Beschouwing

De gevonden resultaten geven aan, dat huisartsen het bewaken van de continuïteit van zorg bij ziekenhuisopnamen in hoofdzaak invullen via overleg over de beslissing tot opname (bij 15% van de opnamen). Het door De Melker (3) benadrukte belang van overleg door huisartsen met specialisten tijdens het verblijf van patiënten in het ziekenhuis en in verband met de beslissing tot ontslag en nazorg komt in de praktijk weinig voor (bij respectievelijk 5% en 4% van de opnamen). Huisartsen blijken zich grotendeels afzijdig te houden van de behandeling van patiënten tijdens hun opname. Gegeven de lage overlegpercentages op initiatief van specialisten, betrekken deze laatsten de huisartsen er in het algemeen ook niet bij.

Weinig overleg over opgenomen patiënten is overigens niet specifiek voor Nederland. In het Verenigd Koninkrijk constateerden Long en Atkins (11) slechts bij 2% van de opgenomen patiënten overleg tijdens het verblijf in het ziekenhuis op initiatief van de huisarts en bij 3% op initiatief van de specialist, terwijl 67% van de specialisten en 58% van de huisartsen de behoefte aan dergelijk overleg onderschreven.

Overleg door huisartsen met specialisten over de beslissing tot opname laat zich beter verklaren dan het overleg tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis en het overleg over het ontslag en de nazorg. Met name het feit dat de beide laatst genoemde typen overleg weinig voorkomen, zal hier debet aan zijn. Zeldzame verschijnselen laten zich nu eenmaal moeilijk verklaren, enerzijds vanwege het gebrek aan waarnemingen en anderzijds omdat zij zich meestal als gevolg van een zeer specifieke combinatie van factoren voordoen waar moeilijk greep op is te krijgen. Na deze algemene kanttekening gaan we inhoudelijk in op de belangrijkste gevonden verklaringen voor het overleg door huisartsen met specialisten.

Hoewel huisartsen onderling verschillen in de mate waarin ze overleggen met specialisten, blijken de bestudeerde kenmerken van huisartsen deze verschillen niet of nauwelijks te kunnen verklaren. Afgezien van een bijna tautologische samenhang tussen het overleg door de huisarts tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis en de mate waarin de huisarts specialisten in allerlei zaken consulteert, worden geen onafhankelijke verbanden gevonden. De in de inleiding geuite verwachtingen komen dus niet uit.

De belangrijkste reden voor huisartsen om te overleggen met specialisten over de beslissing tot opname is de voor de hand liggende praktische omstandigheid dat zij zelf het initiatief hebben genomen om de patiënt op te nemen. Naar alle waarschijnlijkheid is dit te verstaan als dat huisartsen deze opnamen met specialisten 'regelen'. Verder werken huisartsconsulten door de patiënt of diens mantelzorg in verband met de op handen zijnde opname overleg door huisartsen met specialisten in de hand. De huisarts 'bemiddelt' mogelijk tussen patiënt en specialist. Tenslotte wordt het overleg over de opnamebeslissing bevorderd door de medische noodzaak, zoals geïndiceerd door het spoedkarakter van de opname, de mate van levensbedreigendheid van de aandoening en de uiteindelijke ligduur van de patiënt. Vrij geïnterpreteerd komt dit neer op het uit de praktijk bekende gegeven, dat de huisarts niet bij elke 'routine-opname' overleg pleegt met de specialist. Dat blijkt ook uit de resultaten voor specifieke categorieën aandoen-

ningen. Bijvoorbeeld veel overleg vindt plaats bij de opname van patiënten met (waarschijnlijk veelal ernstige) degeneratieve hart- en vaatafwijkingen en infecties. Verder wordt bij maligne nieuwvormingen in alle fasen van de ziekenhuisopname veel vaker overlegd dan bij benigne nieuwvormingen. Vermoedelijk wordt dit veroorzaakt door het feit dat de huisarts al bij opname weet dat het om een benigne, niet levensbedreigende nieuwvorming gaat. Het geringe overleg bij traumata heeft echter mogelijk een andere oorzaak. De betreffende opnamen zullen vaak zonder tussenkomst van de huisarts tot stand komen, wat overleg door de huisarts over de opnamebeslissing uitsluit. Dat zich vervolgens in latere fasen ook weinig overleg voordoet, komt misschien doordat huisartsen de behandeling van traumata primair als een taak van de chirurg beschouwen, of misschien doordat ze niet altijd op korte termijn van de opname in kennis worden gesteld.

In tegenstelling tot de verwachting speelt het psychosociale karakter van de aandoening blijkens de resultaten geen rol. Huisartsen zien daarin blijkbaar geen reden tot overleg met de specialist.

Gegeven de doelstellingen in hun Basistakenpakket (1) laat de studie aan huisartsen de belangrijke vraag over, hoe ongewenst het is dat het overleg met specialisten over de ziekenhuisopname in hoofdzaak beperkt blijft tot overleg over de beslissing tot opname.

De huisarts Egberts (12) toont aan de hand van enkele casus in elk geval duidelijk het belang aan van overleg tussen huisarts en specialist, in het geval er een 'slecht-nieuwsgesprek' met patiënten gevoerd moet worden. Hier is een goede informatie-uitwisseling tussen huisartsen en specialisten en een onderlinge afstemming van hun beleid van evident belang voor de inhoud van de zorg. Als dergelijk overleg achterwege blijft, kan de huisarts de patiënt niet goed begeleiden. Het 'slecht-nieuwsgesprek' is uiteraard niet de enige omstandigheid waarin overleg tussen huisartsen en specialisten onontbeerlijk is. Van belang lijkt dat tussen de betrokken partijen concrete afspraken worden gemaakt over de omstandigheden waarin overleg noodzakelijk is, waarbij wordt vastgelegd wie het initiatief neemt: de huisarts of de specialist.

Literatuur

1. LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING. Het Basistakenpakket van de huisarts. Landelijke Huisartsen Vereniging Vademecum, Utrecht 1987
2. NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP. De verwijfsbrief naar de tweedelij[n] [Standaard Oo1]. Huisarts en Wetenschap 32 (1989) 102-105
3. MELKER, R.A. DE. Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin. Dekker & van de Vegt, Nijmegen 1973
4. THIBAUT, J.W & H.H. KELLEY. The Social Psychology of Groups. Wiley, New York 1959
5. GROOL, R. (ed.). To heal or to harm: the prevention of somatic fixation in general practice. Exeter: Royal College of General Practitioners 1989
6. SLUIJS, E.M. & J. VAN DER LEDE. Methodisch werken: de ontwikkelingen sinds 1976. Huisarts en Wetenschap 31 (1988) 3-7 (suppl. H & P 12)
7. FOETS, M., J. VAN DER VELDEN & J. VAN DER ZEE . Een nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. NIVEL, Utrecht 1986
8. FOETS, M. & J. VAN DER VELDEN. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport + meetinstrumenten en procedures. NIVEL, Utrecht 1990
9. BENSING, J.M., FOETS, M., J. VAN DER VELDEN & J. VAN DER ZEE. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts en Wetenschap 34 (1991) 51-60
10. LAMBERTS, H. & M. WOOD (ed.). ICPC, International Classification of Primary Care. Oxford University Press, Oxford 1987
11. LONG, A. & J.B. ATKINS. Communications between general practitioners and consultants. Br Med J 4 (1974) 456-459
12. EGBERTS, G.W. Patiënt - huisarts - specialist: een driehoeksverhouding. Huisarts en Wetenschap 30 (1987) 23-25

8. Contacten tussen huisarts en patiënt in de verschillende stadia van de ziekenhuisopname*

Samenvatting

In het kader van de taak die huisartsen op zich nemen om continue zorg te verlenen is het te verwachten dat zij hun patiënten begeleiden, als deze in het ziekenhuis worden opgenomen. De vraag is, in welke mate daartoe contacten tussen huisartsen en patiënten voorkomen, en welke factoren deze contacten bevorderen. De onderzoeksgegevens zijn door het NIVEL verzameld in het kader van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Over 7815 opgenomen patiënten hebben registraties plaatsgevonden door 161 huisartsen in 103 praktijken.

Belangrijke onderdelen van de contacten tussen huisartsen en patiënten vormen het ziekenhuisbezoek door de huisarts (bij 22% van de opgenomen patiënten) en de visites aan de patiënt thuis na ontslag (bij 26% van de patiënten door de huisarts op diens eigen initiatief afgelegd). Huisartsen op 15 kilometer of meer van het ziekenhuis verwijderd leggen aanzienlijk minder ziekenhuisbezoeken af. Als er daarentegen een ziekenhuis is binnen de vestigingsgemeente, verlenen huisartsen minder vaak nazorg in de vorm van visites aan de ontslagen patiënten thuis. Verder is er in regionaal opzicht van Noord-naar Zuid-Nederland een afnemende geneigdheid bij huisartsen om dergelijke visites af te leggen.

Bij 43% van de opnamen in het ziekenhuis is er wel contact tussen de huisarts en de patiënt, maar er is geen overleg tussen de huisarts en de specialist. De vraag rijst of de huisarts in deze gevallen zonder overleg met de specialist de nagestreefde begeleidende rol voor de patiënt goed kan vervullen.

8.1 Inleiding

In het Verenigd Koninkrijk en Canada wordt momenteel nog een discussie gevoerd over de wenselijkheid dat huisartsen hun patiënten in het ziekenhuis geheel of ten dele zelf behandelen (1, 2). In Nederland lijkt een dergelijke taak voor de huisarts op dit moment achterhaald en laten huisartsen ziekenhuisopnamen over aan specialisten. Wel wordt in het Basistakenpakket (3) uit oogpunt van continuïteit van zorg belang gehecht aan een adequate begeleiding van de patiënt door de huisarts. Wat zal de begeleiding van de huisarts inhouden, uitgaande van drie te onderscheiden fasen in de ziekenhuisopname:

* De opzet en uitwerking van dit hoofdstuk zijn zoveel mogelijk gelijk gehouden aan die van hoofdstuk 7. Het verschil is dat het in dit hoofdstuk (hoofdstuk 8) gaat over **huisarts-patiëntcontacten** over de ziekenhuisopname, terwijl in hoofdstuk 7 **het overleg tussen huisarts en specialist** over de ziekenhuisopname centraal staat.

1. het nemen van de beslissing tot opname, 2. het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis, en 3. de beslissing tot ontslag en de nazorg? Als de beslissing om de patiënt op te nemen valt (fase 1), zal de huisarts de patiënt -indien nodig - helpen zich voor te bereiden op deze ingrijpende gebeurtenis (4). Verder zal de huisarts in een aantal gevallen de noodzaak tot opnemen van de patiënt zelf signaleren. Tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis (fase 2) is met name het ziekenhuisbezoek door de huisarts een mogelijkheid om de continuïteit van zorg te bewaken (3). Bij de terugkeer van de patiënt naar huis (fase 3) zal de huisarts bij een deel van de patiënten nazorg verlenen om de patiënt te begeleiden bij het functioneren in de thuissituatie.

Voor de huisarts impliceert een adequate begeleiding van de patiënt in de verschillende fasen van de ziekenhuisopname afstemming met de specialist. In hoofdstuk 7 zijn we op dit aspect van de continuïteit van zorg binnen de medische lijn ingegaan.

In Nederland is beperkt onderzoek gedaan naar huisarts-patiëntcontacten in verband met de *ziekenhuisopname*. In het Verenigd Koninkrijk, waar de huisarts een min of meer vergelijkbare positie heeft als in Nederland, is overigens ook nauwelijks onderzoek verricht (5). Met uitzondering van enkele studies naar de nazorg voor specifieke patiënten-categorieën (6, 7) dateert het Nederlandse onderzoek uit de jaren zeventig. De studies zijn vooral beschrijvend van aard en hebben specifiek betrekking op het ziekenhuisbezoek en de nazorg na het ontslag. Onderzoek naar contacten over de beslissing tot opname is niet verricht.

Wat betreft het *ziekenhuisbezoek* blijkt uit onderzoek van De Melker in de beginjaren zeventig (8), dat één derde van de huisartsen volgens eigen opgave wekelijks de ziekenhuispatiënten bezoekt, één derde doet dit één à twee maal per maand, en één derde doet het vrijwel nooit. Van 361 bestudeerde patiënten, opgenomen in vier verschillende ziekenhuizen, wordt 31% één of meer keren door de huisarts bezocht. Op basis van een deel van het onderzoeksmateriaal van de onderhavige studie (registratie door de eerste groep van 41 huisartsen) rapporteerden we eerder, dat in 1987 naar schatting 19% van alle opgenomen patiënten door de huisarts werd bezocht (9). Vergeleken met de 31% die De Melker in 1973 constateerde, duidt dit op een teruggang in het ziekenhuisbezoek gedurende het afgelopen decennium, die voor een deel zal zijn toe te schrijven aan de gemiddeld korter geworden duur van ziekenhuisopnamen.

Over de intensiteit van het huisarts-patiëntcontact *in het kader van de nazorg* lopen de cijfers in de diverse onderzoeken behoorlijk uiteen. Een wijkverpleegkundige in een onderzoek van Zuidervaat en Lamberts in 1976 (10) selecteerde slechts 2 van de 134 (1,5%) patiënten voor nazorg door de huisarts. Selectie door een wijkverpleegkundige van door de huisarts in nazorg te nemen patiënten is uiteraard slechts een onzuivere benadering van het werkelijk door huisartsen uitgevoerde bezoek, maar het is wel een indicatie dat het slechts een klein percentage van de patiënten zal betreffen. Bremer e.a. (11) rapporteren in 1976 op basis van een consult-registratie door acht huisartsen 'intensief contact' met 4% van de ontslagen patiënten en 'oppervlakkig contact' met 11% van de patiënten. Vermeulen (12) komt aan de hand van onderzoek in 1973 bij vier huisartsen tot de conclusie dat bij 38% van de patiënten meer dan twee contacten met de huisarts noodzakelijk zijn. Wij vonden in eerder genoemde studie met gegevens uit 1987 (9),

dat in 50% van de gevallen contact in verband met de nazorg tussen huisarts en patiënt en/of mantelzorg plaatsvindt. Daarbij is een visite aan de ontslagen patiënt, op initiatief van de huisarts, met 31% de belangrijkste categorie. Visites op initiatief van de patiënt of mantelzorg gebeuren in 4% van de gevallen. Terzijde, bij wijze van vergelijking: in Engeland blijken de visites na ontslag juist veel vaker op initiatief van patiënt en mantelzorg plaats te vinden dan op initiatief van de huisarts (5), hetgeen suggereert dat de Engelse huisarts een meer afwachterende houding aanneemt ten aanzien van het bieden van continue zorg.

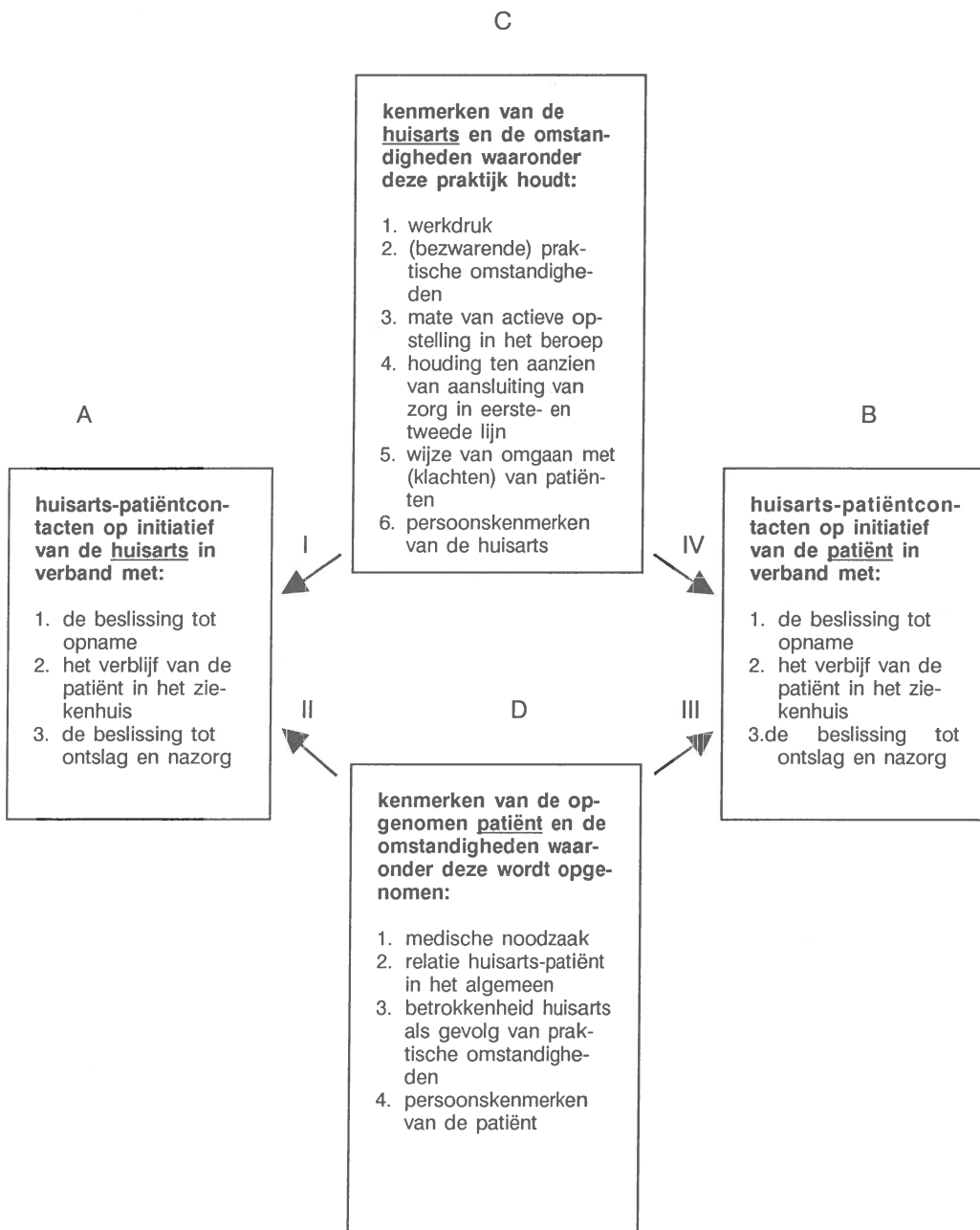
De Melker (8) is nagegaan welke patiënt-kenmerken samenhangen met het ziekenhuisbezoek door de huisarts. Patiënten worden vaker bezocht: naarmate ze langer zijn opgenomen, als ze 'klasse-patiënt' zijn, als ze een hogere opleiding hebben, en als ze meer dan vier keer in het ziekenhuis opgenomen zijn geweest. Jacobs e.a. (13) concluderen, dat de houding van huisartsen ten opzichte van het ziekenhuisbezoek ("de taakopvatting van de huisarts ten aanzien van zijn ziekenhuispatiënten") een betere voorspeller is van het ziekenhuisbezoek dan structurele beperkingen, zoals de afstand en de reistijd tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis en de praktijkgrootte. Huisartsen zelf hanteren tijdgebrek als het belangrijkste argument voor het niet bezoeken van patiënten. Dat doet Jacobs e.a. zich de vraag stellen of tijdgebrek geen rationalisatie is van de taakopvatting.

