

Onbekend maakt onbemind

Een literatuurstudie naar hoe het gedrag van Nederlandse huisartsen met behulp van communicatiemiddelen te beïnvloeden is.



(afkomstig van <http://www.fx3.nl/fx3/images/VH/communicatie.gif>)

Amsterdam, mei 2005

Afstudeerproject HBO Huidtherapie

Hogeschool van Utrecht

Door: Yamilé Roding

Voorwoord

Een projectverslag maken, is altijd een kwestie van veel energie, van tijd tot tijd voelen alsof je er compleet doorheen zit, je uitgeput, eenzaam en soms moedeloos voelen (want sla je nu wel de goede richting in en doe je het wel goed?), kortom het is een complete uitputtingsslag. Maar.....dan is er het resultaat! Wat een voldaan en supertrots gevoel, want je hebt het toch maar weer even 'geflikt'.

Waarom er dan aan beginnen? Tja, met alleen: anders studeer ik niet af, wil ik mij er niet vanaf maken. Ik ben persoonlijk van mening dat er nog het een en ander schort aan het hele communicatievraagstuk dat bij elke beroepsgroep om de hoek komt kijken. In dit specifieke geval was ik geïnteresseerd in welke communicatiemiddelen ingezet kunnen worden om meer verwijzingen van huisartsen los te krijgen. In een groter kader geschetst, betekent dit: hoe kan uiteindelijk de zorg van de patiënt nog beter geoptimaliseerd worden. Daarom is dit onderwerp en afstudeerproject geschikt voor alle huidtherapeuten (en huisartsen/andere verwijzers?!).

En dan komt het.....uiteraard had je dit niet kunnen volbrengen zonder de mensen om je heen die van je houden en die in je geloven. Dus ook in mijn voorwoord siert weer het typerende bedanklijstje dat in bijna elk voorwoord staat!

Ik ga van start met het bedanken van mijn lieve vriend, Ralph, je was mijn steun en toeverlaat! Dan komen mijn zus Ghislaine, Onika, Frida, Bianka, Susan en Ines, bedankt dat ik soms zo hartgrondig kon zeuren en stoom bij jullie kon afblazen.

Verder bedank ik nog mijn ouders en Ralph's moeder, heerlijke mensen die begrepen dat dit projectverslag veel zwoegen voor mij betekende. Ze gaven mij de kracht om de laatste loodjes – die toch nog altijd het zwaarst wegen – tot een goed eind te brengen. Zij beloofden mij dat dit projectverslag een bekroning van mijn vier jaar keihard buffelen zou worden (en dat ik dit zo moest blijven zien).

Tenslotte bedank ik nog mijn scriptiebegeleider, Henny van Lienden, zonder wie dit alles niet mogelijk is geweest. Echt een rots in de branding en net degene die je nodig hebt en je dat extra zetje kan geven, wanneer ik dacht.....gaat dit nu wel helemaal goed, zit ik nu wel op de juiste weg? Bedankt! Allemaal heel erg bedankt!

Inhoudsopgave

Voorwoord

Inleiding	1
Hoofdstuk 1. Introductie communicatie	2
1.1 Wat is communicatie en hoe werkt het?	2
Hoofdstuk 2. Verwijsgedrag	4
2.1 Verwijzen naar chiropractors, diëtisten en fysiotherapeuten onder de loep	4
2.2 Huidig verwijsgedrag naar huidtherapeuten	4
Hoofdstuk 3. Theoretisch kader geïntegreerd met praktijk	6
3.1 Gedragstheorieën	6
3.2 Toegepaste gedragstheorie	8
Hoofdstuk 4. Communicatiemiddelen gekoppeld aan praktijkervaringen	10
4.1 Communicatiemiddelen	10
4.1.1 Chiropractors	11
4.1.2 Diëtisten	17
4.1.3 Fysiotherapeuten	19
4.2 Overreding met als doel gedragsverandering	20
Hoofdstuk 5. Theorie en praktijk nader tot elkaar	23
Hoofdstuk 6. Conclusies	26
Bijlage 1. Aantal gebruikte woorden en literatuurverantwoording	28
Literatuurlijst	29

Inleiding

Hier volgt een korte *probleemomschrijving* van dit projectverslag.

Nederland is ongeveer 220 praktiserende huidtherapeuten 'rijk'. Huidtherapie is onder Nederlanders en doorverwijzers (onder andere huisartsen, dermatologen, plastisch chirurgen) geen wijdverspreid begrip. Zowel Nederlandse inwoners als onze doorverwijzers weten vaak niet welke behandelingen de huidtherapeut precies geeft. Laat staan dat ze van het bestaan van het beroep huidtherapie afweten! Dit is voor alle afgestudeerde en toekomstige huidtherapeuten een groot probleem. Dit kan vooral een probleem worden voor de vele, nieuwe (jonge) huidtherapeuten die de komende jaren de Nederlandse markt gaan bestormen. Immers de huidtherapeut is afhankelijk van deze verwijzingen (het kan je praktijk maken of breken). Het betreft hier een collectief probleem voor huidtherapeuten.

Er bestaat een duidelijke behoefte aan naamsbekendheid voor huidtherapeuten bij de doorverwijzers. Hoe onbekend huidtherapie is, staat al in diverse afstudeerscripties (Lelieveld, Verkaik & Vister-Scheerder, 2003; Nederlof-Schneider, Morreau-van Deurse & Borstlap, 2004) beschreven. Dit was voor mij *aanleiding* om hierop voort te borduren. Hoe kan huidtherapie beter op de zorgkaart worden gebracht, zodat deze beroepsgroep ook gaat meetellen?

Omdat de groep doorverwijzers een dergelijk grote groep betreft, wordt hier geconcentreerd op de grote groep huisartsen. Deze groep springt voor de huidtherapeut als eerste in het oog wanneer aan doorverwijzen wordt gedacht. Een patiënt moet altijd eerst langs een huisarts voor een verwijsbriefje, dus dit is een logisch punt om te starten. Nederland bezit talrijke huisartsen. Wanneer huidtherapeuten deze groep weten te bereiken, dan zal dat zeer ten goede komen aan de praktijkvoering.

Daarom richt dit projectverslag zich op de volgende *vraagstelling*:

Met welke communicatiemiddelen kunnen huidtherapeuten het verwijsgedrag van alle Nederlandse huisartsen beïnvloeden, zodat huisartsen vaker naar huidtherapeuten zullen doorverwijzen?

Indirect zal de huidtherapeut ook een grotere naamsbekendheid bij de huisarts verkrijgen. Dus mijn *belangrijkste doelstelling* is manieren te bedenken hoe huidtherapeuten het beste huisartsen kunnen bereiken, zodat doorverwijzen naar de huidtherapeut hun 'tweede natuur' wordt.

Door gebruik te maken van diverse literatuurmiddelen (= literatuuronderzoek) wordt uiteindelijk tot een uitgebreid projectverslag gekomen.

De volgende hoofdstukken zullen de revue passeren. Een introductiehoofdstuk in de communicatie vormt het begin. Dit wordt verder vervolgd met een hoofdstuk over het verwijsgedrag. In het volgende hoofdstuk komen de diverse gedragstheorieën aan de orde en worden deze toepasbaar gemaakt.

In het hoofdstuk communicatiemiddelen wordt aan de hand van de beroepsgroepen chiropractors, diëtisten en fysiotherapeuten onderzocht wat er uit de praktijk naar voren is gekomen. Waarna de persuasieve voorlichting uitleg krijgt aan de hand van twee diverse theorieën. In het laatste hoofdstuk vinden praktijk en theorie elkaar. Uiteindelijk wordt dit projectverslag met een hoofdstuk conclusies afgesloten.

Hoofdstuk 1. Introductie communicatie

Er is jaren onderzoek gedaan naar communicatie en er zijn hiervoor talloze definities bedacht. Het belang van een goede definitie is dat alles eigenlijk stoelt op communicatie, en communicatie is in dit projectverslag een centrale peiler. Zonder goed begrip hiervan, kan niet gekeken worden naar communicatieproblemen tussen mensen. In dit geval van huidtherapeut naar huisarts en andersom!

1.1 Wat is communicatie en hoe werkt het?

Wat is dan communicatie? De onderstaande definitie verwoordt een van de mogelijkheden die - mijn inziens - waardevol is, omdat het alle belangrijke aspecten van communicatie in zich herbergt.

