

Verwijzen

oogga

In de curatieve gezondheidszorg speelt de verwijzing van patiënten door huisartsen naar specialisten een belangrijke rol. Het principe van de twee 'linies' in de gezondheidszorg berust erop dat de huisarts op een verantwoorde wijze zoveel mogelijk zelf afhandelt en de specialist te hulp roept als hij in diagnostisch of therapeutisch opzicht niet verder uit de voeten kan. Er bestaat een verschil tussen de benadering van huisartsen en die van specialisten: huisartsen zijn er in het algemeen meer op gespist een diagnose te stellen en deze te bevestigen; specialisten zijn er meer op uit alle mogelijke ziekten uit te sluiten. Huisartsen bevestigen een hypothese; specialisten falsificeren deze. Dit geldt niet voor alle verwezen patiënten. In een groot aantal gevallen handelt de specialist in het verlengde van de huisarts: bij een liesbreuk, een appendicitis, een otitis media, een presbyopie en zo meer.

Bevestiging versus falsificatie treft men vooral aan bij patiënten met onduidelijke of complexe klachten en verschijnselen. In deze gevallen kunnen verwijzingen een aanzienlijke nasleep hebben. Als de onduidelijkheid blijft bestaan volgen niet zelden ziekenhuisopnamen, proefbehandelingen, intercollegiale verwijzingen. Als er ergens kosten in de gezondheidszorg worden genereerd dan is het wel hier. Het ligt dus voor de hand dat onder andere beleidsmakers met argusogen kijken naar het verwijsgedrag van huisartsen. Dit blijkt ook uit beschouwingen van commentariërende instanties als de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, waarvan het commentaar reeds eerder in Medisch Contact aan de orde is geweest¹.

In dit nummer van Medisch Contact (blz. 1265) levert J. van der Zee kritiek op de nota van de Harmonisatieraad. Aan de hand van cijfermatige gegevens over verwijzingen toont hij aan dat de voortdurende toename van het aantal verwijzingen tot stilstand is gekomen; vervolgens geeft hij hiervoor een aantal mogelijke verklaringen. Een fundamenteel probleem is echter dat steeds opnieuw wordt getracht het handelen van huisartsen uit te drukken in verwijscijfers. Dat is ook wel begrijpelijk: andere meetlatten zijn er nauwelijks. Maar hoe degelijk is de meetlat van de verwijzing?

De arts die louter zelfstandig bepaalt wat er met de patiënt moet gebeuren bestaat

J. C. van Es

Verwijscijfers ondeugdelijk instrument om inzicht te krijgen in de werkelijkheid

niet meer, als hij al ooit heeft bestaan. Dit geldt óók, en misschien zelfs wel in het bijzonder, voor de verwijzing naar een specialist. In extreme mate treft men de invloed van de patiënt op het verwijzen aan bij patiënten die op eigen gezag naar een ongevallenpoli gaan en de huisarts bij het uitschrijven van een 'verwijskaart achteraf' het nakijken geven.

Maar ook bij andere verwijzingen telt de wens van de patiënt zwaar. Als de klachten blijven voortduren: als het eczeem na een aantal weken nog niet is genezen; als het kind hangerig blijft, dan ligt daarin vaak een motief voor het vragen om een verwijzing. Bestaat er een goede verstandhouding tussen patiënt en huisarts, dan kan laatstgenoemde een door hem overbodig geachte verwijzing wel eens voorkomen, maar als puntje bij paaltje komt lukt dat niet. Móét dat misschien ook niet lukken: de mondig geworden patiënt heeft immers ook recht op het oordeel van een specialist? Bovendien: in een tijd van artsenovervloed loopt de huisarts niet graag het risico door een conflict over een verwijzing een patiënt kwijt te raken.

Het edele motief van de mondigheid van de patiënt wordt door het eigenbelang van de arts ondersteund. Hoe groot de invloed van de patiënt is, is niet helemaal zichtbaar. Uit een meer dan vijftien jaar oud onderzoek is naar voren gekomen dat toentertijd ruim 20% van de verwijzingen op verzoek van de patiënt plaatsvond². Uit een recent onderzoek van Krol blijkt dat meer dan de helft van de verwijzingen naar een kinderarts plaatsvindt op aandringen van de ouders³. Een belangwekkende bevinding uit dit onderzoek is dat ouders vooral aandoeningen waar zij zelf bang voor zijn willen laten uitsluiten. Het

lijkt erop dat mede door een uitvoerige informatie over medische zaken tal van patiënten aan de kandidatenziekte zijn gaan lijden. Het is dus duidelijk dat het verwijsperscentage slechts ten dele door de huisarts wordt bepaald.

Er is nog een 'Dritte im Bunde'. Uit de verwijscijfers is niet op te maken in hoeverre er sprake is van een eerste verwijzing of van een verlenging van een behandeling na één jaar. Op het uitschrijven van kaarten voor dit doel hebben huisartsen nauwelijks invloed; over het afgeven van deze kaarten wordt hoofdzakelijk beslist door de specialist.

Het is duidelijk dat het huidige globale verwijsperscentage de resultante is van de invloeden van patiënt, huisarts en specialist. Daaruit blijkt dat verwijsperscentages wel van belang zijn om de stroom patiënten van eerste naar tweede lijn te meten, maar een ondeugdelijk instrument zijn om het gedrag van huisartsen te meten. Daar komt nog bij dat huisartsen bepaalde taken hebben afgestoten, bijvoorbeeld het aanmeten van brillen, waarvoor wél verwijskaarten moeten worden uitgeschreven, die het globale getal weer op een oneigenlijke wijze beïnvloeden.

Als men een meer met de werkelijkheid overeenstemmend inzicht wil krijgen, zal het verwijssysteem grondig moeten worden herzien. Er is al bij herhaling gepleit voor de invoering van onder andere consultkaarten teneinde de duur van de specialistische behandeling van bepaalde patiënten te beperken⁴. Verandering van het verwijssysteem is echter evenzeer nodig om het inzicht in het handelen van huisartsen en in het verloop van patiëntenstromen in de gezondheidszorg te vergroten. Dit vergt een uitgebreidere registratie dan de huidige, een registratie waarin ook de motieven tot verwijzing en de diagnoses worden opgenomen. ■

1. Es JC van. Substitutie heroverwogen. Medisch Contact 1985; 40: 215.

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

3. Krol L. De patiënt als leidend voorwerp. Dissertatie Universiteit van Amsterdam. 1985.

4. O.a.: Eindrapport van de Commissie Structurering Honorerende Medische Specialist. Leidschendam, augustus 1982.