Gegeven de beperkte stand van kennis op het onderhavige terrein, is deze studie bedoeld om te komen tot een beschrijving van de frequentie van huisarts-patiënt-contacten in de onderscheiden fasen van de ziekenhuisopname in de Nederlandse situatie. Daarnaast gaat het erom de variatie in de frequentie van deze contacten te verklaren. Daartoe wordt het model gebruikt dat is weergegeven in figuur 8.1. Een soortgelijk model hanteerden we eerder (in hoofdstuk 7) voor het verklaren van de variatie in het overleg over ziekenhuisopnamen tussen huisarts en specialist.

De te verklaren variabelen houden verband met de frequentie van het contact tussen huisarts en patiënt, onderscheiden naar contacten op initiatief van de huisarts (blok A) versus contacten op initiatief van de patiënt (blok B). Elk van beide categorieën contacten wordt daarbij verder gedifferentieerd naar de drie onderscheiden fasen van de ziekenhuisopname. De basis-veronderstelling is dat het al dan niet voorkomen van huisarts-patiëntcontacten in één van de onderscheiden categorieën wordt beïnvloed door twee groepen verklarende variabelen, respectievelijk verband houdend met de huisarts (blok C) en met de opgenomen patiënt (blok D).

De frequentie van de *contacten op initiatief van de huisarts* (blok A) laat zich verklaren uit kenmerken van de huisarts en de patiënt (respectievelijk pijl I en II). Op basis van het kosten-batenprincipe (14) mag voor beide groepen kenmerken worden aangenomen dat zij de kans op contact verkleinen, wanneer zij voor de huisarts de (materiële of immateriële) 'kosten' van contacten met de patiënt verhogen. Het omgekeerde geldt voor de 'baten'. De bestudering van de relatie tussen verklarende en te verklaren variabelen is voor een deel exploratief. Ook is het te verwachten effect van sommige verklarende variabelen anders, al naar gelang het huisarts-patiëntcontacten in fase 1, 2 of 3 van de ziekenhuisopname betreft (bijvoorbeeld een grotere afstand tot het ziekenhuis maakt wel het ziekenhuisbezoek voor de huisarts bezwaarlijker, maar niet een visite

Figuur 8.1: Model voor het verklaren van de frequentie van huisarts-patiëntcontacten in verband met de ziekenhuisbehandeling



bij de patiënt thuis na diens ontslag). In het algemeen mag echter verwacht worden, dat contacten op initiatief van de huisarts vaker voorkomen naarmate:

- (blok C) 1. de werkdruk van de huisarts geringer is (meer tijd om het initiatief te nemen tot dergelijke contacten), 2. de praktische omstandigheden contacten met patiënten minder bezwaarlijk maken (bijvoorbeeld bij een kleinere afstand tot het ziekenhuis kost ziekenhuisbezoek minder tijd), 3. de huisarts een actievere opstelling heeft in het beroep (positiever denkt over het beroep huisarts, meer aan nascholing doet, meer contacten met specialisten onderhoudt, en dergelijke), 4. qua houding meer verantwoordelijkheid voelt voor de aansluiting van zorg tussen eerste- en tweedelijns, 5. minder geneigd is risico's te nemen met klachten van patiënten;

- (blok D) 1. de medische noodzaak tot contact groter is (vooral bij ernstigere aandoeningen), 2. de huisarts meer betrokken is bij de patiënt (bijvoorbeeld doordat de patiënt al lang is ingeschreven bij deze huisarts of alleenstaand is), 3. de huisarts door praktische omstandigheden beter op de hoogte is van de opname (hetgeen bijvoorbeeld meer het geval zal zijn, als de huisarts initiatiefnemer is van de opname, en juist minder als de patiënt voor opname al onder poliklinische behandeling was).

Over de effecten van persoonskenmerken van huisarts en patiënt bestaan geen verwachtingen vooraf. Verder is er één nog niet genoemde bestudeerde variabele in de rubriek 'de algemene relatie tussen huisarts en patiënt': de verzekeringsvorm van de patiënt. Strikt economisch redenerend zullen huisartsen bij particuliere patiënten meer dan bij ziekenfondsverzekerden geneigd zijn tot contact vanwege het honorarium. In sociaal opzicht zal het voor huisartsen echter bezwaarlijk zijn om patiënten een nota te sturen voor contacten waartoe deze laatsten niet het initiatief hebben genomen.

De frequentie van *de contacten op initiatief van de patiënt* (blok B) laat zich - evenals de contacten op initiatief van de huisarts - verklaren op basis van kenmerken van de patiënt (pijl III) en de huisarts (pijl IV). Daarbij dient aangetekend te worden, dat niet alle relevante kenmerken van patiënten hier bestudeerd zijn, omdat de aandacht primair gericht is op de contacten op initiatief van de huisarts. De gegevensverzameling heeft dan ook plaatsgevonden via de huisarts. Over sommige kenmerken van patiënten, zoals de verwachtingen ten aanzien van de rol van de huisarts met betrekking tot de ziekenhuisopname, zijn daardoor geen gegevens beschikbaar.

Wat betreft de relatie tussen verklarende en te verklaren variabelen mag ook hier worden aangenomen, dat naarmate de patiënt meer 'kosten' en minder 'baten' van het contact met de huisarts verwacht, de kans op het contact afneemt. De uitwerking van deze algemene veronderstelling in de bestudeerde variabelen is beperkt tot een aantal aspecten; voor het overige beschouwen we dit onderdeel van de studie als exploratief. Verondersteld wordt dat patiënten meer geneigd zijn om contact op te nemen met huisartsen over hun ziekenhuisopname naarmate de aard van de aandoening ernstiger is. De onzekerheid van patiënten is immers groter, zodat zij meer geneigd zijn tot overleg met hun vertrouwde arts. Verder geldt ten aanzien van de verzekeringsvorm de verwachting, dat particuliere patiënten minder geneigd zijn om hun huisarts te raadplegen vanwege de gevraagde financiële vergoeding.

De onderzoeksvragen luiden:

- In welke mate vinden contacten plaats tussen huisarts en patiënt (respectievelijk op initiatief van de huisarts dan wel de patiënt) in de verschillende fasen van de ziekenhuisopname?
- In welke mate kan de frequentie waarmee deze contacten zich voordoen worden verklaard op basis van kenmerken van huisarts en patiënt en gelden daarbij de veronderstelde relaties?

8.2 Methode

8.2.1 Steekproef

Evenals in hoofdstuk 2 en 7 maken we voor het onderzoek gebruik van gegevens die zijn verzameld in het kader van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (15, 16). Voor deze studie zijn in 1987 en 1988 bij 161 huisartsen in 103 verschillende praktijken gegevens verzameld over de morbiditeit die zich aandient in de huisartspraktijk en over de verrichtingen die de huisarts in verband daarmee uitvoert. De huisartsen zijn daarbij in vier min of meer willekeurige groepen ingedeeld, waarbij in vier opeenvolgende perioden van steeds drie maanden registraties hebben plaatsgevonden. De steekproef is niet in alle opzichten geheel representatief samengesteld (15, 16). Indien de variabelen waarop de steekproef afwijkt een significant effect blijken te hebben op de bestudeerde typen huisarts-patiëntcontacten in verband met ziekenhuisopnamen, zullen de cijfers voor het verkrijgen van een representatief beeld worden gewogen.

8.2.2 Procedure

Er is in hoofdzaak gebruik gemaakt van twee gegevensbronnen. De eerste is een eenmalige schriftelijke enquête onder de deelnemende huisartsen. Hiermee zijn de gegevens verkregen over de kenmerken van huisartsen (vergelijk het model in figuur 8.1). De gegevens over de kenmerken van opgenomen patiënten en over de contacten tussen huisarts en patiënt zijn verkregen via een speciale, in de huisartspraktijk uitgevoerde registratie. Deze was als volgt opgezet. In de praktijken die participeerden in de Nationale Studie verscheen als regel één maal per week een veldwerker. Deze zag er op toe, dat alle informatie die in de praktijk binnenkwam, die erop wees dat een patiënt uit die praktijk in een algemeen of academisch ziekenhuis was opgenomen, werd vastgelegd. De informatie over de huisarts-patiëntcontacten werd verzameld via een door de huisarts per patiënt in te vullen formulier. De huisarts gaf ook aan wie de initiatiefnemer (huisarts of patiënt) was van deze contacten. De vragen over de beslissing om de patiënt op te nemen en diens verblijf in het ziekenhuis werden beantwoord, zodra bericht van ontslag van de patiënt bij de huisarts was gearriveerd. In principe veertien dagen na het tijdstip van ontslag werden de vragen over het ontslag en de eventuele nazorg door de huisarts beantwoord.

Alleen ziekenhuisopnamen waarvan de opnamedatum na de aanvang van de drie maanden durende veldwerkperiode lag en waarvan de ontslagdatum niet langer dan een maand na het afsluiten van de veldwerkperiode viel, zijn in het onderzoek betrokken.

Deze eindgrens is gesteld vanwege operationele redenen. Gevolg is dat in het bestand de gegevens over een relatief klein aantal wel gesignaleerde opnamen van langer dan één maand ontbreken (op basis van het in de eerste veldwerkperiode gevonden percentage betreft het naar schatting 3% van het wel gesignaleerde aantal opnamen). Het onderzoeksbestand heeft betrekking op 7815 opgenomen patiënten en is redelijk volledig (93% van het aantal dat men zou verwachten, gegeven het aantal bij de huisartsen ingeschreven patiënten en de voor Nederland geldende gemiddelde opnamekans van 10%).

8.2.3 Operationalisatie van kenmerken van huisartsen en van opgenomen patiënten

Voor kenmerken van huisartsen die een houdings-dimensie betreffen is schaalconstructie uitgevoerd (17; zie ook hoofdstuk 2). Wat betreft de operationalisatie van kenmerken van de opgenomen patiënten geldt voor drie van de bestudeerde variabelen (de mate waarin de aandoening van de patiënt levensbedreigend, invaliderend, en psychosociaal is) dat de betreffende informatie niet rechtstreeks via een beoordeling van de huisarts op het betreffende registratieformulier is verkregen. De informatie is ontleend aan oordelen op vijf-puntsschalen, die huisartsen elders binnen de Nationale Studie meer in het algemeen over de aandoeningen van verwezen patiënten hebben uitgesproken. Deze oordelen zijn per ICPC-code (18) gekoppeld aan de aandoeningen van de bestudeerde opgenomen patiënten.

8.2.4 Analyseschema

De in figuur 8.1 veronderstelde effecten van de verschillende rubrieken zijn getoetst door middel van covariantie-analyse, zodat het effect van afzonderlijke variabelen kan worden vastgesteld met een controle voor de doorkruisende effecten van andere variabelen. Allereerst zijn de effecten van kenmerken van de opgenomen patiënten op het contact tussen huisarts en patiënt over de ziekenhuisopname vastgesteld op basis van het bestand van 7815 cases. Los daarvan is in de tweede stap (vanaf paragraaf 8.3.4) het effect van kenmerken van huisartsen bestudeerd. Bij huisartsen die in de registratieperiode maar met weinig opnamen te maken hebben, kan men geen goed beeld krijgen van hun gebruikelijke contact-frequenties. Daarom zijn alleen huisartsen met 20 of meer opgenomen patiënten in de analyses betrokken. In de praktijk betekent dit dat geanalyseerd is over een bestand van 132 huisartsen (43 van hen hebben gedurende de drie maanden 20 tot 39 opgenomen patiënten, eveneens 43 huisartsen hebben er 40 tot 59, en 46 hebben er 60 tot 111).

8.3 Resultaten

8.3.1 Beschrijving van de frequentie van huisarts-patiëntcontacten naar fase van de ziekenhuisopname

Tabel 8.1 geeft een overzicht van het percentage ziekenhuisopnamen waarbij contact heeft plaatsgevonden.

Tabel 8.1: Overzicht van het contact tussen huisarts en patiënt (en/of mantelzorg) tijdens drie onderscheiden fasen van de ziekenhuisopname, uitgedrukt in het percentage* opnamen waarbij contact plaatsvindt op het totaal aantal opnamen (N=7815)

	% initiatief huisarts	% initiatief patiënt en/of mantelzorg	% totaal
Contact over:			
1. Beslissing tot opname	10	16	26
2. Verblijf van de patiënt in het ziekenhuis	26	6	32
waarvan**: ziekenhuisbezoek	22	--	22
3. Beslissing tot ontslag / nazorg	32	19	51
waarvan**: patiënt op het spreekuur	1	9	10
visite bij de patiënt thuis	26	4	30
Contact in enigerlei fase (1 en/of 2 en/of 3)***	41	27	68

* Waar nodig (contacten op initiatief van de huisarts in fase twee en drie) zijn de percentages gewogen voor de verschillen in samenstelling tussen de steekproef en de Nederlandse populatie huisartsen; de percentages in fase twee zijn gewogen voor 'afstand', die in fase drie voor 'afstand' en 'regio' (zie tabel 8.4).

** Slechts de meest saillante aspecten van het totaal zijn nader uitgesplitst.

*** Percentages in deze rij zijn geen optelling van de percentages erboven. Als tijdens meer dan één fase overleg plaatsvindt, telt dit hier toch slechts éénmaal mee. Het gaat om contact in fase 1 en/of 2 en/of 3.

De tabel laat zien dat contacten tussen huisarts en patiënt of mantelzorg het meest frequent voorkomen in de derde fase van de ziekenhuisopname (ontslag en nazorg). Bij 51% van de patiënten is er dan contact. Visites afgelegd bij de ontslagen patiënten (verder aangeduid als 'visites thuis') vormen daarbij de belangrijkste categorie contacten. Bij 30% van de patiënten vinden dergelijke visites plaats, in 26% van de gevallen op initiatief van de huisarts. Wat betreft het initiatief tot contact blijkt overigens, dat dit over de gehele linie vaker uitgaat van de huisarts dan van de patiënt of de mantelzorg (verder kortweg aangeduid als 'op initiatief van de patiënt', waarmee dus zowel de patiënt als

diens mantelzorg, als beiden tezamen bedoeld worden), respectievelijk 41% tegenover 27%, hoewel specifiek de contacten over de opnamebeslissing vaker op initiatief van de patiënt (16%) dan op initiatief van de huisarts (10%) worden aangegaan. Van de opgenomen patiënten wordt 22% in het ziekenhuis bezocht door de huisarts.

Er bestaan enkele onderlinge samenhangen tussen de verschillende typen contact, die erop wijzen dat als huisartsen in eerdere fasen van de ziekenhuisopname contact hebben gehad met patiënten, zij ook in latere fasen vaker contact hebben. Zo hangt contact op initiatief van de patiënt over de beslissing tot opname positief samen met ziekenhuisbezoek door de huisarts (Pearson $r=.18$) en de visite thuis na ontslag op initiatief van de huisarts ($r=.11$). Beide laatst genoemde contacten hangen onderling overigens ook positief samen ($r=.14$). Daarentegen maakt een contact over het ontslag en de nazorg op initiatief van de patiënt een visite thuis op initiatief van de huisarts juist minder waarschijnlijk ($r=-.17$).

8.3.2 Effecten van de kenmerken van opgenomen patiënten op huisarts-patiënt-contacten

Om het aantal te verklaren variabelen te beperken is alleen studie gemaakt van de variatie in de vijf meest frequent voorkomende typen contact (zie tabel 8.2). Verklarende variabelen die blijkens significante Pearson correlaties ($p<.05$) bivariaat bleken samen te hangen met één of meer van deze te verklaren variabelen zijn in de covariantie-analyse betrokken om de onafhankelijke effecten ervan vast te stellen.

Blijkens de hoeveelheid verklaarde variantie kunnen het contact over de opnamebeslissing op initiatief van de patiënt en het ziekenhuisbezoek relatief het beste te worden verklaard (resp. $R^2=.16$ en $R^2=.13$).