‘Een situationeel gedragsproces tussen mensen waarbij wederzijds boodschappen door middel van een kanaal worden aangeboden. De boodschappen worden zowel bewust als onbewust gegeven, ontvangen en geïnterpreteerd. De intentie is dat de bewuste boodschappen worden verwerkt tot informatie met een betekenis zoals door de zender is bedoeld. Dit proces wordt beïnvloed door het verleden, heden en de toekomst van zowel de mensen als het proces zelf’ (www.geocities.com).

Hoe communicatie werkt, wordt duidelijk aan de hand van het volgende voorbeeld: *Een huidtherapeut bezoekt een huisarts in zijn praktijk om samen een voorlichtingsfolder over huidtherapie te bespreken. De huisarts is ondertussen echter druk bezig met zijn patiëntendossiers, daarbij wordt het gesprek gestoord door telefoongesprekken. De huidtherapeut zegt tegen de huisarts: als de huidtherapie-folder u niet interesseert, kan ik net zo goed weggaan.*

In dit voorbeeld is de huidtherapeut de zender van een boodschap. De huisarts is nu de ontvanger van de boodschap. De rollen van zender en ontvanger wisselen afhankelijk van de reacties van de ander. Bijvoorbeeld de huisarts blijkt wel degelijk interesse te hebben in de voorlichtingsfolder en excuseert zich voor zijn gedrag. Elke boodschap kent bovendien een inhoudelijk - en een betrekkingsaspect. Het inhoudelijk aspect is puur de feitelijke mededeling van de boodschap. Voorbeeld: de huidtherapeut claimt dat de huisarts geen interesse heeft in de huidtherapie. Het betrekkingaspect houdt in de (on)bewuste gevoelens/bedoelingen en machtsverhoudingen tussen de betrokken personen in de relatie. Voorbeeld: de huisarts wil wel meer informatie, zodat hij zich een betere mening kan vormen over huidtherapie, maar wordt belemmerd door drukte rondom patiënten en telefoontjes.

Het betrekkingaspect bestaat uit de volgende drie aspecten:

1. expressieve aspect: zegt iets over de zender, is deze deskundig, een leek, arrogant.
2. relationele aspect: hoe ‘ziet’ de zender de ontvanger, als gelijke ↔ ondergeschikte, intelligent ↔ dom, en
3. appellerende aspect: hoe wordt de boodschap overgebracht, is dat bevelend, vragend, of informierend.

De huidtherapeut had de boodschap ook op een andere manier kunnen verpakken (= coderen), bijvoorbeeld: zou u even willen opletten naar wat ik te zeggen heb.

Zij kiest voor een zodanige codering dat haar doel wordt bereikt. Het is vervolgens de taak van de ontvanger (de huisarts) om de boodschap te decoderen (= de bedoeling achterhalen/interpreteren). Zijn antwoord kan zijn: sorry, het is druk. Ik zal de assistente vragen geen telefoontjes meer door te verbinden en ik ga opletten. Dit antwoord heet feedback. Aan de hand van de lichaamstaal (= ook feedback) kan de huidtherapeut tevens zien of boodschap begrepen is. Lichaamstaal kan zowel onbewust als bewust zijn.

Boodschappen worden aangeboden middels een kanaal/media. Er zijn zintuiglijke kanalen zoals het gezicht, het gehoor, de tast, de geur en de smaak. Daarnaast zijn er mechanische kanalen, zoals een pen. Als laatste zijn er de elektronische kanalen, een radio, telefoon of een computer.

In de kanalen kan ruis optreden. De ontvanger ontvangt niet dezelfde informatie als door de zender was verstuurd. Doordat de situatie door de personen aan het communicatieproces op een eigen individuele manier wordt geïnterpreteerd, ontstaat er vaak een situatie waar door mensen op verschillende manieren wordt geïnterpreteerd. Ook dit kan leiden tot ruis. (www.geocities.com)

In het begin werden communicatieprocessen tamelijk eenzijdig neergezet. Wanneer een boodschap niet goed aankwam of niet werd begrepen, werd de oorzaak al snel gelegd bij 'verstoringen' en 'ruis'. Niet veel later werd duidelijk dat het toch iets ingewikkelder lag. Waarom gaf de ontvanger de boodschap vaak een andere betekenis dan de zender bedoeld had? Dat was niet zozeer het gevolg van 'ruis', maar zender en ontvanger hadden vaak hele andere referentiekaders en voorkennis. Hoe moest een zender een boodschap overbrengen, lag in de lijn zich in te leven in de hele belevingswereld van de ontvanger. Dus niet alleen de boodschappen verzenden, maar juist ook het luisteren nam een belangrijke plaats in (Van den Ban, 1974; Dervin, 1981; Röling & Engel, 1990; Bosman et al., 1989; Leeuwis, 2003). Toch zijn de tekortkomingen in de interpretatie van communicatie gebleven. Uiteindelijk zijn communicatieprocessen ingrijpend veranderd. Communicatie wordt nu veeleer als een fenomeen gezien waarbij de betrokkenen de betekenissen van boodschappen construeren (Leeuwis, 1993; Te Molder, 1995).

Hoofdstuk 2. Verwijsgedrag

Het is van belang het huidige verwijsgedrag naar tweedelijns gezondheidszorg, de paramedici, in kaart te brengen. Onder andere gaat het erom te weten hoe er nu wordt verwezen door huisartsen naar andere beroepsgroepen. Dit hoofdstuk is echter ook bedoeld om te kijken of er meer over het huidige verwijsgedrag naar huidtherapeuten te weten kan worden gekomen.

2.1 Verwijzen naar chiropractors, diëtisten en fysiotherapeuten onder de loep

Omdat huidtherapie nog een betrekkelijk jong vak is, is er nog weinig bekend over hun communicatie met huisartsen (en andere verwijzers). In dit projectverslag zullen daarom de groepen chiropractors, diëtisten en fysiotherapeuten nader bekeken worden. Wanneer duidelijk is hoe zij hun verwijzingen van de huisarts krijgen en welke problemen zij ervaren in hun communicatie, dan is hoogstwaarschijnlijk een vertaling mogelijk naar de groep huidtherapeuten in Nederland.

De groepen zijn om verschillende redenen gekozen. Een belangrijke reden was dat deze groepen (para)medici vergelijkbaar zijn met huidtherapeuten. Zowel fysiotherapeuten, als diëtisten werken beiden op verwijzing van huisartsen.

Fysiotherapeuten zijn echter hard op weg om zonder verwijzing van de huisarts te gaan werken. Ze gaan zelf patiënten diagnosticeren. Juist dan is het ook interessant wat er met de communicatie tussen huisarts en fysiotherapeut gebeurt. Hoe raar het ook klinkt, maar waarschijnlijk wordt communicatie dan nog belangrijker.

Huidtherapeuten krijgen over een aantal jaren ook waarschijnlijk met dit fenomeen te maken. Daarom zijn fysiotherapeuten een interessante doelgroep om te bekijken, net als de chiropractors. Dit zijn medici (ze diagnosticeren zelf). Dus hun verhouding met de huisarts ligt anders, en is in de toekomst vergelijkbaar met de fysiotherapeuten (en mogelijk met de huidtherapeuten?).

Chiropractie is volgens het Zakwoordenboek der geneeskunde (2000) een 'medisch beroep dat zich bezighoudt met diagnose, behandeling en preventie van mechanische stoornissen aan het bewegingsapparaat en de effecten hiervan op het functioneren van het zenuwstelsel en de algehele gezondheid; nadruk op manuele behandeling, inclusief wervelmanipulaties of correcties'.

Juist daarom kan ook goed gekeken worden naar hoe de communicatielijnen bij deze beroepsgroep werken. Waar lopen zij in hun communicatie tegenaan en wat kan verbeterd worden? Als dat bekend is, kunnen huidtherapeuten hiervan profiteren in hun toekomstige communicatie met huisartsen. Daarnaast geldt voor chiropractors hetzelfde als voor huidtherapeuten, huisartsen hebben vaak geen idee welke behandelingen chiropractors geven (net zo min als ze dat van huidtherapeuten weten). Een laatste reden om voor deze drie groepen te kiezen, was dat over alledrie literatuur omtrent communicatie te vinden was. Ook niet onbelangrijk.