Per type contact worden de volgende verbanden gevonden:

Contact over de beslissing tot opname op initiatief van de huisarts:

De 'betrokkenheid van de huisarts ten gevolge van praktische omstandigheden' is hier nagenoeg de enige relevante factor. Met name is van belang dat de huisarts initiatiefnemer is van de opname: is dit het geval dan is er contact in 20% van de gevallen; zo niet dan in 6%.

Ziekenhuisbezoek door de huisarts:

Ziekenhuisbezoek blijkt in de eerste plaats afhankelijk van de 'medische noodzaak': bij een langere ligduur, bij opnamen met een spoedkarakter, en bij meer levensbedreigende aandoeningen neemt de kans op ziekenhuisbezoek door de huisarts toe; naarmate de aandoening meer psychosociale aspecten heeft neemt de kans juist iets af. Verder speelt vooral de 'betrokkenheid van de huisarts ten gevolge van praktische omstandigheden' een rol: in algemene ziekenhuizen wordt 25% van de patiënten bezocht en in academische 9%; als de huisarts initiatiefnemer van de opname is bezocht deze 29% van de patiënten, zo niet dan 21%. Van de 'persoonkenmerken van de patiënt' speelt tenslotte de leeftijd een rol: oudere mensen worden vaker bezocht (de β te interpreteren als: bij een toename van de leeftijd met 100% stijgt de kans op ziekenhuisbezoek met 12%, te weten $.12 \times 100\%$).

Tabel 8.2: Covariantie-analyse voor het effect van kenmerken van opgenomen patiënten op het plaatsvinden van contact tussen huisarts en patiënt in verband met de ziekenhuisopname (N=7815*). Alleen bij significante effecten ($p < .05$) zijn bij de factoren de (voor effecten van andere factoren en covariaten) gecorrigeerde gemiddelde percentages huisarts-patiëntcontacten weergegeven en bij covariaten de β 's.

			initiatiefnemer van het contact is de huisarts			initiatiefnemer van het contact is pa- tiënt of mantelzorg		
			fase 1 contact over beslissing tot opna- me (gem. = 10%)	fase 2 ziekenhuis bezoek (gem. = 22%**)	fase 3 visite thuis (gem. = 31%**)	fase 1 contact over beslis- sing tot opname (gem. = 16%)	fase 3 contact over ontslag en nazorg (gem. = 19%)	
verklarende variabelen		N						
↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓								
1. <u>medische noodzaak</u>								
- mate waarin de aandoening levensbedreigend is		5628	β	--	.05	.12	.04	--
- mate waarin de aandoening invaliderend is		5628	β	--	--	-.12	--	--
- mate waarin de aandoening psychosociaal is		5628	β	--	-.06	-.12	-.03	.12
- ligduur		5628	β	.04	.24	.12	.03	--
- spoedopname	ja	2223	gem.	--	25%	36%	--	--
	nee	3405	gem.	--	21%	29%	--	--
2. <u>relatie huisarts-patiënt in het algemeen</u>								

(vervolg tabel 8.2)

verklarende variabelen ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓	N	initiatiefnemer van het contact is de huisarts			initiatiefnemer van het contact is pa- tiënt of mantelzorg	
		fase 1 contact over beslissing tot opna- me (gem. = 10%)	fase 2 ziekenhuis bezoek (gem. = 22%**)	fase 3 visite thuis (gem. = 31%**)	fase 1 contact over beslis- sing tot opname (gem. = 16%)	fase 3 contact over ontslag en nazorg (gem. = 19%)

3. betrokkenheid huisarts ten gevolge van praktische omstandigheden

- huisarts is initiatiefnemer van de opname	ja	1602	gem.	20%	29%	--	37%	--
	nee	4026	gem.	6%	21%	--	8%	--
- patiënt is voorafgaand aan opname onder poliklinische behandeling	ja	3431	gem.	11%	--	31%	--	--
	nee	2197	gem.	8%	--	34%	--	--
- type ziekenhuis: algemeen	ja	4903	gem.	10%	25%	--	16%	--
	nee	725	gem.	13%	9%	--	19%	--

4. persoonskenmerken van de patiënt

- leeftijd	5628	β	--	.12	.06	.01	.13	
Totaal verklaarde variantie (R²)				.04	.13	.05	.16	.01

* In de praktijk varieert het aantal waarnemingen per variabele, omdat sprake is van een wisselend aantal ontbrekende waarnemingen.

** Deze percentages kunnen enigszins afwijken van de corresponderende percentages in tabel 8.1, omdat zij niet 'gewogen' zijn; bij het vaststellen van relaties, zoals in deze tabel (8.2) gebeurt, is weging niet aan de orde.

Visite thuis door de huisarts:

De visite thuis is in hoofdzaak afhankelijk van de 'medische noodzaak': vaker worden thuisvisites afgelegd na spoedopnamen, als de patiënt langer in het ziekenhuis heeft gelegen, en bij meer levensbedreigende aandoeningen; juist minder vaak vinden thuisvisites plaats naarmate de aandoening meer invaliderend is voor de patiënt en meer psychosociaal van aard is. Bij de 'betrokkenheid ten gevolge van praktische omstandigheden' is te zien dat vaker thuisvisites worden afgelegd bij patiënten die voorafgaand aan de opname onder poliklinische behandeling zijn.

Contact over de beslissing tot opname op initiatief van de patiënt:

De 'betrokkenheid van de huisarts ten gevolge van praktische omstandigheden' speelt hier in die zin vooral een rol, dat deze contacten bij 37% van de patiënten voorkomen bij wie de huisarts de initiatiefnemer is van de opname; zo niet dan bij 8% van de patiënten. Wordt de betreffende variabele uit de covariantie-analyse weggelaten, dan daalt de R^2 van .16 naar .06; er wordt dan dus vrijwel geen variantie meer verklaard. Verder spelen het type ziekenhuis, een aantal aspecten van de 'medische noodzaak' en de leeftijd van de patiënt een geringe rol.

Contact over ontslag en nazorg op initiatief van de patiënt:

Naarmate de leeftijd van de patiënt hoger is en de aandoening meer psychosociale aspecten heeft komt dit contact vaker voor, maar deze aspecten bieden geen verklaring voor de gevonden verschillen ($R^2 = .01$).

De bestudeerde typen contact blijken geen van alle beïnvloed te worden door de 'relatie tussen huisarts en patiënt in het algemeen' (het aantal jaren dat de patiënt bij de huisarts is ingeschreven, of de patiënt al dan niet alleenstaand is, en of de patiënt particulier dan wel ziekenfonds verzekerd is). Wat betreft de 'persoonkenmerken van de patiënt' blijken diens geslacht en opleiding geen rol te spelen.

8.3.3 Contacten in relatie tot de aard van de aandoening van de opgenomen patiënt

Tabel 8.3 geeft inzicht in de frequentie van huisarts-patiëntcontacten in verband met de ziekenhuisopname voor een aantal ziekte categorieën, samengesteld door etiologisch verwante aandoeningen over de anatomische hoofdstukken van het ICPC-systeem (18) samen te nemen. Er is een selectie gemaakt van zonder veel problemen te classificeren aandoeningen die, qua aantal, substantiële categorieën vullen.

Bij de contacten over de beslissing tot opname op initiatief van de huisarts zijn er geen grote afwijkingen ten opzichte van het gemiddelde dat geldt voor alle ziekenhuisopnamen (maximaal 3%). Ziekenhuisbezoek door de huisarts komt met name vaker dan gemiddeld voor bij degeneratieve hart- en vaatafwijkingen (35%). Bij de visite thuis door de huisarts na het ontslag is dit 36%. Bij de visite thuis door de huisarts na het ontslag is er vooral het contrast tussen de maligne nieuwvormingen (45%) en de traumata (18%).

Contacten op initiatief van de patiënt over de opnamebeslissing komen bij benigne nieuwvormingen (10%) en traumata (11%) relatief weinig voor; met name bij degeneratieve hart- en vaatziekten (25%) vinden ze daarentegen juist relatief vaak plaats. De contacten op initiatief van de patiënt over ontslag en nazorg komen relatief vaak voor bij opnamen in verband met benigne nieuwvormingen (27%) en pijnklachten (26%).

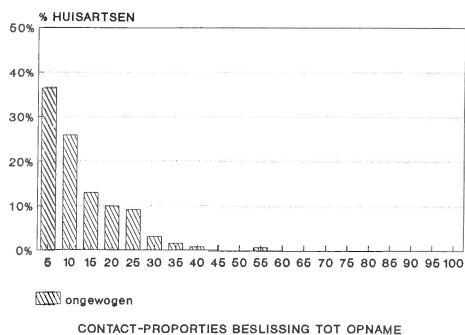
Tabel 8.3: Overzicht van het huisarts-patiëntcontact per ziektecategorie. In de tabel zijn per fase van de ziekenhuisopname de percentages opnamen vermeld waarbij contact plaatsvindt

	initiatiefnemer van het contact is de huisarts			initiatiefnemer van het contact is de patiënt of mantelzorg		
	fase 1 contact over beslissing tot opname (gem. = 10%)	fase 2 ziekenhuis bezoek (gem. = 22%*)	fase 3 visite thuis (gem. = 31%*)	fase 1 contact over beslissing tot opname (gem. = 16%)	fase 3 contact over ontslag en nazorg (gem. = 19%)	N (= 100%)
degeneratieve hart- en vaatafwijkingen (ischaemische hartziekten, CVA, e.d.)	13	35	36	25	24	834
infecties	12	25	21	21	17	430
maligne nieuwvormingen	13	29	45	20	21	485
pijn	10	22	25	16	26	518
traumata	7	19	18	11	21	544
benigne nieuwvormingen	10	19	25	10	27	59

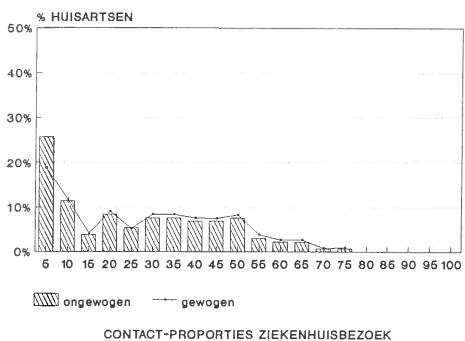
* Deze percentages kunnen enigszins afwijken van de corresponderende percentages in tabel 8.1, omdat zij niet 'gewogen' zijn; bij het vaststellen van relaties, zoals in deze tabel (8.3) gebeurt, is weging niet aan de orde

Figuur 8.2: Verdeling van de contact-propoerties* van huisartsen (N=132), uitgesplitst naar de verschillende typen onderscheiden contact

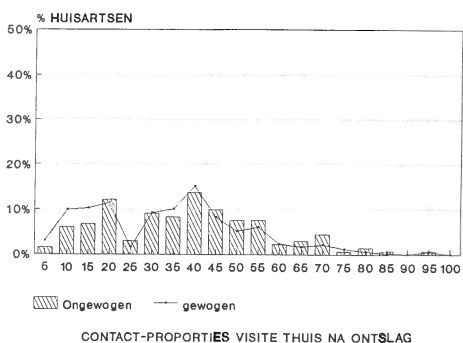
A. Initiatiefnemer van het contact is de huisarts



ongewogen gem. = 10
standaard dev. = 9



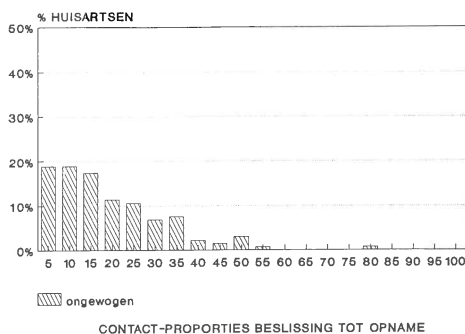
ongewogen gem. = 24
standaard dev. = 19
gewogen gem. = 26
standaard dev. = 19



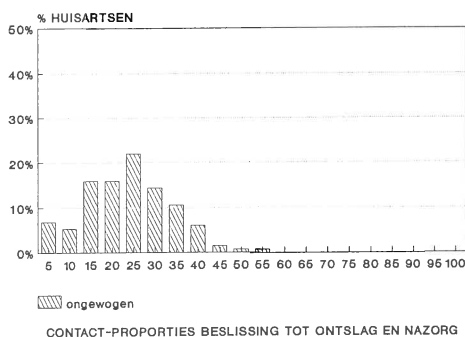
ongewogen gem. = 36
standaard dev. = 19
gewogen gem. = 31
standaard dev. = 18

(vervolg figuur 8.2)

B. Initiatiefnemer van contact is de patiënt of mantelzorg



ongewogen gem. = 17
standaard dev. = 13



ongewogen gem. = 21
standaard dev. = 10

* waar nodig zijn deze proporties gewogen voor de verschillen in samenstelling tussen de steekproef en de Nederlandse populatie huisartsen.

** de waarden op de x-as geven de klasse-bovengrenzen aan

8.3.4 Overzicht van de intensiteit van contacten per huisarts

In figuur 8.2 is een overzicht aan te treffen van de mate waarin de onderscheiden typen huisarts-patiëntcontact voorkomen op het niveau van de individuele huisarts. De mate waarin de typen contact voorkomen is daarbij uitgedrukt in proporties die aangeven bij hoeveel procent van de opgenomen patiënten van een huisarts in de registratie-periode van drie maanden een bepaald type contact heeft plaatsgevonden (de 'contact-proporties'). De contactproporties staan in klassen (waarvan alleen de bovengrens is aangegeven) op de X-as; op de Y-as is te zien hoeveel procent van de onderzochte huisartsen contact-proporties in de betreffende klasse heeft.

Contacten op initiatief van de huisarts:

Uit de verdeling van de contact-proporties met betrekking tot de beslissing tot opname is op te maken dat huisartsen veelal slechts bij een klein deel van de opnamen contact zoeken met de patiënt: 36% heeft deze contacten vrijwel nooit (een contact-proportie van maximaal 5%) en 26% zit in de categorie contact-proporties van 6% tot 10%. Daarna daalt de curve verder en slechts een klein deel van de huisartsen (enkele procenten) heeft contact-proporties tot ongeveer 40% en incidenteel 55%.

Ziekenhuisbezoek blijkt door 19% van de huisartsen (na weging voor steekproef-afwijkingen) vrijwel nooit te worden afgelegd (een contact-proportie van maximaal 5%). Voor het overige zijn de contactproporties zeer verschillend: alle proporties tot en met een maximum van 75% komen voor.

Voor de visites thuis na ontslag is de spreiding nog wat groter.

Contacten op initiatief van de patiënt:

De contacten over de opnamebeslissing op initiatief van de patiënt vertonen grotendeels hetzelfde beeld als de contacten over de opnamebeslissing op initiatief van de huisarts. Het beeld is alleen minder extreem, in die zin dat vooral contact-proporties van 5% of lager minder vaak voorkomen.

De contacten over ontslag en nazorg die plaats vinden op initiatief van patiënt of mantelzorg zijn min of meer normaal verdeeld. De grootste groep huisartsen heeft een contact-proportie in de buurt van het gemiddelde van 25%. Naar beide extreme contact-proporties toe vinden we steeds minder huisartsen.

Relaties tussen de typen contact:

Op een aantal punten blijken huisartsen die zelf vaker het initiatief tot contact nemen met patiënten ook vaker op initiatief van hun patiënten over ziekenhuisopnamen te worden benaderd. Zo worden huisartsen die vaker het initiatief nemen tot contact over de beslissing tot opname tevens meer frequent door hun patiënten benaderd over de beslissing tot opname ($r=.20$) en over het ontslag of de nazorg ($r=.18$). Verder gaan huisartsen die meer door hun patiënten over de beslissing tot opname worden benaderd ook vaker bij hun patiënten in het ziekenhuis op bezoek ($r=.15$). Ten aanzien van het ontslag of de nazorg blijken visites thuis op initiatief van de huisarts echter juist minder vaak afgelegd te worden door huisartsen die meer patiënten hebben die daarover zelf contact opnemen ($r=-.17$).

8.3.5 Effecten van kenmerken van huisartsen op de intensiteit van het contact

Covariantie-analyses wijzen uit, dat slechts bij vier van de vijf te verklaren variabelen significante effecten van kenmerken van huisartsen kunnen worden vastgesteld. Geen van deze kenmerken blijkt namelijk invloed te hebben op het contact op initiatief van de huisarts over de opnamebeslissing.

In tabel 8.4 is een overzicht te vinden van de resultaten van de covariantie-analyse:

Ziekenhuisbezoek door de huisarts ($R^2=.30$):

De 'bezwarende praktische omstandigheid', afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis, blijkt een belangrijke remmende factor voor het ziekenhuisbezoek. Met name bij afstanden van 15 kilometer of meer loopt het ziekenhuisbezoek sterk terug. Verder worden geen significante effecten gevonden.

Visite thuis door de huisarts ($R^2=.39$):

Alleen 'praktische omstandigheden' beïnvloeden de visites aan ontslagen patiënten thuis. Het betreft de afstand tussen de praktijkvestiging en het dichtstbijzijnde ziekenhuis en de regio van het land waar de praktijk gevestigd is. Wat betreft de afstand worden in de situatie dat er een ziekenhuis in de gemeente van vestiging aanwezig is minder thuisvisites afgelegd (28% ten opzichte van 41% dan wel 43% waar een ziekenhuis op kleinere of grotere afstand van de gemeente is. - Dit verband is tegengesteld aan dat bij het boven besproken ziekenhuisbezoek. - De regio speelt een rol in die zin dat de meeste thuisvisites worden afgelegd in Groningen, Friesland en Drenthe (47% van de ontslagenen); de provincies in midden-Nederland bevinden zich in een midden-positie (35%); in Noord-Brabant en Limburg worden de minste thuisvisites afgelegd (29%).