2.2 Huidig verwijsgedrag naar huidtherapeuten

In de afstudeerscripties die gedaan zijn naar huidtherapie en naams(on)bekendheid (Lelieveld, Verkaik & Vister-Scheerder, 2003; Nederlof-Schneider, Morreau-van Deurse & Borstlap, 2004), komt naar voren dat huidtherapie geen wijdverspreid begrip is onder huisartsen. De afgelopen 10 jaar hebben veel huidtherapeuten op hun eigen manier gelobbyd, om patiënten naar hun praktijk te krijgen. Veelal gebeurde dit zonder vastomlijnd (communicatie)plan.

Het is vooral belangrijk te weten waar het zwaartepunt ligt in een huidtherapiepraktijk. Is dat bijvoorbeeld oedeemtherapie voor met name kankerpatiënten? Dan zal de betreffende praktijk waarschijnlijk contact hebben gelegd met mammacareverpleegkundigen in een ziekenhuis of met een integraal kankercentrum. Het contact met huisartsen zal hier waarschijnlijk minder uitgebreid zijn. Wanneer een praktijk zich vooral heeft gericht op het aanmeten van (been)TEK's, litteken- en acnebehandelingen, dan zal *wel* geprobeerd zijn een goed contact op te bouwen met huisartsen in de omgeving.

Er is dus geen alomvattend antwoord te geven op hoeveel verwijzingen huidtherapeuten op jaarbasis krijgen van huisartsen. Definitieve cijfers hierover zullen alleen bekend worden wanneer hiernaar gedegen onderzoek wordt gedaan. In hoeverre er een goede relatie met een huisarts is opgebouwd, is bepalend voor het aantal doorverwijzingen (zie ook de latere subparagrafen, 4.1.1, 4.1.2 en 4.1.3).

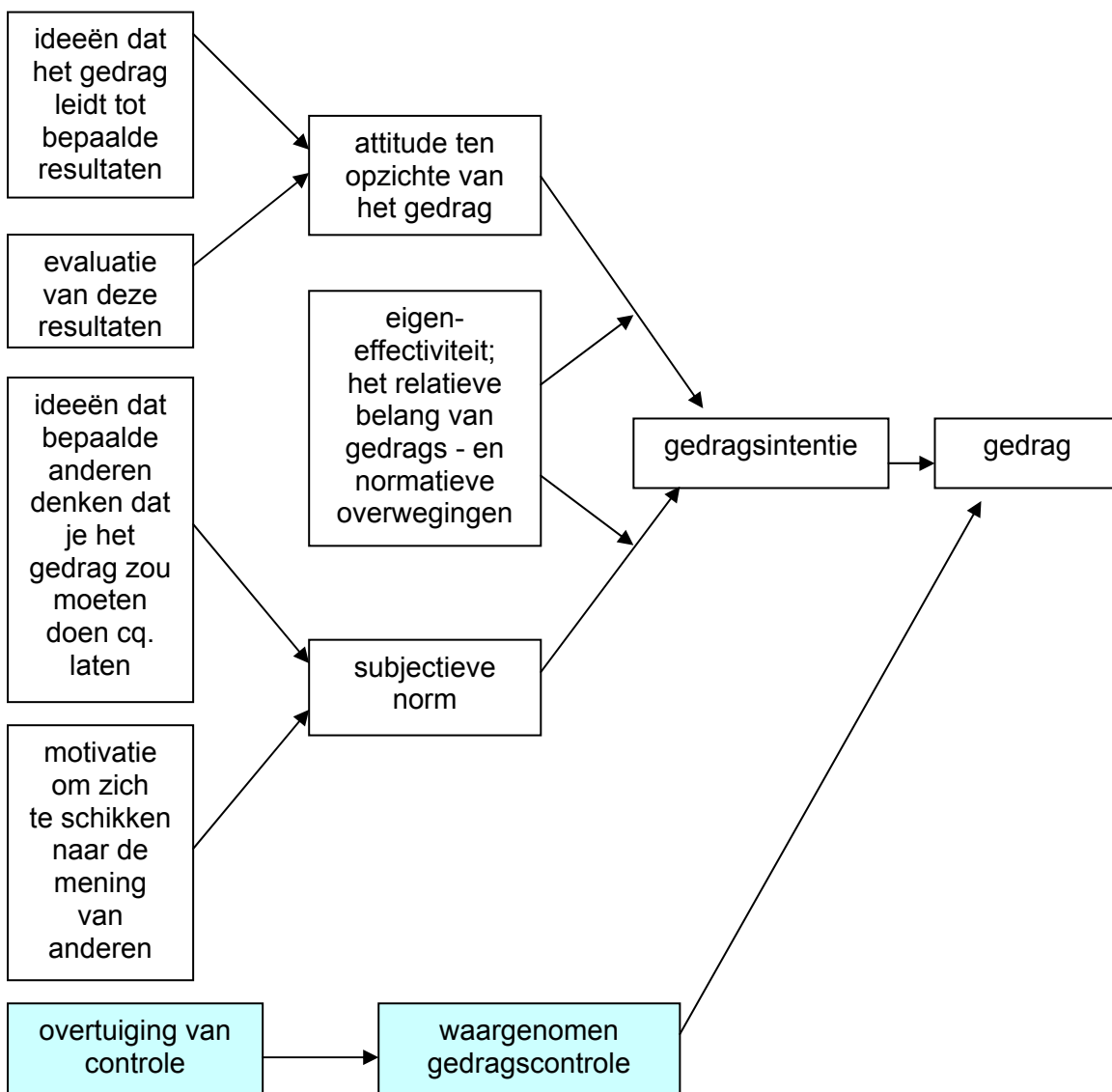
Het is bekend dat het verwijzen naar paramedische hulpverleners door verschillende factoren wordt bepaald, waarvan de aard van het gezondheidsprobleem en de mate van invalidering de belangrijkste bepalende factoren voor verwijzing naar tweedelijnszorg zijn. Huisartsen vervullen dus eigenlijk een poortwachtersfunctie. Zij zijn degene die patiënten toegang tot de tweedelijns gezondheidszorgvoorzieningen (hier valt huidtherapie ook onder) verschaffen en reguleren (www.nivel.nl; Cardol & Van den Ende, 2004).

Hoofdstuk 3. Theoretisch kader geïntegreerd met de praktijk

In dit hoofdstuk wordt allereerst gekeken naar de determinanten die van invloed zijn op het (menselijk) gedrag. In de laatste paragraaf worden deze factoren individueel besproken naar aanleiding van de theorie.

3.1 Gedragstheorieën

Het uiteindelijke doel van voorlichting (naar huisartsen toe) is uiteraard beïnvloeding van hun gedrag. Ajzen & Fishbein (1980) hebben destijds de 'theorie van beredeneerd gedrag' ontwikkeld. Perloff (2001, p.17 en 18; Rodenburg, 2004) bespreekt deze theorie (zie figuur 1) waarbij gedrag wordt verklaard vanuit de *intentie* van de persoon om dat gedrag uit te voeren. Deze *gedragsintentie* wordt weer verklaard vanuit de *attitude*, de *subjectieve norm* en de *eigen-effectiviteit*.



Figuur 1: Theory of Reasoned Action van Ajzen en Fishbein (Perloff 2001, p.19)
Blauwe toevoeging is in 1988 toegevoegd en is Theory of planned behavior (Ajzen, 1988)

Attitude kan worden omschreven als iemands oordeel dat het vertonen van een bepaald gedrag goed of slecht is. De *attitude* (zie figuur 1) bestaat uit twee componenten, namelijk 1. geloof/overtuigingen ('beliefs') dat het gedrag leidt tot bepaalde resultaten en 2. evaluatie van deze resultaten (of de gevolgen van het gedrag positief of negatief voor iemand is). De *subjectieve norm* wordt gevormd door de mening van familie en vrienden en of de persoon gemotiveerd is om zich te schikken naar die mening (Pos & Bouwens, 2003). Deze norm bestaat ook uit twee gedeeltes: 1. geloof/overtuigingen ('beliefs') dat bepaalde anderen denken dat je het gedrag zou moeten doen cq. laten en 2. de motivatie om zich te schikken naar de mening van bepaalde anderen (Ajzen & Fishbein, 1980; Rodenburg, 2003). Dan is er nog de *eigen-effectiviteit*. Dit is iemands inschatting van de eigen mogelijkheden om bepaald gedrag te vertonen. Al deze componenten kunnen de gedragsintentie beïnvloeden.