Contact over de beslissing tot opname op initiatief van de patiënt ($R^2=.23$):

Hier speelt wat betreft de 'mate van actieve opstelling in het beroep', de 'taakopvatting ten aanzien van behandeling' (17) een rol: hoe meer huisartsen geneigd zijn om aandoe-ningen zelf te behandelen (versus ervoor te verwijzen), des te meer zijn patiënten geneigd om contact met hun huisarts op te nemen in verband met de opnamebeslissing. Verder speelt wat betreft de 'houding ten aanzien van de aansluiting van zorg in eerste- en tweedelij', de 'algemene taakuitoefening' (hoofdstuk 2) een rol: hoe positiever huis-artsen oordelen over de mate waarin ze er in de praktijk in slagen om de zaak in eigen hand te houden (het tegenovergestelde van het doorverwijzen naar specialisten) en om zeggenschap te houden over wat er met verwezen patiënten gebeurt, des te meer zijn patiënten geneigd om contact met hun huisarts op te nemen in verband met de opnamebeslissing.

Contact over ontslag en nazorg op initiatief van de patiënt ($R^2=.27$):

Alleen de 'sociale kosten en baten van continuïteitsinvloed' (hoofdstuk 2) spelen hier een rol. In concreto houdt dit in, dat hoe positiever huisartsen hun contacten waarderen met hun patiënten (en de behandelend specialisten van deze patiënten) als zij deze patiënten begeleiden bij hun behandeling in de tweedelij, des te meer zijn deze patiënten geneigd om contact op te nemen met hun huisarts in verband met hun ontslag uit het ziekenhuis of de nazorg.

Voor een groot aantal bestudeerde verklarende variabelen blijkt geen invloed uit te gaan op welke van de te verklaren variabelen dan ook¹.

Tabel 8.4: Covariantie-analyse voor het effect van kenmerken van huisartsen op de mate waarin contacten tussen huisarts en patiënt plaats vinden in verband met de ziekenhuisopname (N=132*). Alleen bij significante effecten ($p < .05$) zijn bij de factoren de (voor effecten van andere factoren en covariaten) gecorrigeerde gemiddelde percentages huisarts-patiëntcontact weergegeven en bij covariaten de β 's.

verklarende variabelen ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓	N	initiatiefnemer van het contact is de huisarts		initiatiefnemer van het contact is de patiënt of diens mantelzorg	
		fase 2 ziekenhuis- bezoek (gem. = 23%***)	fase 3 visite thuis (gem. = 36%***)	fase 1 contact over de beslissing tot opname (gem. = 17%)	fase 3 contact over ontslag en nazorg (gem. = 22%)

1. werkdruk

2. (bezwarende)

praktische omstandigheden

- afstand tot het dichtsbijzijnde
ziekenhuis:

- . ziekenhuis in de gemeente
van vestiging
- . afstand over de weg
1 tot 15 km**
- . afstand over de weg
15 km of meer**

49	gem.	29%	28%	--	--
44	gem.	26%	41%	--	--
30	gem.	10%	43%	--	--

- regio:

- . Noord (Gr., Fr., Dr.)
- . Zuid (N-Br., L.)
- . Midden (overige prov.)

33	gem.	--	47%	--	--
45	gem.	--	29%	--	--
45	gem.	--	35%	--	--

(vervolg tabel 8.4)

verklarende variabelen ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓	N	initiatiefnemer van het contact is de huisarts		initiatiefnemer van het contact is de patiënt of diens mantelzorg		
		fase 2 ziekenhuis- bezoek (gem. = 23%***)	fase 3 visite thuis (gem. = 36%***)	fase 1 contact over de beslissing tot opname (gem. = 17%)	fase 3 contact over ontslag en nazorg (gem. = 22%)	
3. <u>mate van actieve opstelling in het beroep</u>						
- taakopvatting ten aanzien van behandeling (19)	123	β	--	--	.20	--
4. <u>houding ten aanzien van aansluiting van zorg in eerste- en tweedelij</u>						
- opvattingen met betrekking tot de 'algemene taakuitoefening' (17)	123	β	--	--	-.23	--
- 'sociale kosten en baten van continuïteitsinvloed'	123	β	--	--	--	.24
5. <u>wijze van omgaan met (klachten van) patiënten</u>						
6. <u>persoonskenmerken van de huisarts</u>						
Totaal verklaarde variantie (R²)						
			.30	.39	.23	.27

* In de praktijk varieert het aantal waarnemingen enigszins per variabele, omdat sprake is van een wisselend aantal ontbrekende waarnemingen. Voor 123 huisartsen is er een complete dataset.

** En het ziekenhuis is niet in de gemeente van vestiging.

*** Deze percentages kunnen enigszins afwijken van de corresponderende percentages in tabel 8.1, omdat zij niet 'gewogen zijn'; bij het vaststellen van relaties zoals in deze tabel (8.4) gebeurt, is weging niet aan de orde.

8.4 Beschouwing

Uit de resultaten blijkt dat inzake de ziekenhuisopname het meeste contact tussen huisarts en patiënt of mantelzorg plaatsvindt rond ontslag en nazorg. In deze fase is er met 51% van de patiënten of hun mantelzorg contact (in 32% van de gevallen op initiatief van de huisarts). Tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis is dit contact er in 32% van de gevallen (26% op initiatief van de huisarts) en in verband met de opnamebeslissing in 26% van de gevallen (10% op initiatief van de huisarts). Contacten over de opnamebeslissing vinden vaker op initiatief van de patiënt plaats, mogelijk omdat de huisarts in veel gevallen nog niet op de hoogte is van de opname of van de noodzaak daartoe. De patiënt signaleert zelf 'dat het thuis zo niet langer kan', of heeft van de behandelende specialist te horen gekregen dat opname in het ziekenhuis noodzakelijk is, en wil met de huisarts over de naderende opname overleggen. Contacten tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis en in verband met ontslag en nazorg komen daarentegen vaker op initiatief van de huisarts tot stand. Een plausibele interpretatie lijkt, dat huisartsen veelal uit zichzelf bepaalde patiënten blijven begeleiden, als zij eenmaal op de hoogte zijn van hun ziekenhuisopname.

Van de patiënten wordt 22% door de huisarts in het ziekenhuis bezocht, terwijl De Melker in 1973 nog 31% constateerde (8). Het hier gevonden percentage is weliswaar iets hoger dan de 19% die we op basis van een deel van het onderhavige onderzoeksmateriaal constateerden (9), maar de conclusie blijft dat het ziekenhuisbezoek in de tijd lijkt afgenomen, waarbij de gemiddeld korter geworden opnameduur één van de factoren zal zijn. De kans dat een huisarts die wekelijks zijn patiënten in het ziekenhuis bezoekt al zijn patiënten treft, is afgenomen.

Wat betreft ontslag en nazorg springt met name in het oog dat huisartsen 26% van hun ontslagen patiënten op eigen initiatief thuis bezoeken na het ontslag. Dit percentage ligt veel hoger dan hetgeen door Bremer e.a. (11) en door Zuidervaart en Lamberts (10) is gevonden.

Boven gaven we de algemene lijn weer, zoals die gemiddeld geldt voor alle huisartsen. Er zijn tussen huisartsen onderling echter grote verschillen, die zich ten dele laten verklaren op basis van de variabelen die zijn opgenomen in het gehanteerde model.

De contacten tussen huisarts en patiënt over de opnamebeslissing, zowel op initiatief van de huisarts als van de patiënt laten zich slechts beperkt verklaren. Van alle aspecten van onderzochte, mogelijk relevante factoren biedt de praktische omstandigheid dat niet de specialist, maar de huisarts initiatiefnemer is van de opname de belangrijkste verklaring. Wanneer het gaat om huisarts-patiëntcontacten op initiatief van de patiënt zal het initiatief nemen tot opname door de huisarts echter eerder het gevolg dan de oorzaak zijn van het contact: de patiënt presenteert een klacht aan de huisarts en de huisarts vindt dat opname noodzakelijk is. Laten we deze factor buiten beschouwing, dan blijkt het contact over de opnamebeslissing op initiatief van de patiënt in geringe mate verklaard te kunnen worden. Er zijn enige zwakke verbanden met de medische noodzaak, die ook te zien zijn bij de concrete aandoeningen. Bij traumata nemen patiënten namelijk minder dan gemid-

deld contact op met de huisarts (vermoedelijk omdat deze patiënten in veel gevallen rechtstreeks in het ziekenhuis worden opgenomen), evenals bij benigne nieuwvormingen (waarbij patiënten wellicht al weten dat het om een niet ernstige aandoening gaat). Bij degeneratieve hart- en vaatafwijkingen consulteren patiënten de huisarts daarentegen meer dan gemiddeld (waarschijnlijk vanwege het ernstige karakter van de aandoening). Op huisarts-niveau blijken de opvattingen van huisartsen over de mate waarin zij erin slagen om de zaak in eigen hand te houden en om zeggenschap te houden over wat er met hun verwezen patiënten gebeurt (de 'algemene taakuitoefening') een rol te spelen: patiënten kloppen meer aan voor overleg over de opnamebeslissing bij huisartsen die op dit punt een positiever oordeel hebben.

Het ziekenhuisbezoek door de huisarts blijkt zowel afhankelijk van kenmerken van de patiënt als de huisarts. Op patiënt-niveau speelt ten eerste de medische noodzaak: patiënten met een langere ligduur, die met spoed zijn opgenomen, en met een meer levensbedreigende aandoening worden vaker bezocht. In termen van concrete aandoeningen vertaalt zich deze grotere medische noodzaak in het feit dat met name patiënten met degeneratieve hart- en vaatafwijkingen vaker dan gemiddeld worden bezocht. Patiënten met maligne nieuwvormingen worden eveneens vaker dan gemiddeld bezocht, maar het verschil is kleiner, mogelijk omdat hier meer herhalingsopnamen voorkomen. Ten tweede bezoeken huisartsen eerder de patiënten die op hun initiatief zijn opgenomen, waarschijnlijk omdat zij zich bij deze opnamen meer betrokken voelen. Ten derde worden patiënten die zijn opgenomen in algemene ziekenhuizen veel vaker bezocht dan de patiënten in academische ziekenhuizen, waarbij mogelijk de grotere afstand tot de laatst genoemde ziekenhuizen een rol speelt (de afstand is in deze studie alleen op huisarts-niveau bestudeerd, geoperationaliseerd als de afstand tot het 'dichtstbijzijnde' ziekenhuis, en blijkt daar van grote betekenis). Ten slotte blijkt dat patiënten vaker worden bezocht naarmate ze ouder zijn. In tegenstelling tot hetgeen De Melker (8) vond, constateerden we hier geen effect van de opleiding van patiënten.

Op huisartsniveau speelt vooral de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis een rol. Als deze afstand 15 kilometer of meer is, worden door huisartsen meer dan de helft minder ziekenhuisbezoeken afgelegd: bij een afstand van 15 kilometer of meer wordt slechts 10% van de opgenomen patiënten bezocht; bij kleinere afstanden 26 tot 29% van de patiënten.

De resultaten van deze studie ten aanzien van het ziekenhuisbezoek komen niet geheel overeen met die van Jacobs e.a. (13). Zij vonden een sterkere relatie tussen de taakopvatting van huisartsen en de mate waarin dezen rapporteren de patiënten in het ziekenhuis te bezoeken dan tussen structurele factoren (afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis, praktijkgrootte, aantal ziekenhuizen waarover de patiënten verdeeld zijn) en ziekenhuisbezoek. Hier vinden we vooral een effect van de afstand en wel in dezelfde richting als Jacobs e.a., maar niet van taakopvatting. Nu is de taakopvatting in deze studie weliswaar met een iets andere schaal gemeten, maar er is een grote overeenkomst in formulering en in elk geval in de strekking van de meeste items (hoofdstuk 2). Het verschil in bevindingen tussen beide studies kan te maken hebben met de operationalisatie van de afhankelijke variabele (bij Jacobs e.a. gerapporteerde schattingen, hier

geregistreerde contacten). Een andere mogelijkheid is dat de invloed van de taakopvatting van de huisarts in de loop der jaren gewijzigd is; de gegevens van Jacobs e.a. dateren van vóór 1973; de gegevens van deze studie zijn van 1987/1988. Huisartsen lijken in steeds grotere mate een brede taakopvatting te hebben, althans overeenkomstig een brede taakopvatting op schaalitems te reageren (19; zie ook hoofdstuk 2), waardoor wellicht het onderscheidend vermogen van de schalen verschuift. Overigens blijkt het argument dat huisartsen in de studie van Jacobs e.a. (13) zelf opvoeren om patiënten in het ziekenhuis niet te bezoeken, te weten tijdgebrek, in de praktijk geen belangrijke rol te spelen. Van geen van de verschillende operationalisaties van de werkdruk van huisartsen kon althans een effect worden vastgesteld.

De contacten over de beslissing tot ontslag of in verband met de nazorg op initiatief van de patiënt blijken in beperkte mate te kunnen worden verklaard. Ten aanzien van de aard van de aandoening worden enige verschillen geconstateerd: patiënten opgenomen met pijnklachten evenals patiënten met benigne nieuwvormingen nemen vaker zelf contact op; de achtergrond hiervan is niet direct duidelijk. Verder zijn patiënten meer geneigd om contact over het ontslag en de nazorg op te nemen met hun huisarts, als deze blijkt een positieve waardering te hebben voor de contacten (met patiënten en specialisten) in het kader van de begeleiding van patiënten bij hun tweedelijsbehandeling (de 'sociale kosten en baten van continuïteitsinvloed'). Blijkbaar voelen patiënten deze positieve houding van hun huisarts aan.

Meer inzicht dan in de achtergronden van de contacten op initiatief van de patiënt werd verkregen in de contacten op initiatief van de huisarts. Op patiënt-niveau kan de variatie slechts in geringe mate worden verklaard. Daar speelt in de eerste plaats de medische noodzaak een rol: vaker vinden thuisvisites na ontslag plaats, als de patiënt met spoed is opgenomen, langer in het ziekenhuis heeft gelegen, en een meer levensbedreigende aandoening heeft. Dit zien we ook bij de concrete aandoeningen, waar blijkt dat patiënten met maligne nieuwvormingen veel vaker thuis worden bezocht. Patiënten die voor traumata zijn opgenomen geweest worden daarentegen juist minder bezocht, mogelijk omdat deze patiënten vaak nazorg ontvangen van revalidatiecentra. Verder zijn huisartsen iets meer geneigd tot thuisvisites als de patiënt voorafgaand aan de opname al onder poliklinische behandeling is geweest. Mogelijk zijn huisartsen juist bij deze patiënten, die al langere tijd buiten hun directe gezichtsveld staan, wat extra gemotiveerd om de draad van de continue zorg weer op te nemen. Opmerkelijk is verder dat huisartsen juist iets minder geneigd zijn tot het afleggen van thuisvisites bij meer invaliderende aandoeningen. Mogelijk speelt hier een rol dat deze patiënten vaker in zorg komen bij de wijkverpleging, waardoor de huisarts slechts op afroep van de wijkverpleging in actie komt. Min of meer dezelfde gedachtengang is misschien van toepassing bij patiënten die zijn opgenomen geweest voor aandoeningen met psychosociale aspecten. Bij deze patiënten worden ook minder vaak thuisvisites afgelegd, waarbij een rol zou kunnen spelen dat na hun ontslag vaak al andere professionele hulpverleners bij de nazorg betrokken zijn, waardoor de huisarts minder actief hoeft te zijn.

Op huisarts-niveau kan de variatie in aanzienlijke mate worden verklaard (althans gezien de marges van verklaarde variantie die men meestal aantreft in het onderhavige type

onderzoek). Daar speelt in de eerste plaats de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis een rol. Is er een ziekenhuis in de gemeente waar de huisarts gevestigd is, dan worden heel wat minder thuisvisites na ontslag afgelegd. Mogelijk speelt hier een rol dat deze huisartsen hun patiënten al vaker in het ziekenhuis hebben opgezocht. Toch zal dit zeker niet helemaal de verklaring zijn, want als het ziekenhuis tussen de één en 15 kilometer van de vestigingsgemeente is gelegen vinden nauwelijks minder ziekenhuisbezoeken plaats, terwijl het aantal thuisvisites wel veel hoger ligt. Waarschijnlijker lijkt dat een ziekenhuis in de gemeente van vestiging de huisarts er meer op doet vertrouwen, dat complicaties na het ontslag wel door het ziekenhuis zullen worden opgevangen. Nader onderzoek zou hierop meer licht moeten werpen.

Opvallend is dat de neiging van huisartsen om thuisvisites af te leggen van het Noorden naar het Zuiden van Nederland steeds geringer wordt. Het antwoord op de vraag naar de achtergronden van dit resultaat is op voorhand even intrigerend als onduidelijk.

Tot slot zij opgemerkt dat de verzekeringsvorm van de patiënt bij geen van de onderzochte typen huisarts-patiëntcontact in verband met de ziekenhuisopname effect bleek te hebben. Voor patiënten speelt hier het financiële aspect blijkbaar geen rol. Bij de huisarts heffen het grotere economische belang bij contacten met particuliere patiënten en de schroom om voor niet op initiatief van de patiënt tot stand gekomen consulten een nota te zenden elkaar wellicht op.

Het vraagstuk van de betrokkenheid van huisartsen bij de ziekenhuisbehandeling van de bij hen ingeschreven patiënten globaal benaderend, zijn er op grond van deze studie in dit hoofdstuk en in hoofdstuk 7 twee kerncijfers: huisartsen hebben bij 25% van de opnamen in enigerlei fase overleg met de behandelend specialisten - ongeacht de initiatiefnemer van het overleg - (tabel 7.1 van hoofdstuk 7); huisartsen hebben bij 68% van de opnamen in enigerlei fase overleg met de betrokken patiënten of hun mantelzorg - ongeacht de initiatiefnemer van het contact (tabel 8.1 van dit hoofdstuk). Zonder in details te treden roepen deze cijfers voor huisartsen de vraag op, of zij voldoende betrokken zijn bij de *inhoud van de zorg*, in het geval er overgangen zijn in de zorg van de eerstelijns naar de intramurale tweedelijns. Bij een aanzienlijk percentage ziekenhuisopnamen (voor een globale indicatie kunnen we de kerncijfers van elkaar aftrekken: $68\% - 25\% = 43\%$ van de ziekenhuisopnamen) is er immers contact tussen huisarts en patiënt, zonder dat overleg tussen huisarts en specialist plaatsvindt. Kan de begeleidende rol die huisartsen zeggen te willen vervullen bij de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten op deze wijze wel voldoende tot zijn recht komen? Is in de genoemde 43% van de gevallen het overleg niet nodig?

Eindnoten

1. *Geen invloed op alle te verklaren variabelen blijkt uit te gaan van:*

- alle geoperationaliseerde aspecten van de 'werkdruk': a. de tevredenheid van de huisarts met de tijdsverdeling tussen werk en privé, een schaal ontleend aan Mechanic (20) en Marinker e.a. (21), b. het totaal aantal gewerkte uren per week, c. de praktijkgrootte, d. het aantal opgenomen patiënten met wie de huisarts te maken heeft gedurende de registratieperiode, en e. het verwijscijfer;
- enkele aspecten van de '(bezwarende) praktische omstandigheden': a. mate van spreiding van patiënten over verschillende ziekenhuizen, b. praktijkvorm (solo-, duo-, groepspraktijk, of gezondheidscentrum), en c. de urbanisatiegraad van de gemeente van vestiging;
- een aantal aspecten van de 'mate van actieve opstelling in het beroep': a. aantal uren per jaar besteed aan nascholing, b. aantal uren per jaar besteed aan het lezen van vaktijdschriften, c. aantal gelezen vaktijdschriften, d. het al dan niet deelnemen aan regulier overleg met specialisten, en e. de positieve gevoelens over het beroep huisarts, een schaal ontleend aan Grol (22);
- enkele aspecten van de houding ten aanzien van de aansluiting van zorg tussen eerste- en tweedelijns: a. de afweging die de huisarts maakt ten aanzien van de 'materiële kosten' van het uitoefenen van continuïteits-invloed' (hoofdstuk 2), b. de 'algemene taakopvatting', een schaal ontleend aan Dopheide (20), die is aangepast (hoofdstuk 2), en die meet in hoeverre de huisarts van mening is dat huisartsen de zaak in eigen hand *moeten* houden en zeggenschap *moeten* houden over wat er met verwezen patiënten gebeurt (de normatieve tegenhanger van de 'algemene taakuitoefening', welke meet wat hier in de praktijk van terecht komt);
- beide bestudeerde aspecten van de wijze van omgaan met (klachten van) de patiënt: a. de mate waarin de huisarts geneigd is om risico's te nemen, en de geneigdheid tot 'democratisch optreden' (het delen van verantwoordelijkheid met de patiënt), beide schalen ontleend aan Grol (22);
- alle bestudeerde 'persoonsskenmerken van de huisarts': a. leeftijd, b. geslacht, en c. jaar van vestiging.

Literatuur

1. TODD, J.W. The general practitioner and the hospital. Update (1987) 429-32
2. MOORE, B. & M. COHEN. A method of training family physicians in the hospital care of family-medicine-patient: the 3Y experience. Can Fam Physician 33 (1987) 2779-2782
3. LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING. Het Basistakenpakket van de huisarts. Landelijke Huisartsen Vereniging Vademecum, Utrecht 1987
4. MELKER, R.A. DE. De huisarts en de ziekenhuispatiënt. Huisarts en Wetenschap 14 (1971) 418-422
5. WILLIAMS, E.I. & F. FITTON. General practitioner response to elderly patients discharged from hospital. Br Med J 300 (1990) 159-161
6. WIJKEL, D. Ergotherapie als nazorg thuis. Med Contact 45 (1990) 293-296
7. DE WITTE, L., F. VAN DER HORST, J. JOOSTEN, H. PHILIPSEN & P. BAKKER. Continuïteit van zorg na ontslag uit een revalidatiecentrum. T Soc Gezondheidsz 64 (1986) 567-572
8. MELKER, R.A. DE. Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin. Dekker & van de Vegt, Nijmegen 1973
9. KERSTEN, T.J.J.M.T. & M. FOETS. De betrokkenheid van huisartsen bij de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten. T Soc Gezondheidsz 68 (1990) 36-41
10. ZUIDERVAART, J. & H. LAMBERTS. De nazorg van ziekenhuispatiënten. Huisarts en Wetenschap 19 (1976) 424-425
11. BREMER, G.J., H.J.W. BRINKMAN, A.M. VAN DONGEN, P.K. VAN DER ENT BRAAT, G.C.A. ESSENS, K. GILL, J. NOOTER & M. SANDERS. Weer thuis: een onderzoek bij uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. Huisarts en Wetenschap 19 (1976) 406-423
12. VERMEULEN, C.J. Project nazorg ziekenhuispatiënten de groepspraktijk Rhenen. Ministerie van Volksgezondheid en Milieu, Leidschendam 1973
13. JACOBS, H.M., F.W.M.M. TOUW-OTTEN, & R.A. DE MELKER. Taakopvatting en ziekenhuisbezoek: de invloed van de taakopvatting van de huisarts op de frequentie waarmee hij zijn ziekenhuispatiënten bezoekt. Huisarts en Wetenschap 22 (1979) 226-234
14. THIBAUT, J.W. & H.H. KELLY. The social psychology of groups. Wiley, New York 1959
15. FOETS, M. & J. VAN DER VELDEN. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport + meetinstrumenten en procedures. NIVEL, Utrecht 1990
16. BENSING, J.M., M. FOETS, J. VAN DER VELDEN & J. VAN DER ZEE. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts en Wetenschap 34 (1991) 51-60
17. FOETS, M., L.J. STOKX & J.B.F. HUTTEN. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenenquête: schaalconstructie. NIVEL, Utrecht. Te verschijnen in 1991

18. LAMBERTS, H. & M. WOOD (ed.). ICPC, International Classification of Primary Care. Oxford University Press, Oxford 1987
19. DOPHEIDE, J.P. Verwijzingen door de huisarts. Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht 1982
20. MECHANIC, D. The organization of medical practice and practice orientations among physicians in prepaid and non-prepaid primary care settings. *Medical Care* 13 (1975) 189-204
21. MARINKER, M., D. WILKIN & O.H. METCALFE. Referral to hospital: can we do better? *Br Med J* 297 (1988) 461-464
22. GROL, R. Preventie van somatische fixatie en de attitude van de huisarts: deel 5. Eindrapportage van het project Preventie van Somatische Fixatie. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen 1983

9. Slotbeschouwing

9.1 Inleiding

Aan het eind van de serie gepresenteerde onderzoeken naar de invloed van de huisarts in de tweedelijns zijn er drie vragen te stellen:

1. Welke inzichten hebben we verworven?
2. Wat zijn de consequenties ervan voor verder onderzoek?
3. Wat zijn de consequenties ervan voor het beleid?

In de navolgende paragrafen zullen deze drie vragen successievelijk beantwoord worden.

9.2 Samenvatting van en beschouwing over de verworven inzichten

Een belangrijk verkregen inzicht is, dat er een aanzienlijke discrepantie is tussen de opinies van huisartsen over hoe de samenwerking tussen huisartsen en specialisten in verband met verwezen patiënten *zou moeten* verlopen en de manier waarop *in werkelijkheid* wordt samengewerkt. Huisartsen oefenen in de praktijk veel minder invloed uit op de specialistische behandeling van hun verwezen patiënten dan zij wenselijk achten.

'Op papier' claimen huisartsen duidelijk een rol als bewakers van de continuïteit van zorg voor verwezen patiënten en het vermijden van 'overconsumptie' in de tweedelijns. De invloed die huisartsen in dit verband wensen uit te oefenen op specialisten definieerden we als 'continuïteitsinvloed'. Deze vorm van invloed moet worden onderscheiden van de 'selectie-invloed' die huisartsen op specialisten hebben: via hun verwijlsbeleid bepalen huisartsen in belangrijke mate de samenstelling van het patiëntenbestand van specialisten (hoofdstuk 2). Het streven naar continuïteitsinvloed van huisartsen (de rol die zij 'op papier claimen) blijkt op het niveau van de beroepsgroep als geheel uit teksten als het Basistakenpakket en de Standaard voor de verwijlsbrief. We constateerden het streven naar invloed in de tweedelijns tevens in de beschouwende publikaties, die tot het begin van de jaren tachtig vooral van de hand van individuele leden van de beroepsgroep zijn verschenen (zie de literatuurstudie¹ in hoofdstuk 3). Ten slotte blijkt het streven naar invloed in de tweedelijns ook uit de antwoorden die huisartsen geven op vragen over hun 'algemene taakopvatting' en hun afweging van kosten en baten van het uitoefenen van continuïteitsinvloed (hoofdstuk 2). Huisartsen vinden overwegend dat zij zoveel mogelijk de zorg voor patiënten in eigen hand moeten houden en zeggenschap moeten houden over wat er met hun verwezen patiënten gebeurt. Huisartsen stemmen in meerderheid in met de bestudeerde baten van continuïteitsinvloed en de meerderheid wijst de veronderstelde kosten af. Dat geldt zowel voor de materiële aspecten als de sociale aspecten van het uitoefenen van continuïteitsinvloed.

Over de werkelijke gang van zaken zijn in de literatuur op basis van impressies uit de praktijk vooral kritische geluiden te horen geweest. In de literatuur wordt veelal gesteld dat huisartsen feitelijk weinig invloed hebben op de aard en omvang van de tweedelijsbehandeling (hoofdstuk 3). Verder is een formalisering van dergelijke invloed in een systeem van advies- en behandelkaarten zeer lange tijd in de besluitvormingsfase blijven steken. In dit proefschrift (hoofdstuk 5) blijkt dat huisartsen, in algemene zin van mening zijn dat huisartsen invloed uitoefenen op wat er met hun verwezen patiënten gebeurt. Deze mening wordt gedeeld door een groep vertegenwoordigers van de beïnvloede partij, te weten de neurologen. Toch lijkt dit voor een belangrijk deel een kwestie van retoriek, want als de vraag concreter gesteld wordt (dat wil zeggen betrokken wordt op de duur of aard van de poliklinische dan wel klinische behandeling), vindt minder dan de helft van de huisartsen en de neurologen dat huisartsen invloed uitoefenen op wat er met hun verwezen patiënten gebeurt. Huisartsen zijn daarbij relatief positiever dan neurologen. Onderscheiden naar verschillende aspecten van de tweedelijsbehandeling, denken huisartsen nog het meest de duur van de poliklinische en in mindere mate de duur van de klinische behandeling te beïnvloeden. In dit proefschrift (hoofdstuk 4) zijn echter op basis van ziekenfondsgegevens slechts zwakke aanwijzingen gevonden voor de invloed van huisartsen op de duur van de verstrekte tweedelijsbehandeling. Daarbij dient wel te worden aangetekend, dat het complex is om deze invloed aan te tonen, zeker op basis van ziekenfondscijfers.

Los van de vraag, of de invloed van huisartsen in de tweedelijs werkelijk effect heeft op de aard en omvang van de tweedelijsbehandeling, is het de vraag of huisartsen in de praktijk wel pogingen doen om invloed uit te oefenen. Evenals uit andere studies, blijkt uit dit proefschrift dat huisartsen weinig pogingen doen om de procedure in de tweedelijs te sturen via de verwijsbrief. Althans, in de verwijsbrieven in verband met poliklinische behandelingen bij interne geneeskunde doen zij slechts in 20% van de gevallen een procedurevoorstel aan de internisten (hoofdstuk 6). Doen huisartsen een procedurevoorstel, dan blijken internisten in een kleine meerderheid van de gevallen (66%) wel geneigd dit voorstel te volgen. Het is natuurlijk moeilijk te voorspellen, hoe specialisten zouden reageren, als huisartsen in de toekomst vaker dan nu gebruikelijk is een procedurevoorstel zouden doen. Vooralsnog lijkt echter het vaak gehoorde argument van huisartsen om een beperkte verwijsbrief zonder procedurevoorstel te schrijven, te weten 'specialisten gaan toch hun eigen gang en trekken zich niets aan van de verwijsbrief', minder hout te snijden dan huisartsen wel denken. Een mogelijke verklaring voor het vaak ontbreken van een procedurevoorstel zou kunnen zijn, dat huisartsen enige onzekerheid voelen om hun eigen ideeën over wat er aan de hand is met de patiënt en wat daaraan zou moeten gebeuren te openbaren aan specialisten. Als deze gedachte juist is, is er waarschijnlijk meer nodig dan het invoeren van een standaard voor de verwijsbrief om huisartsen ertoe te brengen patiënten met een gerichte verwijzing door te sturen naar de tweedelijs. De basis voor veranderingen op dit vlak lijkt, dat huisartsen en specialisten er meer van doordrongen raken dat zij een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor patiënten, waarbij ieders aandeel in deze verantwoordelijkheid even belangrijk is en specifieke deskundigheden vraagt.

Wat betreft het klinische traject van de tweedelijnsbehandeling blijkt in dit proefschrift (hoofdstuk 7) dat huisartsen via overleg met specialisten in hoofdzaak continuïteitsinvloed (hoofdstuk 2) uitoefenen over de beslissing om de patiënt op te nemen. Bij 15% van de patiënten overleggen huisartsen met specialisten over deze beslissing. Huisartsen plegen hierover met name overleg, als zij zelf het initiatief hebben genomen om de patiënt op te nemen; vermoedelijk willen zij in die gevallen de opname 'regelen'. Verder overleggen huisartsen vaker, als de patiënt of diens mantelzorg contact met hen heeft opgenomen; vermoedelijk bemiddelen zij in die gevallen tussen een patiënt en een specialist over de opname. Als de patiënt eenmaal is opgenomen, overleggen huisartsen nauwelijks meer met specialisten. Dat gebeurt namelijk slechts in 5% van de gevallen tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis en in 4% van de gevallen in verband met ontslag en nazorg. Uit de geconstateerde 5% overleg tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis valt overigens af te leiden, dat ziekenhuisbezoek, dat bij 22% van de opgenomen patiënten wordt afgelegd (hoofdstuk 8), lang niet altijd gepaard gaat met overleg door de huisarts met de specialist. Terzijde zij opgemerkt, dat de coördinerende rol van huisartsen bij de nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten beperkt is: overleg door de huisarts met de specialist komt hier, zoals we reeds zagen, betrekkelijk weinig voor; overleg met andere professionele (vooral eerstelijns) hulpverleners dan de specialist is beperkt tot 5% van de ontslagen patiënten². Hoewel hieruit niet is af te leiden wat de coördinatie voor deze beperkte groep patiënten qua werkbelasting precies inhoudt, lijkt de rol van de huisarts als 'case-manager' na ontslag beperkt.

Waar continuïteitsinvloed van huisartsen op specialisten via overleg in verband met ziekenhuisopnamen slechts van beperkte betekenis is, blijken huisarts-patiënt contacten in verband met ziekenhuisopnamen wel behoorlijk frequent voor te komen (hoofdstuk 8). Als deze contacten op initiatief van de huisarts plaatsvinden, kan worden gesteld dat ze voortvloeien uit de verantwoordelijkheid die huisartsen voelen om continue zorg te bieden aan hun patiënten. Huisartsen blijken op eigen initiatief met 10% van hun patiënten contact op te nemen over de opnamebeslissing, met 26% hebben zij contact tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis (meestal via ziekenhuisbezoek), en met 32% hebben zij contact in verband met het ontslag of de nazorg (meestal in de vorm van visites aan de ontslagen patiënt thuis). Een overwegend praktisch bezwaar voor ziekenhuisbezoek is te vinden in afstand tot het ziekenhuis: als huisartsen 15 kilometer of meer van het dichtstbijzijnde ziekenhuis zijn gevestigd, leggen zij aanzienlijk minder ziekenhuisbezoeken af. Bij de visites aan ontslagen patiënten thuis valt op, dat huisartsen die hun praktijkvestiging hebben in een gemeente waar een ziekenhuis staat, dergelijke visites aanzienlijk minder vaak afleggen. Men zou kunnen veronderstellen, dat er een verband is met het voorafgaande resultaat: huisartsen met een ziekenhuis in de gemeente van vestiging leggen vaker ziekenhuisbezoeken af; zij zijn op deze wijze al op de hoogte van de situatie van de patiënt en leggen daarom minder vaak thuisvisites af. Toch blijkt deze redenering niet juist. Immers, huisartsen die een ziekenhuis hebben op één tot 15 kilometer afstand van hun vestigingsgemeente, leggen bijna even vaak ziekenhuisbezoeken af en zij gaan niet minder vaak bij ontslagen patiënten thuis op bezoek. Verder is er in regionaal opzicht van Noord- naar Zuid-Nederland een afnemende

geneigdheid bij huisartsen om thuisvisites na ontslag af te leggen.