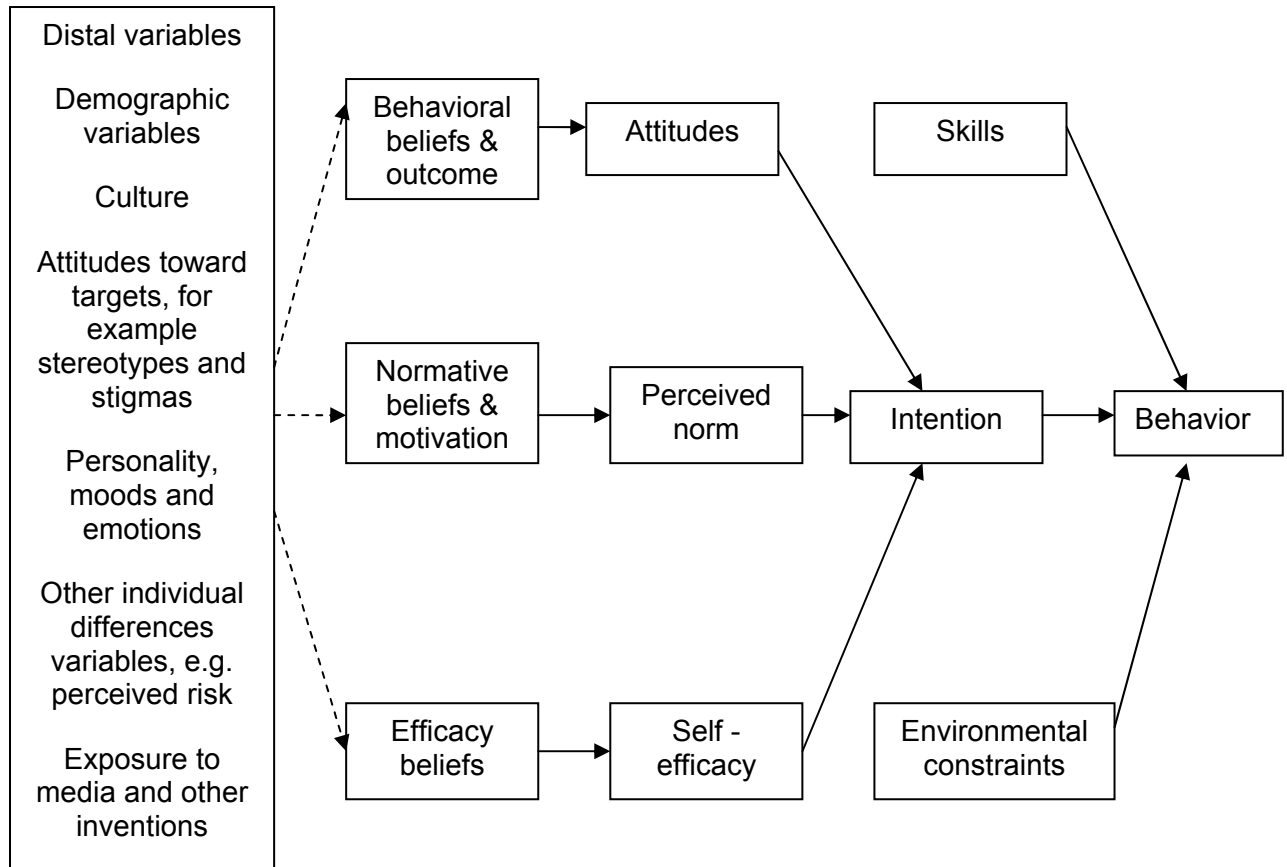
Pos en Bouwens (2003, p.18) geven aan dat na evaluatie van dit model in 1988 een factor (= blauwe gedeelte) eraan is toegevoegd. *Perceived behavioral control* = de mate waarin een persoon invloed heeft op het daadwerkelijk uitvoeren van het gedrag. Een persoon moet wel de mogelijkheden en de vaardigheden hebben om bepaald gedrag uit te voeren. Door deze toevoeging is de 'theorie van gepland gedrag' ontstaan (Ajzen, 1988).

Overigens geven Meertens en Von Grumbkow (1988, p.147) aan dat veel gedrag niet verklaard kan worden uit één attitude, maar dat gedrag uit meerdere attitudes bestaat. Attitudes alléén voorspellen het gedrag van mensen slechts in beperkte mate. Externe barrières kunnen bijvoorbeeld een gedragsverandering tegengaan. Het vertonen van bepaald gedrag is ook afhankelijk van de vaardigheden die een persoon bezit. Of de intentie van een persoon leidt tot gedrag zal afhangen van de mate waarin een persoon zijn of haar intenties op een succesvolle manier kan omzetten, rekening houdend met de kans dat er belemmerende of onvoorspelbare factoren optreden. In de theorie is geen ruimte opengelaten voor emotionele en psychologische factoren, terwijl ze wel van invloed zijn op het uiteindelijke gedrag (Rodenburg, 2004).

Dat gebeurt wel bij Kok (1992), die deze theorie ook bespreekt. Hij zegt dat beredeneerd gedrag niet altijd verstandig en rationeel gedrag hoeft te zijn. Gedrag kan ook volkomen irrationeel en onverstandig zijn. De sleutel waar het om draait is dat de persoon zelf denkt dat die redenen goed zijn.

Fishbein & Yzer (2003) hebben recentelijk een vollediger model ontwikkeld, namelijk het 'Integrative Model of Behavioral Prediction' (zie figuur 2).

In dit figuur zijn extra gedragsdeterminanten toegevoegd. Door onderzoek is volgens Fishbein en Yzer vast komen te staan dat de gedragsintentie direct wordt beïnvloed door *attitudes* (= attitudes), *perceived norm* (= subjectieve norm) en *self-efficacy* (= eigen-effectiviteit). Het is ook zeker dat deze variabelen op hun beurt weer beïnvloed worden door gedrags-, normatieve - en effectiviteitsideeën. Het is echter nog niet duidelijk op welke wijze de (indirecte) variabelen in de linkerkolom invloed uitoefenen op de gedragsintentie. Daarom staan ze met een stippellijn weergegeven.



Figuur 2: Integrative Model of Behavioral Prediction van Fishbein & Yzer (2003, p. 167)

Figuur 2 wekt verder de indruk dat gedragsverandering *altijd* vooraf wordt gegaan door veranderingen in attitudes, subjectieve norm en/of eigen-effectiviteit. Volgens Van Woerkum & Van Meegeren (1999, p.93) hoeft dit helemaal niet zo te zijn en kan het omgekeerde ook waar zijn. Door eerst naar gedrag van mensen te kijken, kan worden afgeleid wat hun attitudes zijn. Het is reëel te bedenken dat iemands gedrag niet overeen hoeft te komen met zijn attitudes. Wanneer dit gebeurt, treedt er de zogenaamde 'cognitieve dissonantie' (theorie van Festinger, wordt verder niet uitgelegd) op. Omdat dit voor een persoon zelf niet te rechtvaardigen is, zal dit onherroepelijk leiden tot ofwel aanpassing van het gedrag ofwel van de attitudes. Hoewel uit de theorie van Fishbein & Yzer heel veel menselijk gedrag verklaard kan worden, moet met dit aandachtspunt rekening gehouden worden (Rodenburg, 2004).