Een belangrijke vraag naar aanleiding van de gevonden onderzoeksresultaten is, of er aanwijzingen zijn, langs welke weg huisartsen hun invloed op de aard en omvang van de tweedelijnsbehandeling kunnen vergroten? De onderzoeksresultaten laten op deze vraag slechts tentatieve antwoorden toe. De meest relevante informatie komt uit redeneringen over het vergroten van de machtspositie van huisartsen ten opzichte van specialisten, die slechts beperkt aan de hand van de beschikbare empirische gegevens op hun houdbaarheid konden worden getoetst (hoofdstuk 2). Huisartsen lijken hun macht ten opzichte van specialisten te kunnen vergroten door in groepen (wellicht de op te richten 'huisartsengroepen') een gezamenlijk verwijsbeleid te bepalen ten opzichte van specialisten: in de keuze van hun verwijsbestemmingen zouden zij daarbij moeten meewegen, hoeveel invloed individuele specialisten hen toestaan. In de huidige situatie vonden we dat huisartsen in gezondheidscentra minder de materiële kosten ervaren van het uitoefenen van continuïteitsinvloed (hoofdstuk 2). Er werd echter niet gevonden dat dit resulteert in meer overleg met specialisten over de behandeling van patiënten in het ziekenhuis; dit overleg kwam echter zo weinig voor, dat het op grond van kenmerken van huisartsen niet of nauwelijks verklaard kan worden (hoofdstuk 7).

We konden in deze studie niet aantonen dat die huisartsen die uit verschillende specialisten kunnen kiezen bij het verwijzen van patiënten, minder kosten ervaren van het uitoefenen van continuïteitsinvloed (hoofdstuk 2). We vonden het tegenovergestelde en concludeerden vooralsnog, dat de persoonlijke contacten tussen huisartsen en specialisten (die waarschijnlijk intensiever zijn als huisartsen weinig keuzemogelijkheden hebben) het huisartsen gemakkelijker maken om continuïteitsinvloed uit te oefenen; zij geven althans te kennen minder de materiële kosten ervan te ervaren. Verder onderzoek is op dit punt echter nodig, omdat niet duidelijk is hoe coalitievorming tussen huisartsen in combinatie met een al dan niet grotere keuzevrijheid op de continuïteitsinvloed uitwerkt. Theoretisch gezien lijkt het immers voor de effectiviteit van het gezamenlijk optreden van huisartsen ten opzichte van specialisten (als in bovenstaande alinea bedoeld) van belang, dat zij bij het verwijzen kunnen kiezen uit verschillende specialisten van het zelfde specialisme. Als gevolg van het associatie-verband waarbinnen specialisten veelal gevestigd zijn, betekent dit in de praktijk dat huisartsen moeten kunnen kiezen uit verschillende ziekenhuizen. Een vraag daarbij is overigens of het groepsgewijs optreden van huisartsen ten opzichte van specialisten per definitie tot een slechtere verhouding zal leiden. Als huisartsen zowel als specialisten zich bewust zijn van hun wederzijdse afhankelijkheid en van hun complementaire rol in het systeem van de gezondheidszorg, hoeft een slechtere relatie niet per definitie het gevolg te zijn. Als huisartsengroepen in goed overleg treden met associaties van specialisten, wat doen huisartsen dan anders dan uiting geven aan hun zelfbewustzijn? Zij verkleinen de machtsongelijkheid ten gevolge van hun positie als 'kleine zelfstandigen' ten opzichte van specialisten die vanuit de ziekenhuisorganisatie opereren. De lezer kan desgewenst een parallel zien met de historie van de coöperaties van agrariërs die hun krachten bundelden tegenover die van industriële organisaties.

Tenslotte is er de vraag, of huisartsen de facto wel invloed *wensen* uit te oefenen op de

aard en omvang van de tweedelijnsbehandeling, afgezien van hun feitelijke mogelijkheden daartoe. De vraag lijkt op het eerste gezicht overbodig, gegeven de boven aangehaalde literatuur van de beroepsgroep en van individuele huisartsen die dit streven tot uitdrukking brengt. Ook blijken de meeste huisartsen in deze studie naar eigen opgave zowel in materieel als in sociaal opzicht meer baten dan kosten te ervaren (hoofdstuk 2). Als huisartsen in de praktijk evenwel desondanks weinig daadwerkelijke pogingen doen om invloed uit te oefenen, roept dit de vraag op in hoeverre dit geen standpunt omwille van de retoriek is. Analyse van de voor- en nadelen die voor huisartsen verbonden zijn aan het uitoefenen van invloed, los van de meningen die zij daarover uiten, wijst uit dat de voordelen voor huisartsen vooral in het immateriële, morele vlak liggen: huisartsen die invloed trachten uit te oefenen, dragen bij aan de continuïteit van zorg voor hun patiënten, en - wat voor hen een minder grote rol speelt vanwege het hogere abstractieniveau - helpen daarmee de Nederlandse samenleving om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen. In materieel opzicht kleven er voor huisartsen vooral nadelen aan: er gaat tijd en energie zitten in het overleg met specialisten en in het zorgverlenen aan patiënten in de eerstelijns die zonder hun bemoeienis in de tweedelijns zouden blijven. Mag van huisartsen verwacht worden dat zij louter vanwege morele belangen continuïteitsinvloed uitoefenen?

Op het niveau van de beroepsgroep lijkt het streven naar continue zorg en naar invloed op de tweedelijnsbehandeling van vitaal belang voor de positie van huisartsen op lange termijn. Het raakt immers aan de kern van het huisartsenvak, de integrale, generalistische benadering van waaruit continue zorg wordt verleend aan patiënten in hun sociale context. Geven huisartsen hun streven naar 'continuïteitsinvloed' op, dan blijft - onder de conditie van handhaving van het echelonneringsprincipe - vooral de 'selectie-invloed' (hoofdstuk 2 en 4) via het verwijzen over.³ Dat houdt in dat huisartsen nog wel invloed hebben op de samenstelling van de groep patiënten die onder specialistische behandeling komt, maar geen invloed meer op de aard van de behandeling van deze patiënten. Kunnen huisartsen wel continue zorg verlenen, zoals zij claimen te doen, als zij de tweedelijnsbehandeling de facto vrijwel geheel overlaten aan specialisten?

9.3 Aanbevelingen voor verder wetenschappelijk en beleidsgericht onderzoek

Het belangrijkste resultaat van de verschillende deelstudies waaruit dit proefschrift bestaat, is dat huisartsen weinig continuïteitsinvloed uitoefenen in de tweedelijns. Op grond hiervan zijn er grofweg twee opties. De eerste houdt in dat huisartsen zich neerleggen bij de feiten en concluderen dat 'het ziekenhuis voor de specialist is'. In dat geval geven zij hun streven naar continuïteitsinvloed op en passen hun Basistakenpakket hierop aan. De tweede optie is dat huisartsen daadkrachtig hun streven naar continuïteitsinvloed trachten te verwerkelijken. Binnen deze tweede optie doen we de volgende aanbevelingen voor verder wetenschappelijk en beleidsgericht onderzoek.

1. De studies in dit proefschrift zijn primair opgezet om de continuïteitsinvloed van huisartsen op specialisten te bestuderen vanuit het perspectief van de huisarts. In

beperkte mate is hier (hoofdstuk 4 en 5) en ook elders aandacht besteed aan de wijze waarop specialisten op deze invloed reageren. Verder onderzoek naar de continuïteitsinvloed van huisartsen op specialisten vanuit het perspectief van de specialist is van belang, om na te gaan hoe men tot een optimale huisartsgeneeskundige inbreng in de tweedelijsbehandeling kan komen.

2. Voor de bestudering van de invloed van de huisarts op de omvang van de specialistische zorg is in deze studie een aanzet gegeven (hoofdstuk 4). Nader onderzoek is hier gewenst, waarbij men zich zou kunnen concentreren op de twee extremen: huisartsen die wel invloed uitoefenen op de hoeveelheid tweedelijszorg versus huisartsen die dit niet doen. In de praktijk zal dit betekenen, dat afgezet tegen de landelijke situatie een zeer grote oververtegenwoordiging nodig is van huisartsen die de hoeveelheid tweedelijszorg wel weten te beïnvloeden. Een probleem daarbij is, hoe men huisartsen van deze categorie kan opsporen; via vragenlijsten zal dat moeilijk gaan, omdat veel huisartsen bij deze methode een te rooskleurig beeld geven van de werkelijkheid.
3. Gericht onderzoek (bijvoorbeeld via diepte-interviews) zou meer inzicht kunnen bieden in de redenen waarom huisartsen hun intenties ten aanzien van het uitoefenen van continuïteitsinvloed zo weinig omzetten in daden, waar het gaat om overleg met specialisten over de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten. Mogelijk kunnen de inzichten verkregen uit dergelijk onderzoek bijdragen aan het oplossen van bepaalde knelpunten.
4. Via daartoe opgezette proefprojecten kan worden nagegaan, hoe specialisten erop reageren, als huisartsen veel consequenter dan nu gebeurt, hun procedurevoorstel voor de tweedelijsbehandeling aan hen kenbaar maken. Dit zou bijvoorbeeld kunnen via een daartoe geschikte, voorgecodeerde rubriek op de verwijkskaart of via consequent gebruikte verwijksformulieren die zijn opgezet volgens de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Anders dan in het landelijk in te voeren systeem van advies- en behandelkaarten het geval is, hoeft aan de procedurevoorstellen niet per definitie een differentiatie in de honorering van specialisten per type procedurevoorstel gekoppeld te worden. Het gaat er vooral om te zien, of louter op grond van het kenbaar maken van de voorstellen van huisartsen over de inhoud van de zorg een betere samenwerking bewerkstelligd kan worden. Wellicht blijkt de voorgestelde werkwijze een relatief eenvoudig te realiseren, vruchtbare vorm van samenwerking tussen huisartsen en specialisten tot stand te brengen. Het lijkt van belang dergelijke experimenten te begeleiden, onder andere door ondersteuning van huisartsen bij het doen van procedurevoorstellen. Verder is overleg tussen huisartsen en specialisten gewenst, enerzijds om huisartsen in staat te stellen om de wijze waarop specialisten met hun procedure voorstellen omgaan te bespreken, en anderzijds om specialisten de gelegenheid te geven de bruikbaarheid van die voorstellen vanuit hun optiek ter discussie te stellen.

5. Via de evaluatie van experimenten waarin huisartsengroepen een gezamenlijk verwijsbeleid ten opzichte van specialisten hanteren (zie paragraaf 9.2), kan worden nagegaan in hoeverre coalitievorming tussen huisartsen kan bijdragen tot een grotere invloed van huisartsen op de aard en omvang van de tweedelijsbehandeling. Daarin kan tevens de in hoofdstuk 2 geuite veronderstelling worden betrokken, dat coalitievorming vooral de genoemde effecten heeft, als huisartsen bij het bepalen van de verwijsbestemming voor patiënten kunnen kiezen uit verschillende specialisten(-associaties). Ook kan via dergelijke studies de kennis worden vergroot over het belang van een goed persoonlijk contact tussen huisartsen en specialisten voor de mate waarin huisartsen continuïteitsinvloed hebben (waar eveneens in hoofdstuk 2 een aanwijzing voor gevonden werd).
6. De bevinding dat huisartsen van het Noorden naar het Zuiden van Nederland toe steeds minder geneigd zijn tot het afleggen van thuisvisites na ontslag van patiënten uit het ziekenhuis (hoofdstuk 8), roept vragen op naar de achtergronden hiervan. Aan de fysisch geografisch verschillende condities zal het niet liggen. Waaraan dan wel, als de tientallen andere in deze studie onderzochte kenmerken van huisartsen (hun werkdruk, hun houding en verdere omstandigheden) allemaal niet of slechts in beperkte mate van invloed blijken? Het zal waarschijnlijk iets te maken hebben met geografisch culturele verschillen, maar dit is uiteraard slechts een globale typering van de oorzaken.
7. Onderzocht kan worden langs welke weg de materiële bezwaren die voor sommige huisartsen aan het uitoefenen van invloed op de aard en omvang van de tweedelijsbehandeling kleven, kunnen worden opgeheven. Daarbij gaat het met name om de effecten van vormen van honorering van zowel huisartsen als specialisten voor consultatie van specialisten door huisartsen.
8. Met name vanuit het perspectief van huisartsen is het van belang om te onderzoeken, hoe de pogingen die ziekenhuisorganisaties doen om tot betere contacten met de eerstelijns te komen, kunnen worden aangewend om een betere samenwerking tussen huisartsen en de tweedelijns tot stand te brengen. Ziekenhuizen willen dat huisartsen patiënten naar 'hun' ziekenhuis verwijzen. Huisartsen kunnen daar van hun kant hun wensen (met name de wens tot continuïteitsinvloed) tegenover stellen.
9. Als in Nederland geëxperimenteerd zal worden met de huisarts als budgethouder voor de kosten van de tweedelijsgezondheidszorg, mag worden verondersteld dat de bereidheid van ziekenhuizen (en specialisten) om tot samenwerking met huisartsen te komen zal toenemen. In die situatie is een ziekenhuis er namelijk bij gebaat, dat huisartsen het hun ter beschikking staande budget in dit specifieke ziekenhuis besteden.

10. Het uitvoeren van onderzoek naar de historische ontwikkeling van groepen 'kleine zelfstandigen' en/of het toepassen van de inzichten uit dergelijk onderzoek op de positie van de huisartsen, kan de belangenverenigingen van huisartsen vermoedelijk bruikbare inzichten bieden (zie paragraaf 9.2).
11. Door middel van onderzoek kan de betekenis van invloed van de huisarts in de tweedelijns voor de kwaliteit van de algehele medische zorg voor patiënt - inclusief de gevolgen voor diens lichamelijke en psychische conditie - worden vastgesteld.

9.4 Beleidsmatige overwegingen

1. Experimenten met het consequenter doen van procedurevoorstellen voor de behandeling in de tweedelijns kunnen nuttig zijn bij het ontwikkelen van een betere samenwerking tussen huisartsen en specialisten (vergelijk paragraaf 9.3, punt 4).
2. De concentratie van ziekenhuisfaciliteiten in steeds grotere eenheden verkleint waarschijnlijk de macht van huisartsen ten opzichte van de tweedelijns, omdat zij bij het verwijzen minder kunnen kiezen uit verschillende specialisten-associaties (vergelijk paragraaf 9.3, punt 5).
3. Het onderzoek naar de invloed van de huisarts in de tweedelijns is binnen het geheel van de relaties tussen huisarts en specialist een tamelijk verwaarloosd terrein (hoofdstuk 3). Vooral als dit onderzoek gericht is op het vaststellen van mechanismen waarlangs die invloed vergroot kan worden, is het voor de kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing van de gezondheidszorg echter vermoedelijk van groot belang. Daarom dient dit onderzoek te worden gestimuleerd.
4. Huisartsen en specialisten zouden door onderling overleg kunnen komen tot nadere afspraken over de omstandigheden waaronder overleg over de behandeling van patiënten gewenst is (bijvoorbeeld bij welk type aandoeningen). Daarbij kan tevens worden vastgesteld, wie in welke omstandigheden het initiatief neemt tot overleg: de huisarts of de specialist. Door dergelijke afspraken, die in de opleiding en de nascholing aan de betrokkenen kunnen worden kenbaar gemaakt, is een rationelere schifting mogelijk van situaties waarin overleg nodig is en waarin niet (hoofdstuk 7). Men kan zich eventueel laten inspireren door de Verloskundige Indicatielijst (waarin het consulteren van eerste- en tweedelijns verloskundige hulpverleners is vastgelegd), een eerste daadwerkelijke poging om afspraken te maken over de wederzijdse consultatie van eerste- en tweedelijns hulpverleners.
5. Maatregelen die erop gericht zijn individuele huisartsen ervan te overtuigen dat het belangrijk is om patiënten waar mogelijk binnen de eerstelijns zorg te bieden en hen niet te verwijzen, zullen weinig vruchten afwerpen. Huisartsen zijn immers vrijwel unaniem overtuigd van dit belang (hoofdstuk 2). Te nemen maatregelen zullen dan

ook niet gericht moeten zijn op de verandering van de overtuiging van huisartsen, maar op de verandering van hun gedrag.

6. Op basis van onderzoek bestaat er relatief een veel groter inzicht in het functioneren van huisartsen dan van specialisten. Alleen al gezien het aandeel van de tweedelijns in de kosten van de zorg, kan men stellen, dat veel studies naar aspecten van het functioneren van huisartsen (bijvoorbeeld het verloop van arts-patiënt contacten, het aanwenden van prescriptie en diagnostiek, het doorverwijzen naar andere deskundigen) op analoge wijze ook bij specialisten dienen te worden uitgevoerd.

EINDNOTEN

1. In de fase van de afwerking van dit proefschrift verscheen de publikatie 'Doet de specialist wat de huisarts wil?' van Engelsman en Geertsma. Dit rapport is niet in het proefschrift verwerkt.
2. Elders (Kersten, T.J.J.M.T. & Foets, M. De betrokkenheid van huisartsen bij de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg (1990), 1, 36-41) constateerden we dat over ongeveer 3% van de ontslagen patiënten overleg plaatsvindt tussen huisarts en wijkverpleging (ongeacht wie het initiatief neemt tot het contact). Vermoedelijk betekent dit, dat over vrijwel alle patiënten die in nazorg komen bij de wijkverpleging, overleg plaatsvindt tussen huisarts en wijkverpleging. Van alle ontslagen patiënten komt namelijk ongeveer 3% in nazorg bij de wijkverpleging (Kersten, T.J.J.M.T., W.C.M. Zijlmans & T.A. Wiegers. Nazorg van het kruiswerk, wat houdt dat in? Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg (1990), 10, 416-426)
3. Permanent bestaat voor huisartsen het gevaar dat deze selectie-functie wordt uitgehold. Te denken valt aan nieuwe 'screeningstechnieken' voor de patiënten die de rol van de huisarts als 'poortwachter voor de tweedelijns' meer of minder overbodig maken. In dit geval zullen patiënten die via zelf-diagnostiek afwijkingen hebben geconstateerd eerder naar de specialist dan naar de huisarts willen gaan. Ook de parallelle belangen van patiënten en verzekeraars, die in het veranderende systeem van de Nederlands gezondheidszorg een steeds belangrijkere factor worden, spelen in dit verband een rol. Voor verzekeraars is het weliswaar van primair belang om de bij hen verzekerde patiënten zo gezond mogelijk te houden vanwege toekomstige kosten, maar van evengroot belang is om deze patiënten tevreden te houden. Tevreden patiënten zijn immers bereid de gevraagde premie te betalen. De ervaring leert dat veel patiënten vanuit de onzekerheid het liefst meteen de 'specialist zelf' consulteren in plaats van de huisarts. Voor verzekeraars lijken er weinig principiële bezwaren te zijn voor de extra kosten die dit met zich meebrengt, zolang de patiënten bereid zijn de premieverhogingen te betalen.

Summary

The general practitioner's influence on secondary medical care

CHAPTER 1

Introduction

General practitioners in the Netherlands assume responsibility for providing continuous care to the patients on their lists. This responsibility remains after the referral of patients to consultants. GPs see themselves as guardians of the continuity of care provided by themselves in general practice and the specialist care in hospital. This continuity is maintained by having patients referred back to general practice by the consultant in charge of the treatment as soon as is medically possible.

The main goal of this study is to compare the role GPs (in particular their professional organization) assume, as described above, with their actual behaviour in this respect. A description will also be given of the psychological costs and benefits GPs incur in guarding the continuity of care for patients referred to specialists.

CHAPTER 2

A Theoretical analysis of GPs' influence on consultants treatment of their patients

In the Netherlands most patients need a referral from their GP to visit a consultant. This gives GPs an important influence on consultants by determining the composition of the group of patients the consultant has to treat ("selection-influence"). However, the GPs' national professional organization also emphasizes GPs' role as guardians of continuity of care after the patient's referral (our central subject of study). For instance, the aim of the referral letter is described as: giving the GP influence on the course, nature, and quantity of consultant treatment ("continuity-influence").

An analysis has been made of GPs' continuity-influence on consultants, based on

the social exchange theory. The conditions which may strengthen the GPs' continuity-influence seemed to be: GP coalitions and freedom to choose the referral destination.

Research data was gathered on 161 GPs participating in the Dutch National Survey of General Practice, carried out by the Netherlands Institute of Primary Health Care (NIVEL). The results show that most GPs agree with the presumed benefits and disagree with presumed costs of continuity-influence. There appear to be two dimensions in these benefits and costs: on one hand the 'material costs' (the time involved in exerting continuity-influence and the absence of specific remuneration) and on the other hand the 'social costs and benefits' (the difficulties as well as the pleasures of the communication with consultants and patients related to exerting continuity-influence). GPs are not shown to have a significantly more positive or negative outcome (the result of balancing costs and benefits) on the material than on the social dimension. In future special attention should be given to evidence from this study that GPs in health centres and GPs closely connected with consultants at one specific hospital incur lower material costs from continuity-influence (the latter result is the opposite of the hypothesis). An important question for future studies is what the balance should be, between GP coalitions and freedom to choose referral destination, to promote GPs' continuity-influence.

CHAPTER 3

The relationship between general practitioners and consultants in the Netherlands compared to the United Kingdom

In order to study what has been published on the relation between GPs and consultants, an analysis was made of the contents of 20 recent volumes of four Dutch and three British journals. Special attention was paid to one specific aspect of this relation, i.e. the influence of GPs on the care of referred patients, their continuity-influence. In the Netherlands considerably more papers have been published on the relation between GP and consultant than in the United Kingdom (242 versus 104 papers). Moreover, a greater number of the Dutch papers address themselves to the influence of the GP on the care for referred patients (36 versus 13 papers). Dutch GP's also express more interest in exerting this influence on consultants than their British colleagues, but they do not reveal much effort has been taken to actually exert the influence. Explanations for these and other results are given in this study on the basis of an analysis of the position of Dutch and British GPs in the health care system.

CHAPTER 4

Indications for continuity-influence of GPs on the basis of care production figures

In the Dutch health care system, Health Insurance Fund patients have no direct access to specialist care. They need a referral card from the GP. This implies that the GP can influence the workload of the specialist by selecting patients.

Previous research shows that GPs differ widely in the number of patients they refer and consequently they also differ in the amount of 'selection-influence' they have on the specialist. In this study, however, we sought evidence for 'continuity-influence'.

On the base of Health Insurance Fund data, parameters were constructed that take into account that variation in the amount of specialist care that is due to continuity-influence, apart from selection-influence. In analyzing these parameters we found some evidence for continuity-influence by the GP on the specialist. However, selection influence seems far more important.

CHAPTER 5

The perception of continuity-influence by GPs and consultants (neurologists)

The research question was how the continuity-influence of GPs is perceived by GPs themselves and by the consultants, subject to this influence. A questionnaire was sent to a representative sample of the Dutch GP-population (N=500, response rate 55%) and all 584 members of the Dutch Association of Neurologists - de Nederlandse Vereniging voor Neurologie - (response rate 53%). The results show that only 21% of the Dutch GPs and 21% of the Dutch neurologists are of the opinion that GPs do not have (any) influence on the treatment of their referred patients. In asking questions on more specific details of this treatment by consultants (amount and nature of the in-patient and out-patient treatment) GPs and neurologists differ significantly. On all aspects, GPs are more positive about their influence than neurologists. GPs also think they have more influence on the amount than on the nature of the consultant's treatment. Neurologists primarily make the distinction between in- and out-patient treatment and they think GPs have most influence on out-patient treatment.

CHAPTER 6

The influence of the referral letter on the procedure followed in the treatment given to referred patients

Communication between GPs and specialists about referred patients is mainly by correspondence. GPs write referral letters to introduce the patient to the specialist; specialists report back by means of discharge letters. Referral letters should be explicit about whether the GP wants further diagnostics done or wants a specialist to take over the treatment. The study focuses on the effect these procedure proposals from the GP have on the procedure actually followed by the specialist. The research question is: to what extent are procedure proposals in referral letters followed by specialists?

The study was done by analyzing the content of 200 referral letters and the 200 corresponding discharge letters from specialists (from which the procedure actually followed by the specialist can be deduced). The letters were restricted to those of out-patients treated in the internal medicine departments of five different hospitals.

The results show that GPs only make a procedure proposal in 20% of their referral letters. If, however, a procedure proposal is present in the referral letter, in 60% of the cases it is followed by the internist. When a procedure proposal is absent, internists take over the treatment in half of all cases. In the other half they refer the patient back to general practice, sometimes with a request to see the patient once more again in the future. The research results may stimulate GPs to make procedure proposals in their referral letters.

CHAPTER 7

GP-Consultant consultations on hospitalized patients

Consultation between GPs and consultants about patients' in-hospital treatment is to be expected from the claim of Dutch GPs that they are responsible for continuous care for the patients on their lists. Data were gathered in the Dutch National Survey of General Practice: registration concerning all patients hospitalized during a three-month period (N=7815) by 161 GPs. GPs consult consultants most frequently about the decision to admit patients (15% of all admissions). Consultation during patient's stay in hospital (5%) and about the discharge decision and possible aftercare (4%) is more unusual. Consultation results from practical circumstances, such as the GP's initiative in the admission and a contact between patient and GP about the admission. The results leave GPs to answer the question, of whether the little actual consultation about the patient's stay in hospital, discharge and aftercare accords with their task to render continuous care.

CHAPTER 8

GP-Patient contacts during patient's hospital treatment

Rendering continuous care to their patients implies not only consultation between GP and consultant, but also GP-patient contact during patients' stay in hospital. In order to examine the extent to which these contacts between GPs and their hospitalized patients actually take place, all these contacts were registered in the Dutch National Survey of General Practice concerning all hospitalized patients during a three-month period (N=7815) by 161 GPs.

Hospital visits by GPs to admitted patients (22% of the admitted patients are visited) and home visits by GPs to recently discharged patients (26% of the discharged patients are visited on the GPs' own initiative) are the most important aspects of the GP-patient contact related to hospital admission. GPs whose practice is situated 15 or more kilometres away from the nearest hospital visit their patients significantly less frequently in hospital. On the other hand, GPs with a practice in a municipality with a hospital within its geographical borders visit their patients less frequently after they have been discharged from hospital. There is a declining trend in the incidence of aftercare visits by GPs running from the north to the south of the Netherlands.

GPs contact the patient in 43% of the hospital admissions, but do not have any consultation with the consultant. The question is whether GPs are able to fulfil the guiding role they envisage for themselves for patients admitted to hospital in these cases?

CHAPTER 9

Discussion

The main conclusion of this study is that GPs actually exert much less continuity-influence on the care for their referred patients than they consider desirable. One of the most important reasons for this difference between the official targets and the actual behaviour of GPs seems to be the virtually complete absence of material benefits for GPs in respect of continuity-influence. Most benefits are attached to moral standards about what is appropriate behaviour concerning this aspect of the GP's professional practice. Moreover, consultants are not dependent on the referrals of individual GPs. Consequently as long as GPs do not cooperate with each other in making a joint referral policy, they have a weak basis upon which to exert continuity-influence.

Literatuur

- ANONYMUS. Uit onderzoek onder huisartsen blijkt: consultkaart, haalbare kaart. Inzet 3 (1988) 10-11
- BAKWIN, H. Pseudodoxia Pediatrica. The New England Journal of Medicine 232 (1945) 691-697
- BEEK, M., J. VAN EIJK & G. RUTTEN. Verschuivingen van eerste naar tweede lijn? Opvattingen van huisartsen en specialisten. Med Contact 40 (1985) 299-302
- BEEK, M., J. VAN EIJK & G. RUTTEN. Huisartsen en specialisten over hun onderlinge taakafbakening. Med Contact 39 (1984) 1247-1251
- BENSING, J.M., M. FOETS, J. VAN DER VELDEN & J. VAN DER ZEE. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts en Wetenschap 34 (1991) 51-60
- BERKELEY, J.S. Reasons for referral to hospital. J R Coll Gen Pract 26 (1976) 293-296
- BERKHOUT, F. Why do referral rates vary? Some theoretical considerations on the study of medical practice. Working Paper 391. School of Geography, University of Leeds, Leeds 1984
- BEUGELING, A. & J.C. VAN DER WOUDE. De verwijfsbrief in zijn context. Med Contact 40 (1989) 873-876
- BREMER, G.J. Het verwijzen in de huisartspraktijk. Van Gorcum & Comp. N.V., Assen 1964
- BREMER, G.J., H.J.W. BRINKMAN, A.M. VAN DONGEN, P.K. VAN DER ENT BRAAT, G.C.A. ESSENS, K. GILL, J. NOOTER & M. SANDERS. Weer thuis: een onderzoek bij uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. Huisarts en Wetenschap 19 (1976) 406-423
- BREMER, G.J. Een onderzoek van verwijfsbrieven. Huisarts en Wetenschap 32 (1989) 100-101
- BROERE, F.P. & R.W. VERBRUGGE. Marketing voor specialisten. Med Contact 43 (1988) 1421-1423
- BRUINS, C.P. Ondergrondse communicatieproblemen. Med Contact 29 (1974) 937-942
- BUCKLEY, E.G. New decade: new title. Br J Gen Practice 40 (1990) 1-3
- BUMA, J.T. Opvattingen over huisartsengeneeskunde in 'Huisarts en Wetenschap'. Huisarts en Wetenschap 24 (1981a) 332-335
- BUMA, J.T. De huisarts en de continuïteit in de hulpverlening. Een essay over de longitudinale zorg door de huisarts, de plaats van de dialoog daarin en de wenselijkheid van een gedragscode. Huisarts en Wetenschap 24 (1981b) 379-383
- BUMA, J.T. De identiteit van de huisartsengeneeskunde. In: J.T. Buma, R. Grol, H. v.d. Velden, Th. Voorn (red.). Huisartsengeneeskunde voor en na 1984. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen (1984) 11-32

- BURKENS, J.C.J. Consultatie in beide richtingen. Med Contact 29 (1974) 705-708
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Statistisch Zakboek '72. Centraal Bureau voor de Statistiek, 's-Gravenhage 1973
- CLARCK, M. & A. MULHOLLAND. The use of general-practitioner beds. J R Coll Gen Pract 23 (1973) 273-278
- COULTER, A., A. NOONE & M. GOLDACRE. General practitioners' referrals to specialist outpatient clinics. Br Med J 299 (1989) 304-308
- COULTER, A., V. SEAGROATT & K. McPHERSON. Relation between general practices' outpatient referral rates and rates of elective admission to hospital. Br Med J 301 (1990) 273-276
- DIJK, L. VAN & J.A.M. MULLINK. Het Brandpunt van de holle spiegel. T Soc Gezondheidsz 54 (1976) 70-77
- DOELEMEN, F. Improving communication between general practitioners and specialists. Fam Practice 4 (1987) 176-182
- DOPHEIDE, J.P. Verwijzingen door de huisarts: enkele determinanten van het verwijzingscijfer van solo-huisartsen op het platteland en in forensengemeenten. Gezondheid & Samenleving 3 (1982) 141-151
- DOPHEIDE, J.P. Verwijzingen door de huisarts. Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht 1982
- DOWIE, R. General practitioners and consultants: a study of outpatient referrals. King's Fund, London 1983
- EDENS, R. Verwijsbrieven getoetst. Med Contact 32 (1977) 311-316
- EDITORIAL. The general practitioner and the hospital. J R Coll Gen Pract 22 (1972) 205-207
- EGBERTS, G.W. Patiënt - huisarts - specialist: een driehoeksverhouding. Huisarts en Wetenschap 30 (1987) 23-25
- ENGELSMAN, C. & A. GEERTSMA. Doet de specialist wat de huisarts wil? Verslag deelonderzoek project 'Samenwerking-Wisselwerking Huisarts-Specialist'. Rijksuniversiteit Groningen, Vakgroep Gezondheidswetenschappen, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 11 april 1991
- FOETS, M., J. VAN DER VELDEN & J. VAN DER ZEE. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Projectvoorstel. NIVEL, Utrecht 1986
- FOETS, M. & J. VAN DER VELDEN. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport + meetinstrumenten en procedures. NIVEL, Utrecht 1990
- FOETS, M., L.J. STOKX & J.B.F. HUTTEN. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenenquête: schaalconstructie. NIVEL, Utrecht. Te verschijnen in 1991
- GILL, K. De nazorg van ontslagen ziekenhuispatiënten. Huisarts en Wetenschap 17 (1974) 32-33
- GLOERICH, A.B.M., V. SCHRIJNEMAEKERS & J. VAN DER ZEE. Referrals in sentinel practices. In: A.I.M. Bartelds, J. Fracheboud & J. van der Zee. The Dutch sentinel practice network; relevance for public health policy. Netherlands Institute of Primary Health Care. NIVEL, Utrecht The Netherlands 1990

- GLOERICH, A.B.M. & J. VAN DER ZEE. Verwijzen door de huisarts naar de tweede lijn. NIVEL, Utrecht. Te verschijnen in 1991
- GREVE, W.B. DE & W.J. VRAKKING. Enkele verklaringstheorieën. In: W.B. De Greve, H.A. Tiddens, H. van Andel e.a. (red.). Leiding en organisatie in de gezondheidszorg, pp. 36-44. Stafleu, Alphen aan den Rijn 1983
- GROENEWEGEN, P.P., D.H. DE BAKKER, J. VAN DER VELDEN & M.FOETS. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: Verrichtingen in de huisartspraktijk. NIVEL, Utrecht 1990
- GROL, R. Preventie van somatische fixatie en de attitude van de huisarts: deel 5. Eindrapportage van het project Preventie van Somatische Fixatie. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen 1983
- GROL, R. (ed.). To heal or to harm: the prevention of somatic fixation in general practice. Exeter: Royal College of General Practitioners 1989
- HARDING, J. Study of discharge communications from hospital doctors to an inner London general practice. J R Coll Gen Pract 37 (1987) 494-495
- HART, J.T. & M. Marinker. An exchange of letters. MSD Foundation, London 1985
- HECKMAN, J. De huisarts als spil in de gezondheidszorg. Med Contact 29 (1974) 880-882
- HOOGEN, H.J.M. VAN DER, F.J.A. HUYGEN, J.W.G. SCHELLEKENS, J.M. STRAAT & H.G.M. VAN DER VELDEN. Morbidity figures from general practice. Data from four general practices 1972-1982. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen 1985
- HORDER, J.P. Physicians and family doctors: a new relationship. J R Coll Gen Pract 27 (1977) 391-397
- HORIIX, M.J. Commentaar van een specialist. Med Contact 33 (1978) 1574-1575
- HORIIX, M.J. Taakverdeling eerste en tweede echelon. Med Contact 34 (1979) 769-772
- HULL, F.M. & K.F. WESTERMAN. Referrals to medical outpatient departments at teaching hospitals in Birmingham and Amsterdam. Br Med J 293 (1986) 311-314
- HUYGEN, F.J.A. & R.A. DE MELKER. Over het verwijzen door de huisarts. Med Contact 28 (1973) 1299-1302
- ILLINGWORTH, D.G. The general practitioner and the hospital. J R Coll Gen Pract 22 (1972) 227-231
- JACOBS, H.M., F.W.M.M. TOUW-OTTEN, & R.A. DE MELKER. Taakopvatting en ziekenhuisbezoek: de invloed van de taakopvatting van de huisarts op de frequentie waarmee hij zijn ziekenhuispatiënten bezoekt. Huisarts en Wetenschap 22 (1979) 226-234
- JACOBS, H.M., R.A. DE MELKER & F.W.M.M. TOUW-OTTEN. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten (I + II). Med Contact 38 (1983) 1599-1601; 1629-1632
- JONG, G. DE. Een nieuwe lente voor het TSG. T Soc Gezondheidsz 66 (1988) 1-2
- JONGKEES, L.B.W. 125 Jaar Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, uit het verleden via het heden naar de toekomst. Ned T Geneesk 126, (1982) 1-2