3.2 Gedragstheorie toegepast

In deze paragraaf wordt aandacht besteedt aan de in de vorige paragraaf besproken Integrative Model of Behavioral Prediction van Fishbein & Yzer (zie figuur 2) welke wordt toegepast op de huisartsen. Zoals eerder gezegd, kunnen de linkervariabelen weinig zeggen over de invloed die zij uitoefenen op de 2 componenten van de attitudes, de 2 componenten van de subjectieve 'waargenomen' norm uit figuur 1 en de inschatting van de eigen-effectiviteit. Ook is vermeld dat gedrag vaak pas veranderd kan worden wanneer de attitude(s) van de huisartsen duidelijk zijn. Omdat *attitudes* het gedrag (vaak) sturen, zal eerst naar deze factor worden gekeken. Wanneer huidtherapeuten de attitudes van huisartsen kunnen veranderen, dan zijn ze ook in de positie om het gedrag van huisartsen te beïnvloeden. In de literatuur is

echter bijna niks terug te vinden over de attitudes van huisartsen. Attitudes zijn natuurlijk zeer persoonsgebonden, en lastig te doorgronden. Maar er zijn wel attitudes voor huisartsen te bedenken, waarom zij nu niet doorverwijzen naar huidtherapeuten. Bijvoorbeeld een huisarts kent het beroep huidtherapie niet en ziet niet in dat doorverwijzen naar een onbekende groep bijdraagt aan het welzijn van zijn patiënten. Of hij vindt doorverwijzen naar paramedici sowieso een hoge kostenpost, en ziet het nut hiervan niet in (onnodige verhoging van ziektekosten). Omdat attitudes zo persoonlijk zijn, zou (regiogebonden) onderzoek naar de attitudes (met hun 2 componenten) geen overbodige luxe zijn! Wanneer de attitudes van een groep huisartsen duidelijker worden, kan ook het directe gedrag beter beïnvloed worden. In de literatuur (Jabaaïj, 2002; Hendriks, 2000; Breen, Carrington, Collier & Vogel, 2000) bevestigt onderzoek wel dat de bekendheid van huisartsen met fysiotherapeuten (plus het hebben van een beter begrip van de fysiotherapeutische behandelingen) de belangrijkste reden is om door te verwijzen naar de fysiotherapeut. Over de onderliggende redenen van deze attitude kan onderzoek meer uitsluitsel geven.

Naast attitudes beïnvloedt de *subjectieve norm* het gedrag. De subjectieve norm bij huisartsen is dat huisartsen vaak niet vertrouwen op de informatie die zij van hun patiënten krijgen. Volgens Brussee, Assendelft & Breen (2001) bleek echter wel dat de meeste huisartsen hun informatie over chiropractie via hun behandelde patiënten ontvingen. Terwijl Daams (1996) aangeeft dat een huisarts deze informatie liever niet via patiënten verneemt, maar via andere communicatiekanalen (zie ook paragraaf 4.1.1). Theoretisch zullen huisartsen als het gaat om de subjectieve norm hun gedrag juist aanpassen (of in ieder geval erover nadenken om het aan te passen) wanneer ze naar bevriende collega's of familie en vrienden luisteren. Daarna moet worden bezien of de huisartsen dan ook gemotiveerd zijn om datzelfde gedrag (doorverwijzen naar huidtherapeuten) uit te gaan voeren. Ook hier zou toekomstig onderzoek gericht inzicht kunnen geven in de diverse uitingen van componenten van deze norm.

Tenslotte is de *eigen-effectiviteit* van belang. Huisartsen zijn allemaal in staat en hebben de mogelijkheid om door te verwijzen, dus deze variabele is hoe dan ook uitvoerbaar. Deze drie variabelen kunnen de gedragsintentie beïnvloeden. Om daadwerkelijk gedrag uit te voeren zijn - naast de gedragsintentie - de *skills* (= persoonlijke vaardigheden) en de *environmental constraints* (= omgevingsfactoren) van belang. Deze externe barrières zouden de gedragsverandering kunnen tegengaan. Huisartsen bezitten de persoonlijke vaardigheden om informatie op te slaan en in hun eigen belang te gebruiken. Deze variabele zal weinig moeilijkheden geven. De omgevingsfactoren (die onvoorspelbaar zijn) kunnen wel voor belemmeringen zorgen. Bijvoorbeeld een doktersassistent die eens slecht door een huidtherapeut behandeld is en dit de huisarts tijdens hun lunchpauze verteld. Zo zijn er meerdere voorbeelden te noemen. Interessant is natuurlijk te ontdekken welke meest voorkomende 'storende' omgevingsvariabelen roet in het eten gooien voor wat betreft het doorverwijzen.

Hoofdstuk 4. Communicatiemiddelen gekoppeld aan praktijkervaringen

In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de praktijkbevindingen, nadat de communicatiemiddelen beschreven zijn. Uiteindelijk volgt een paragraaf dat gaat over de persuasieve communicatie met als uiteindelijk doel gedragsverandering.

4.1 Communicatiemiddelen

In hoofdstuk 3 is duidelijk geworden *waarom* mensen bepaald gedrag vertonen. In deze paragraaf moet duidelijk worden *hoe* gedrag te veranderen is.

Doel van dit projectverslag is huisartsen te overtuigen waarom doorverwijzen naar huidtherapeuten zo belangrijk is. Zodat doorverwijzen gewoontegedrag wordt. Wil dit kans van slagen hebben, dan zal in eerste instantie gekeken moeten worden naar de communicatiemiddelen die voorhanden zijn.

Volgens Folbert, Van Gaasbeek & Van der Kroon (2001, p. 31) kan een keuze worden gemaakt wanneer communicatie(middelen) gebruikt wordt. Dient er een individu, een groep of een grote massa bereikt te worden? En op welke manier gebeurt dat het beste? Ofwel via welk kanaal kan de ontvanger het beste bereikt worden (zie ook hoofdstuk 1)? Lundgren en McMakin (1998) bespreken in Folbert, Van Gaasbeek & Van der Kroon (2001) verschillende communicatiemethoden. Bijvoorbeeld (leesbare) informatiematerialen (kranten, brochures, etc.), beeldende, vooral grafische, representaties (bijvoorbeeld posters en televisie), face-to-face communicatie (spreker-luisteraar, zonder interactie), samenwerking met andere media (televisie, kranten en dergelijke) en computertoepassingen. Dit is natuurlijk niet allemaal van belang voor mijn doelgroep (huisartsen).

Om te kijken wat er later gebruikt kan worden als voorlichting(sboodschap), moet nu eerst gekeken worden naar de *vorm* waaraan een voorlichtingsboodschap moet voldoen en welk doel daarmee verwezenlijkt wordt.

Pos en Bouwens (2003) geven aan dat (een) voorlichting(sboodschap) zich kan richten op drie verschillende groepen doelen. Namelijk *kennisdoelen* (pure informatie-overdracht), *houdingsdoelen* (leren uit ervaring) en tenslotte de *gedrags-/vaardigheidsdoelen* (oefenen van vaardigheden).

Om een voorlichtingsboodschap met doelen op kennisniveau te verkrijgen, kan worden gedacht aan:

- *mondelijke voorlichting*: lezingen, telefoon of tweegesprek, groepsvoorlichting
- *schriftelijke voorlichting*: folder, brochure, boek, tijdschriftartikel
- *(audio)visuele voorlichting*: diaserie, video, tekeningen
- *multimedia*: internet, cd-roms
- *massamedia*: zoals een verhaal over een (huidtherapeutische) aandoening in de regionale krant of in een huis-aan-huis blad

Om houdingsdoelen te realiseren, zijn de volgende soorten voorlichting geschikt:

- *mondelijke voorlichting*: twee- of groepsgesprek/discussies, rollenspellen
- *audiovisueel*: videofilm
- *multimedia*: cd-roms

Bij gedrags- en vaardigheidsdoelen kan het volgende gebruikt worden:

- *materialen en methodes waarbij handelingen kunnen worden geprobeerd en geoefend*, zoals een demonstratie, vaardigheidstraining, multimediale training

Afhankelijk van het voorlichtingsdoel kan een selectie van methode(s) plaatsvinden. In dit projectverslag wordt geprobeerd huisartsen het nut van doorverwijzen in te laten zien. De voorlichting dient zich dan met name op bovenstaande kennis- en de houdingsdoelen te richten. De volgende communicatiemiddelen kunnen gebruikt worden: 1. *mondelinge* (telefoon/tweegesprek/groepsvoorlichting) en 2. *schriftelijke voorlichting* (folders/tijdschriftartikelen) en wanneer mogelijk de 3. *massamedia* in te schakelen. Sommige van bovenstaande vormen zijn niet werk- en/of haalbaar om huisartsen te overtuigen, voorbeelden hiervan zijn video, cd-roms, rollenspellen. Of dit uiteindelijk daadwerkelijk effectief zal zijn, zal in de praktijk moeten blijken.

Wanneer gedragsverandering het doel van communicatie is, dan zal een mix van communicatie-instrumenten nodig zijn om de kans op effect (de beoogde gedragsverandering, in dit geval vermeerdering van aantal verwijzingen) te vergroten (Folbert, Van Gaasbeek & Van der Kroon, 2001). Juist door een zo'n gunstig mogelijk gebruik en afstemming van de diverse voorlichtingsboodschappen en -instrumenten is het mogelijk de groep huisartsen beter te bereiken. De huisarts moet overtuigd worden dat verwijzen naar de huidtherapeut een goede beslissing is. Dan pas kan de gedragsverandering bewerkstelligd worden.