- KERKHOFF, A.H.M. De verwijzer verwezen! Enige kanttekeningen bij het plan tot invoering van advies en verwijfskaarten. Med Contact 38 (1983) 647-649
- KERKHOFF, A.H.M. & G.A. ZIELHUIS. Kunnen gegevens over verwijzen en opnamen bijdragen aan de samenwerking tussen huisarts en specialist? T Soc Gezondheidsz 63 (1985) 610-614
- KERSTEN, D. De invloed van de huisarts na de verwijfskaart. Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht 1984
- KERSTEN, T.J.J.M.T. Invloed van de huisarts op de omvang van de specialistische behandeling. NIVEL, Utrecht 1987
- KERSTEN, T.J.J.M.T. Wederzijdse beïnvloeding huisarts-specialist. Med Contact 43 (1988) 849-851
- KERSTEN, D. & J.P. DOPHEIDE. Invloed huisarts in de tweede lijn. Een empirische verkenning. Med Contact 39 (1984) 1579-1582
- KERSTEN, T.J.J.M.T. & M. FOETS. De betrokkenheid van huisartsen bij de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten. T Soc Gezondheidsz 68 (1990) 36-41
- KERSTEN, T.J.J.M.T. & C.M.TH. VERHAGE-SPLIET. De invloed van de verwijfsbrief op de procedure in de tweedelij. T Soc Gezondheidsz 68 (1990) 341-345
- KERSTEN, T.J.J.M.T., W.C.M. Zijlmans & T.A. Wiegers. Nazorg van het kruiswerk, wat houdt dat in? T Soc Gezondheidsz 10 (1990) 416-426
- KOLKMAN, H. & S. DE JAGER. Het basisziekenhuis geknipt voor de eerstelij. Nationaal Ziekenhuis Instituut, Utrecht 1984
- KOLKMAN, H.H.E. & P.C.H. VAN DER VOORT. Samenwerking huisarts-specialist. Onderzoek in Zeist. Med Contact 40 (1985) 1065-1067
- KOOIJ, S. VAN DER. Redactioneel. Extra- en intramurale geneeskunde. Huisarts en Wetenschap 14 (1971) 417-418
- KORT, G.A.P. DE, M.F.M. VAN DOORN & K. GILL. Verwijfsbrieven: een analyse van 100 brieven van huisartsen inzake CARA-patiënten. Airways 4 (1985) 2-9
- KROL, L.J. De consument als leidend voorwerp in de gezondheidszorg. Onderzoek naar de achtergronden van verwijzingen naar de kinderarts. Dissertatie. Amsterdam 1985
- KUYVENHOVEN, M.M., H.M. JACOBS, F.W.M.M. TOUW-OTTEN & J.C. VAN ES. Written simulation of patient-doctor encounters. 3. Comparison of the performance in the stimulation with prescription and referral data in reality. Fam Practice 1 (1983) 25-28
- LAMBERTS, H. & M. WOOD (ed.). ICPC, International Classification of Primary Care. Oxford University Press, Oxford 1987
- LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING. De positie van de huisarts in de toekomst. Discussienota. Landelijke Huisartsen Vereniging, Utrecht 1986
- LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING / LANDELIJKE SPECIALISTEN VERENIGING. Intentieverklaring LHV / LSV inzake substitutie. Utrecht 28 april 1988

- LANDELIJKE SPECIALISTEN VERENIGING. Specialistenbrief maart/april 2 (1990)
- LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING. Het Basistakenpakket van de huisarts. Landelijke Huisartsen Vereniging Vademecum, Utrecht 1987
- LANDELIJKE SPECIALISTEN VERENIGING. De specialist van morgen. Landelijke Specialisten Vereniging, Utrecht 1988
- LEERLING, R.J. Een alternatieve 'eigen bijdrage'. Med Contact 33 (1978) 1571-1573
- LEERLING, R.J. Hoe staat het eigenlijk met de alternatieve eigen bijdrage? Med Contact 35 (1979) 1548-1551
- LEMS, P. De overschatte rol van de huisarts. Med Contact 40 (1985) 221-223
- LESTER, J.P. Why not reclaim our patients from hospital outpatient clinics? J R Coll Gen Pract 30 (1980) 230
- LONG, A. & J.B. ATKINS. Communications between general practitioners and consultants. Br Med J 4 (1974) 456-459
- LOUDON, I.S.L. The contribution of general practitioner hospitals. J R Coll Gen Pract 22 (1972) 220-226
- MAAS, P.J. VAN DER & J.D.F. HABBEMA. Standaardiseren van ziekte- en sterftecijfers: mogelijkheden en beperkingen. T Soc Geneesk 59 (1981) 259
- MAGEEAN, R.J. Study of "discharge communications" from hospital. Br Med J 293 (1986) 1283-1284
- MANSVELT, J. VAN. Suggesties ten aanzien van de samenwerking tussen huisarts en specialist. Med Contact 29 (1974) 734-737
- MARINKER, M., D. WILKIN & O.H. METCALFE. Referral to hospital: can we do better? Br Med J 297 (1988) 461-464
- MARSH, G.N. Are follow-up consultations at medical outpatients departments futile? Br Med J 284 (1982) 1176-1177
- McCRANE, E.W., J.L. HORNSBY & J.C. CALVERT. Practice and career satisfaction among residency trained family physicians: a national survey. J of Family Pract 14 (1982) 1107-1114
- MECHANIC, D. The organization of medical practice and practice oriëntations among physicians in prepaid and non-prepaid primary care settings. Medical Care 13 (1975) 189-204
- MEIJBOOM, W.A. & A.F. CASPARIE. Samenwerking eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Med Contact 35 (1980) 989-994
- MELKER, R.A. DE. De huisarts en de ziekenhuispatiënt. Huisarts en Wetenschap 14 (1971) 418-422
- MELKER, R.A. DE. Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin. Dekker & van de Vegt, Nijmegen 1973
- MELKER, R.A. DE. The relationship between the family doctor and the hospital. J R Coll Gen Pract 24 (1974) 703-709

- MELKER, R.A. DE. Beterschap door beter beleid. Dekker & van de Vegt, Nijmegen 1975
- MELKER, R.A. DE. De onderschatting van de rol van de huisarts. Med Contact 40 (1985) 585-588
- MELKER, R.A. DE & M.M. KUYVENHOVEN. Verwijzingen naar interne en chirurgische specialismen: een exploratief onderzoek naar enkele aspecten van het verwijsgedrag van dertien huisartsen. Huisarts en Wetenschap 29 (1986) 365-368
- MIDDEL, R. & T.R. ZIJLSTRA. Wat vinden huisartsen van een ziekenhuis? Med Contact 41 (1986) 49-51
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Verandering Verzekerd, stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk 1988
- MOKKINK, H.G.A. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen. Dissertatie. Krips Repro, Meppel 1986
- MOORE, B. & M. COHEN. A method of training family physicians in the hospital care of family-medicine-patient: the 3Y experience. Can Fam Physician 33 (1987) 2779-2782
- MULDER, J.D. Samen Werken. Inaugurele rede Rijks Universiteit Leiden 1983
- NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP. De verwijfsbrief naar de tweede lijn [Standaard O01]. Huisarts en Wetenschap 32 (1989) 102-105
- NIJHUIS, H.J. De relatie huisarts-specialist. Naar een nieuwe manier van verwijzen. Med Contact 36 (1981) 1617-1619
- NUIJENS, W. & W. VAN SLOBBE. Een haalbare kaart. Een onderzoek naar de mogelijkheid een consultkaart in te voeren. Med Contact 43 (1988) 301-304
- OOSTERHUIS, W.W. De communicatieve waarde van correspondentie tussen huisarts en specialist. Med Contact 29 (1974) 963-964
- PATERSON J.K. Second Opinions. J R Coll Gen Pract 2 (1959) 160-169
- PEL, J.Z.S. Over de invloed van de huisarts op het verwijfspercentage. Med Contact 30 (1975) 988-990
- POLAK, B.S. De relatie ziekenhuis(specialist-)patiënt. Med Contact 28 (1972) 1399-1402
- POP, P. & L.L.J.M. KEYSERS. Communicatie tussen huisarts en specialist. Med Contact 40 (1985) 203-206
- POSTHUMA, B.H. & J. VAN DER ZEE. Tussen eerste en tweede echelon (2). Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht 1978
- PUIJLAERT, F.W.J. Versterking van de eerste lijn door raadplegen van de diagnost. II: Directe contacten huisarts met radiodiagnosten, chemici en bacteriologen - een oriënterend onderzoek. Med Contact 33 (1978) 1176-1179
- PUIJLAERT, F.W.J. Taakverdeling eerste en tweede echelon. Raadplegen van de diagnost is meer dan ziekenhuisfaciliteiten voor de huisarts. Med Contact 34 (1979) 997-998
- REDACTIONEEL. Bij de twintigste jaargang. Huisarts en Wetenschap 20 (1977) 3

- ROLAND, M.O., J. BARTHOLOMEV, D.C. MORRELL, A. McDERMOTT & A. PAUL. Understanding hospital referral rates: a user's guide. *Br Med J* 301 (1990) 98-102
- ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS / OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS / DEPT. OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY. Morbidity statistics from general practice 1981-1982: third national study. HMSO, London 1986
- RUTTEN, G., J. VAN EIJK & M. BEEK. Controles bij diabetes mellitus. Een peilend onderzoek naar opvattingen van huisartsen en internisten. *Med Contact* 40 (1985) 389-390
- RUTTEN, G., M. BEEK & J. VAN EIJK. Kleine chirurgie: door wie? *Med Contact* 40 (1985) 367-368
- RUTTEN, G., J. VAN EIJK & M. BEEK. Chronische bronchitis. Opvattingen van huisartsen en longartsen over hun onderlinge taakafbakening en de rol van de patiënt. *Med Contact* 40 (1985) 457-458
- RUTTEN, G., J. VAN EIJK & M. BEEK. Huisartsen en gynaecologen over taakafbakening en zelfzorg. *Med Contact* 40 (1985) 432-434
- RUTTEN, G., J. VAN EIJK & M. BEEK. Huisarts, huidarts of patiënt? *Med Contact* 40 (1985) 325-326
- SHORTELL, S.M. & O.W. ANDERSON. The physician referral process: a theoretical perspective. *Health Services Research* 6 (1971) 39-48
- SHORTELL, S.M. Determinants of physician referral rates: an exchange theory approach. *Medical Care* 12 (1974) 13-31
- SHORTELL, S.M. & S.G. VAHOVICH. Patient referral differences among specialities. *Health Services Research* 10 (1975) 146-161
- SHORTELL, S.M. Continuity of medical care: conceptualization and measurement. *Medical Care* 14 (1976) 377-391
- SIXMA, H. Contacten en verwijzingen bij de Almeerse huisartsen. Project evaluatie gezondheidszorg Almere, nr. 4. NIVEL, Utrecht 1986.
- SLUIJS, E.M. & J. VAN DER LEDE. Methodisch werken: de ontwikkelingen sinds 1976. *Huisarts en Wetenschap* 31 (1988) 3-7 (suppl. H & P 12)
- SOESBEEK, K.H. Opname in het ziekenhuis van oudere patiënten met een CVA. *Huisarts en Wetenschap* 28 (1985) 94-95
- STOKX, L.J. Wie zorgt er voor de patiënt met epilepsie? NIVEL, Utrecht 1990.
- SWANBORN, P.G. Schaaltechnieken. Boom, Meppel 1988 (2^e druk).
- THIBAUT, J.W. & H.H. KELLY. The social psychology of groups. Wiley, New York 1959
- TODD, J.W. The general practitioner and the hospital. *Update* (1987) 429-32
- TORRANCE, N., J.A.R. LAWSON, B. HOGG & J.D.E. KNOX. Acute admissions to medical beds. *J R Coll Gen Pract* 22 (1972) 211-218
- VEEN, P. & H.A.M. WILKE. De kern van de sociale psychologie. Van Loghum Slaterus, Deventer 1986

- VERBRUGGEN, R. Waarom kiezen ze ons? Marktonderzoek (2): Polikliniek-enquête. Het Ziekenhuis 19 (1989) 323-324
- VERBRUGGEN, R. Waarom verwijzen ze zo weinig naar ons? Marktonderzoek (3): Interviews met huisartsen. Het Ziekenhuis 19 (1989) 350-352
- VERENIGING VAN NEDERLANDSE ZIEKENFONDSEN /KONTAKT LANDELIJK OVERLEG ZORGVERZEKERAARS. Financiering gezondheidszorg. Rapport 'Betaalbaar Perspectief'. Med Contact 39 (1984) 188-189
- VERENIGING VAN NEDERLANDSE ZIEKENFONDSEN. Gezondheidszorg in cijfers vanuit ziekenfondsoptiek. Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, Zeist 1989
- VERHAGE-SPLIET, C.M.Th. Berichtgeving huisarts-specialist: een onderzoek naar de berichtgeving tussen huisarts en specialist bij verwijzingen naar de polikliniek interne geneeskunde. Scriptie, Stichting voor Sociale Gezondheidszorg, opleiding sociale geneeskunde, tak algemene gezondheidszorg. Utrecht 1988
- VERHAGE-SPLIET, C.M.Th. & T.J.J.M.T. KERSTEN. De inhoud van verwijfsbrieven en specialistenbrieven. Huisarts en Wetenschap 33 (1990) 148-151
- VERMEULEN, C.J. Project nazorg ziekenhuispatiënten de groepspraktijk Rhenen. Ministerie van Volksgezondheid en Milieu, Leidschendam 1973
- VERSÉLEWEL DE WITT HAMER, J.J. Een alternatieve 'eigen bijdrage'. Naar een juiste taakverdeling tussen eerste en tweede echelon. Med Contact 34 (1979) 1021-1024
- VISSER, A.P.H. Evaluatie en de keuze van tweedelijns gezondheidszorg voorzieningen: inhoud, determinanten en beïnvloeding. Open Dag Gezondheidszorgonderzoek 1983. T Soc Gezondheidsz 62 (1984)
- VLIEL, R.C.J.A. VAN. Risico-selectie en globale normuitkeringen: een kwantificering. T Soc Gezondheidsz 68 (1990) 489-496
- VROEGE, N.H. Het Woudschotenrapport. Huisarts en Wetenschap 9 (1966) 372-385
- WESTERMAN, R.F. Patiëntenzorg: samen of apart? Huisarts en Wetenschap 17 (1974) 447-450
- Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ). Staatscourant 27 mei 1987, 100
- WHITFIELD, M.J. What do consultants think of general practice? J R Coll Gen Pract 30 (1980) 228-229
- WIJKEL, D. Samenwerken en verwijzen (deel I): praktijkvorm en productiecijfers. Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht 1983
- WIJKEL, D. Samenwerken en verwijzen. Dissertatie. NIVEL, Utrecht 1986
- WIJKEL, D. Ergotherapie als nazorg thuis. Med Contact 45 (1990) 293-296
- WILKIN, D. & C. DORNAN. General practitioner referrals to hospital. A review of research and its implications for policy and practice. Centre for Primary Care Research, University of Manchester, Manchester 1990

WILLIAMS, E.I. & F. FITTON. General practitioner response to elderly patients discharged from hospital. Br Med J 300 (1990) 159-161

WITTE, L. DE, F. VAN DER HORST, J. JOOSTEN, H. PHILIPSEN & P. BAKKER. Continuïteit van zorg na ontslag uit een revalidatiecentrum. T Soc Gezondheidsz 64 (1986) 567-572

ZUIDERVAART, J. & H. LAMBERTS. De nazorg van ziekenhuispatiënten. Huisarts en Wetenschap 19 (1976) 424-425

Curriculum vitae

T.J.J.M.T. Kersten werd op 15 juni 1952 geboren te Geldrop. In 1970 behaalde hij het diploma gymnasium bèta. Van 1970 tot 1977 studeerde hij psychologie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, met als hoofdrichting sociale psychologie, nevenrichting methodologie en statistiek en bijvak gezondheidsleer (LH Wageningen).

Na zijn afstuderen werkte hij tot 1981 als wetenschappelijk ambtenaar bij het Instituut voor Sociale Psychologie van de Rijksuniversiteit te Utrecht en verrichtte daar toegepast onderzoek op het terrein van de attitudeverandering via de massamedia, en de volwasseneneducatie via de massamedia.

In de periode van 1981 tot medio 1985 deed hij projectonderzoek naar verschillende vraagstukken binnen de eerstelijnsgezondheidszorg bij de afdeling wetenschappelijk onderzoek van het toenmalige Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) te Utrecht, momenteel voortgezet als het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg). Sindsdien is hij daar werkzaam geweest in de functie van projectleider voor het themagebied 'relatie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg'. Binnen dit themagebied verrichtte hij met name onderzoek naar de invloed die huisartsen hebben op de zorg voor patiënten na verwijzing ('de invloed van huisartsen in de tweede-lijn'). Verder hield hij zich bezig met studies naar: de nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten, de taakafbakening tussen huisartsen en specialisten bij de zorg voor epilepsiepatiënten, stimulansen voor kosten-effectief werken door huisartsen (onder andere via de honorering), en de verschillen in resultaat tussen thuisbevallingen en poliklinische bevallingen onder leiding van verloskundigen.

Met ingang van september 1991 is hij in dienst getreden als stafmedewerker / senior onderzoeker van het Project Samenwerking 1^e- 2^e lijn van het VU-ziekenhuis te Amsterdam.