Er is een tweedeling in de communicatie te maken. De eerder besproken *massamediale communicatie* en de *interpersoonlijke communicatie*. Interpersoonlijke communicatie is, volgens Folbert, Van Gaasbeek & Van der Kroon (2001, p. 33), een verzamelnaam voor verschillende soorten gesprekken. De nadruk in deze gesprekken ligt voornamelijk op de wederzijdse betrokkenheid. Zonder deze onderlinge betrokkenheid mag niet eens van interpersoonlijke communicatie gesproken worden (Heymann, 1999). Het doel is om een onmiddellijke reactie van de doelgroep te verkrijgen. Doordat bij interpersoonlijke communicatie woorden en gevoelens uitgewisseld worden, kunnen ook gevoelige onderwerpen aangesneden worden (Aarts en Van Woerkum, 2000).

Vaak werkt een integratie van zowel massamediale als interpersoonlijke kanalen beter dan de afzonderlijke kanalen (Folbert, Van Gaasbeek & Van der Kroon (2001).

Hierboven werd al vermeld dat een mix van communicatie-instrumenten nodig is om de beoogde gedragsverandering, in dit geval vermeerdering van het aantal verwijzingen te vergroten. In de drie navolgende subparagrafen worden onderzoeken besproken waarin communicatie(middelen) tussen chiropractors, diëtisten, fysiotherapeuten en huisartsen centraal staat.

4.1.1 Chiropractors

In Noorwegen hebben Langworthy & Birkelid (2001) een onderzoek gedaan onder 112 Noorse huisartsen. Dit aantal kwam overeen met ongeveer 10% van het totale huisartsenaantal. De resultaten zijn niet representatief voor de hele populatie en er mogen dan ook geen alomvattende conclusies voor de hele Noorse huisartsenpopulatie aan verbonden worden.

De bestaande niveaus van communicatie tussen huisartsen en chiropractors werd onderzocht. De onderzoekers wilden trends zichtbaar maken waar huisartsen de voorkeur aangaven in hun toekomstige communicatie met andere professionals. Vooraf was geen significante relatie aan te wijzen tussen de kennis over de behandelingen zoals chiropractors deze uitvoerden en het verwijspatroon van huisartsen. Dit is vergelijkbaar met Nederlandse huisartsen en hun verwijsgedrag naar huidtherapeuten.

Van de huisartsen gaf 93% aan dat ze ofwel nu met chiropractors communiceerden of dit in de toekomst van plan waren. Daarbij verwees ongeveer tweederde van de huisartsen zonder regelmaat van de klok naar chiropractors. Slechts 17% gaf alleen een verwijsbriefje als de patiënt daarom had gevraagd. Maar 7% van de huisartsen communiceerden vaak met ten minste met één chiropractor. Hetzelfde percentage had helemaal geen contact met chiropractors en was dit ook in de toekomst niet van plan. Van de huisartsen die wel communiceerden, deed 75% dit per telefoon, 52% deed dit per brief. Van de huisartsen die nu geen contact hadden met chiropractors en dit wel in de toekomst wilden doen, zei 20% dit het liefst per telefoon en 33% wilden dit per brief doen.

De studie ging in op verschillende uitingen met betrekking tot het verwijsgedrag. Hier worden 3 items nader bekeken. Het eerste item is: *tevredenheid van huisartsen met vorige communicatie*. Hierop gaf tweederde aan positieve tot zeer positieve ervaringen met chiropractors te hebben. De huisartsen die per telefoon contact hadden, gaven aan dit meer lonend te vinden. Twintig procent van de huisartsen beschouwden de kwaliteit van terugrapportages als slecht. Daarbij geloofde 58% van de huisartsen dat de communicatienorm verbeterd kon worden, alhoewel 10% iets anders zei. Ongeveer 1/3 deel had hier geen mening over.

De tendens van huisartsen om per telefoon te communiceren stuit op wat haken en ogen. Qua tijd is het een zeer prettig medium (een telefoontje is immers snel gemaakt), maar deze manier van communiceren impliceert ook de mogelijkheid tot niet complete patiëntendossiers of het onzorgvuldig bijhouden hiervan. In het ergste geval wordt er helemaal geen notitie gemaakt (en dat gebeurt vaker dan je denkt) en dit beïnvloedt hoe dan ook de patiëntenzorg. Uiteraard kan dit ernstige gevolgen voor zowel de patiënt als de huisarts hebben, vooral wanneer hiervan een proces zou komen!

Naast het tijdsaspect, waren er andere redenen aan te wijzen voor het gebruik van de telefoon. Huisartsen die telefoongesprekken voerden met chiropractors waren opmerkelijk positiever over de resultaten. Dat kwam waarschijnlijk ook omdat 20% van de huisartsen de kwaliteit van terugrapportages slecht vonden.

Het tweede item gaat over de *terugrapportage naar de huisarts na verwijzing van een patiënt*, 99% gaf te kennen een terugrapportage te willen krijgen. Een opmerkelijk detail was dat eenderde van de Noorse huisartsen na verwijzing nooit een terugrapportage had ontvangen. En dat terwijl terugrapportages in Noorwegen verplicht zijn (dat wist overigens maar 24% van de Noorse chiropractors). Twintig procent van de huisartsen was negatief over de kwaliteit van de geschreven terugrapportages. Dit kwam ondermeer omdat chiropractors verwarrend professioneel taalgebruik hanteerden (12% van de huisartsen rapporteerden problemen met de gebruikte terminologie).

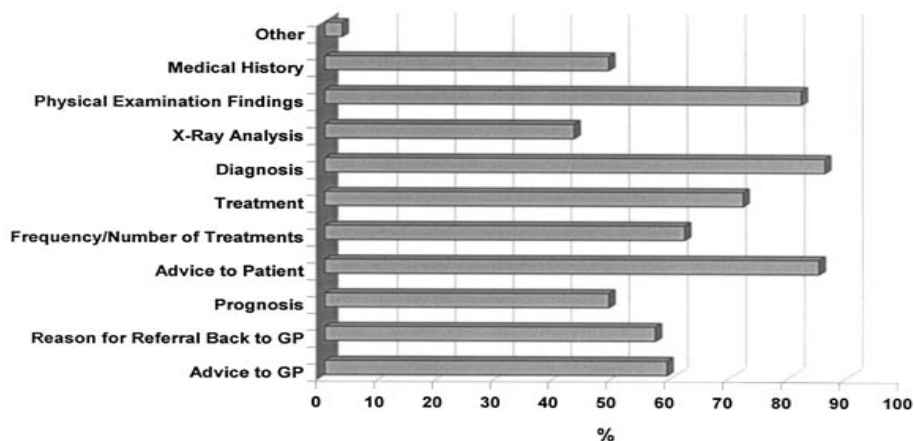
Dit bevorderde het *onbegrip* van huisartsen en zou dus vermeden moeten worden.

In een Britse studie (Breen, Carrington, Collier & Vogel, 2000) gaven daarom veel huisartsen de voorkeur aan het doorverwijzen naar fysiotherapeuten, omdat ze bekender met dit beroep waren en een beter begrip van de behandelingen hadden. Daarnaast bleek het professioneel taalgebruik van chiropractors vaker verwarrender te zijn dan het taalgebruik van fysiotherapeuten. Langworthy & Birkelid (2001) geven dan ook aan dat verwarrend taalgebruik zoveel mogelijk vermeden moet worden, omdat dit zal leiden tot onbegrip bij huisartsen.

Wat zal dan juist *wel* het begrip volgens de huisartsen bevorderen en vermoedelijk het verwijsgedrag in positieve richting veranderen? Een (geschreven!) terugrapportage werd door 75% als favoriet communicatiemiddel benoemd in toekomstige communicatie met chiropractors. Daarbij gaven zij ook aan *waarom* geschreven terugrapportages zo belangrijk zijn voor de verwijzende huisartsen. Dit zal namelijk tot gevolg hebben dat zowel de patiëntenzorg wordt vergroot als ook dat dit zorgt voor handhaving van goede professionele relaties tussen chiropractors en huisartsen. Minder dan de helft, om precies te zijn 47%, wilde de prognose van de chiropractor weten. Bijna tweederde (62%) wilde een terugrapportage na de laatste behandeling, en 48% liet dit over aan de discretie van de chiropractor. Slechts 30% wilde regelmatig tussenrapportages ontvangen. Ondanks dat maar 5% zich zeker voelde over zijn/haar kennis van chiropractie.

Dat komt ook naar voren in een Britse studie van Breen, Carrington, Collier & Vogel (2000) over attitudes en voorkeuren onder Britse huisartsen over communicatie met mensen die een vergelijkbare status als chiropractor hadden. In deze verdere uitleg wordt - om verwarring te voorkomen - het woord chiropractor gebruikt. In deze studie had maar 86 huisartsen de questionnaires beantwoord. Daarom kunnen de resultaten niet voor de gehele Britse huisartsenpopulatie gelden.

Uit deze studie bleek dat het schrijven van een brief na afloop van de behandeling de meest prettige vorm van terugrapportage te zijn. Het was daarbij opvallend dat de helft van de huisartsen het sowieso prettig vond een beleefdheidsbrief te krijgen, wanneer iemand voor het eerst voor behandeling - met of zonder verwijfsbrief! - kwam. De helft van deze huisartsen wilden ook een rapportage van de patiënt, wanneer deze werd terugverwezen naar de huisarts. De huisartsen prefereerden een korte en bondige terugrapportage op A-5 formaat (hooguit een heel A-4tje). Er werd ook onderzocht welke onderwerpen er in de terugrapportage moest komen te staan, namelijk een: samenvatting van de aard van het probleem, korte geschiedenis, samenvatting van relevante onderzoeksbevindingen en prognose voor de toekomst. Verder waren de huisartsen geïnteresseerd in de specifieke aard en aantal benodigde behandelingen. Dit kwam aardig overeen met de bevindingen door Langworthy & Birkelid (2001). Daarin waren de belangrijkste items bij terugrapportage: informatie over onderzoeksbevindingen, diagnose, behandeling en het gegeven advies aan de patiënt (zie figuur 3).



Figuur 3: Voorkeur van artsen voor inhoud van terugrapportages over doorverwezen patiënten (uit: Langworthy & Birkelid (2001))

Tenslotte gaf tweederde van de huisartsen aan meer te willen leren over het derde item, *algemene informatie over chiropractie*. Onderwerpen waarover ze meer wilden opsteken, waren: behandeling (75%), technieken (62%), effecten en veiligheid (60%) en het verschil tussen manuele therapie en chiropractie (52%). Minder interesse was er voor chiropractische educatie (14%), wetenschappelijk onderzoek gerelateerd aan deze discipline (32%) en de terminologie (32%). Bijna eenderde van de huisartsen wilde niet meer over de terminologie weten, terwijl dit toch een belangrijk punt is. Zowel Langworthy & Birkelid (2001) als Breen, Carrington, Collier & Vogel (2000) hebben aangetoond dat het niveau van interprofessioneel begrip laag was op dit gebied. Huisartsen verklaarden zelf een goed begrip van de diverse termen uit de chiropractie te hebben. Er werd echter ook aangegeven dat 20% van de terugrapportages slecht waren (door verwarrend professioneel taalgebruik). Dit is een contradictie en kan zeer misleidend zijn!

Patiëntenzorg zal alleen meer profiteren wanneer in de communicatie tussen huisartsen en chiropractors meer gestandaardiseerde terminologie gebruikt gaat worden.

De uiteindelijke conclusie was dat Noorse huisartsen - tenminste in deze studie - meer contact met chiropractors wilden. Ze waren in ieder geval positief na het hebben van 1-op-1 communicatie met chiropractors! Wederzijdse rapportages en communicatie, samen met een taalgebruik waar beide partijen mee kunnen leven, was een hulp in het communicatieproces.

In Nederland is in 2001 een onderzoek uitgevoerd door Brussee, Assendelft & Breen. In 84 Nederlandse steden werd de aard en de kwaliteit van communicatie tussen huisartsen en chiropractors beoordeeld. Het doel hiervan was om met de uitkomsten van het onderzoek verbeteringen op communicatiegebieden in kaart te brengen. Wederom waren er slechts 115 respondenten. En zijn de resultaten niet representatief voor de hele Nederlandse huisartsenpopulatie. In de studie verwees 20% nooit een patiënt door naar een chiropractor. Tien procent van de huisartsen deed dit regelmatig; daarvan deed 35% dit 'niet vaak' en bij nog eens 35% kregen patiënten alleen een verwijzing op eigen verzoek.

	No. of GPs	Percentage of GPs
Previous communications with chiropractors? (n = 109)		
Yes, but not often	57	52
Yes, often	6	6
No, but I'm interested	37	34
No, not interested	9	8
Opinions about chiropractic feedback reports (n = 51)		
Confusing terminology used	20	39
Too long	5	10
Too short	5	10
Handwritten, difficult to read	4	8
Inadequate grammar	2	4
No criticism, report is good	17	33
No opinion	9	18
Other	9	18
Opinion about previous communications (n = 62; 1 response missing) [†]		
Very positive	3	5
Positive	24	39
Neutral	24	39
Negative	8	13
Very negative	0	0
No opinion	3	5

* Because of rounding of percentages, total may be greater or less than 100%.

[†] More than one answer possible.

Figuur 4: Frequentie van eerdere communicatie-ervaringen met chiropractors en de mening van huisartsen aangaande deze eerdere ervaringen (uit: Brussee, Assendelft & Breen, 2001).

De informatie die huisartsen over chiropractie kregen, kwam voor 78% van patiënten die door chiropractors behandeld waren, 26% kreeg informatie van collega's en 25% haalde dit uit medische literatuur.

De cijfers uit figuur 4 (gecombineerd met cijfers uit figuur 5, zie volgende pagina) worden nu besproken.

Uit figuur 4 blijkt dat meer dan de helft van de huisartsen ooit in het verleden eens gecommuniceerd heeft met een chiropractor per telefoon of per brief. Dit gebeurde slechts in 6% van de gevallen regelmatig. Eenderde van de huisartsen had nog nooit contact gehad met een chiropractor, maar had daar wel belangstelling voor. Er was een statistisch significante relatie gevonden tussen een positieve mening over eerdere communicatie-ervaringen van huisartsen en het aantal doorverwijzingen naar chiropractors. Hier lag dan ook de reden van verwijzing van de Nederlandse huisarts (in deze studie). Het figuur toont wederom (zie besproken studies) aan dat 40% vond dat er sprake was van verwarrend taalgebruik en dit zou, volgens 66%, de communicatie negatief kunnen beïnvloeden. Eenderde van de huisartsen vond de terugrapportages goed. Figuur 5 toont de voorkeur van huisartsen aan: het ontvangen van een korte (69%) terugrapportage, in getypte (88%) vorm. Het liefst kregen de huisartsen dit na de laatste behandeling (72%). Daarbij gaf 74% de voorkeur aan een half A-4tje en 68% gaf als maximum een heel A-4tje. Tevens was de huisartsen gevraagd of ze juist een meer gedetailleerde of minder gedetailleerde terugrapportage wensten. De meeste artsen (69%) gaven de voorkeur aan de kortere

(half A-4tje), minder gedetailleerde versie; slechts 24% was geïnteresseerd in de langere (één A-4tje), gedetailleerde versie (informatie is niet in tabelvorm aanwezig). De resultaten van de studie gaven in figuur 4 aan dat 83% (44% positief tot zeer positief; 39% neutraal) een neutrale tot positieve attitude ten opzichte van hun eerdere communicatie met chiropractors hadden. Meer dan 80% van de huisartsen waren geïnteresseerd in het ontvangen (of het blijven ontvangen) van terugrapportages, zelfs al hadden ze de patiënt niet persoonlijk doorverwezen. Er was maar 13% ronduit negatief over eerdere communicatie met chiropractors. Factoren die een negatieve invloed op de communicatie tussen de 2 groepen hadden, waren 1. verwarrende terminologie, 2. een beperkte kennis van chiropractie en 3. eerdere communicatieve ervaringen die slecht waren. Deze uitkomsten zijn overeenkomstig met de Noorse en de Britse studie. Een voorwaarde voor de ontwikkeling van goede communicatie tussen chiropractors en huisartsen is wanneer deze factoren herkend worden en er meer aandacht aan wordt besteed (Brussee, Assendelft & Breen, 2001).

	No. of GPs	Percentage of GPs [*]
Format		
By telephone	8	8
Handwritten	17	17
Typed	87	88
Structured form	22	22
Timing of report[†]		
After 1st visit	31	31
Every 4th visit	17	17
Every 8th visit	15	15
Every 12th visit	6	6
Every ____th visit [‡]	1	1
After the last visit	71	72
Chiropractors initiative	33	33
Other	4	4
Preferred contents of feedback report (1 response missing)[†]		
Personal details	93	95
Chiropractic diagnosis	88	90
Chiropractic advice	79	80
Type of treatment	67	68
Physical examination	67	68
Reasons to refer patient back	64	65
History	58	59
Frequency/no. of treatments	56	57
Chiropractic advice to GP	54	55
Prognosis	49	50
Radiographic examination	45	46
Other	2	2

*Because of rounding of percentages, total may be greater or less than 100%.

†More than one answer possible.

‡To be completed by GP.

Figuur 5: Voorkeuren van huisartsen voor chiropractische terugrapportages

Het grootste deel van de huisartsen wisten niet wat bepaalde typische chiropractische termen betekenden. Waarbij 29% aangaf dit niet erg te vinden; 38% had hier geen bezwaar tegen, maar dacht dat dit de communicatie negatief zou beïnvloeden. En 27% zei hier werkelijk bezwaar tegen te maken, omdat het zeker de communicatie negatief beïnvloedde en het begrip van de huisarts hierdoor verslechterde.

Kort gezegd lijken negatieve ervaringen, verwarrend taalgebruik, stereotypering en gebrek aan kennis de belangrijkste factoren te zijn die de communicatie tussen huisarts en chiropractor beïnvloeden. Wanneer professionals optimaal proberen samen te werken en te communiceren, moeten ze kennis hebben van elkaars principes, vorming, attitudes, kwalificaties en van elkaars basiskennis (Bower-Hulme, Wackernagel-Bach & Lewis, 1988; van der Rijdt, Lubbers & Kolker, 1990).

De meeste huisartsen bleken hun informatie over chiropractie via hun behandelde patiënten te ontvangen. Daams (1996) geeft echter aan dat de huisartsen bij voorkeur hun informatie over chiropractie willen ontvangen via bepaalde andere communicatiekanalen. Zij willen liever presentaties van chiropractors krijgen, wetenschappelijke literatuur over chiropractie lezen, en schriftelijke correspondentie met chiropractors over patiënten hebben. Nog steeds krijgen huisartsen hun informatie niet via de meest optimale communicatiekanalen. Breen, Carrington, Collier & Vogel (2000) beschreven ook al het belang van de terugrapportage en insinueerden tevens dat dit waarschijnlijk het meest verwaarloosde aspect in de communicatie was. In de terugrapportage moeten zowel positieve als negatieve resultaten van de behandeling worden besproken. Dit verbetert zeker de samenwerking tussen huisarts en chiropractor en laat ook zien dat de chiropractor verantwoordelijkheid bezit.

4.1.2 Diëtisten

Dijkers (2000) zegt in zijn artikel 'Verwijzen naar de diëtist: een dilemma voor de huisarts?' dat verwijzen heel simpel lijkt, maar dat is vaak niet zo. Er is indertijd het boekje Artsenwijzer Diëtetiek (handzaam boekje met informatie over het moment dat de arts zijn of haar patiënt bij voorkeur zou moeten doorverwijzen) naar alle huisartsen toegezonden. In dit boekje is terug te vinden in welke situaties doorverwijzen zinvol is. In het Voedingsmagazine (nr. 4, 2002) geeft projectleider van de Artsenwijzer Diëtetiek Martha 't Hart aan dat na revisie dit boekje nog kleiner wordt. Deze miniversie is nog praktischer in gebruik voor de arts. De inhoud van het boekje is tevens digitaal beschikbaar en is te lezen op de site www.nvdietist.nl/artsenwijzer.

De Artsenwijzer Diëtetiek draagt bij aan de duidelijkheid tussen beroepsgroepen. Er is duidelijk een behoefte aan 'formats' (de Artsenwijzer is een succesvol voorbeeld hiervan) die de communicatie tussen huisarts en diëtist structureren (Geerts, 2002). Er zijn meerdere factoren belangrijk bij het doorverwijzen. Geerts (2002) zegt dat bijvoorbeeld de verwachtingen van de hulpverleners en van de patiënt, de mogelijkheid tot overleg, de diëtist zelf en diens bereikbaarheid en beschikbaarheid, allemaal van belang zijn. Een huisarts is nog altijd de poortwachter en zorgt voor toegang tot andere gezondheidsgebieden. Hij kan over het algemeen weinig tijd vrijmaken voor het geven van voedingsadviezen en leefstijlaanpassingen in zijn korte consulttijd. Voorlichting geven kost erg veel tijd, en er is een vertrouwensrelatie voor

nodig. Toch verwijzen huisartsen nog relatief weinig naar diëtisten, omdat zij zelf de voorlichting aan patiënten geven. Maar dit advies kan nooit op zulk hoog niveau zijn als diëtisten die geven. Huisartsen klagen vervolgens dat de behaalde resultaten en gegeven adviezen van de diëtisten nauwelijks of heel summier aan de huisarts worden teruggerapporteerd. Dus er is hier zeker nog plaats voor verbetering! Hoe kan dit beter? Het verwijsgedrag van huisartsen richting diëtist kan bevorderd worden door huisartsen een betere scholing in de voedingsleer te geven. Ook de toegenomen aandacht voor preventie in de gezondheidszorg, kan voor meer verwijzingen zorgen. Verder werd verwacht dat wanneer huisarts en diëtist in een vast behandelteam zouden zitten, dit voor een betere samenwerking zou zorgen. Misschien dat een huisartsengroep (de zogenaamde HAGRO's, wordt later op ingegaan) van zes tot acht huisartsen met een of twee vaste diëtisten moeten samenwerken.

Om tot een goede (of betere) samenwerking tussen huisarts en diëtist te komen, zullen beide groepen moeten openstaan voor elkaar en ieder voor zich van hun eigen kennis- en ervaringseiland moeten afkomen. In het artikel van Van den Hombergh & Angenent (2003) gaat het nadrukkelijk om een betere samenwerking tussen arts en diëtist te bewerkstelligen. Hoe kan dit tot stand komen? In eerste instantie is perceptie van elkaar belangrijk. Een perceptie van iemand ontstaat door eigen ervaringen, opvoeding, etc. Wanneer een diëtist een arts wil beïnvloeden, zal de kracht van de overtuiging uit de diëtist (zie ook de uitleg in paragraaf 4.3) zelf moeten komen. De visie van de diëtist, diens mening en diens expertise moeten duidelijk worden en naar voren worden gebracht. Dit moet echter wel binnen een geschapen kader plaatsvinden. Het moet ergens bij aansluiten, namelijk bij de beeldvorming van de huisarts. Door vragen te stellen, te luisteren, door samen te vatten en feedback te geven, kan achter de beeldvorming van de huisarts worden gekomen. De overtuiging van de diëtist moet aansluiten bij de beeldvorming van de huisarts, zodat er een vastomlijnd kader ontstaat waarbinnen gewerkt kan worden. Dus niet: 'Ja, maar...', maar: 'Wat ik uit uw woorden begrijp, is....' en: 'Hoe kijkt u dan tegen dit en dit onderwerp aan?'. Probeer dus gelijkwaardigheid te creëren in een gesprek, en probeer niet in de verdediging te gaan. Tevens: probeer tot gelijkwaardigheid te komen door geen houding van de 'expert op voedingsgebied' aan te nemen. Probeer door middel van communicatieve vaardigheden en gesprekstechnieken tot een gelijkwaardig gesprek te komen. Overtuig de huisarts van het belang om in bepaalde gevallen door te verwijzen naar een diëtist. Juist in communicatie geldt: er zijn basisprincipes in de communicatie die altijd en overal hetzelfde zijn. Maak daar gebruik van.

Gebruik bijvoorbeeld de Artsenwijzer Diëtetiek om in gesprek met de huisarts te komen! Zorg ervoor dat je kritische vragen kan beantwoorden en zo'n gesprek geeft je tevens de gelegenheid om te vertellen wat een diëtist met de patiënt doet, is de visie van Martha 't Hart. Ook zij geeft aan dat communicatie essentieel is. Ze vervolgt haar relaas met: 'de diëtisten die veel communiceren met de huisartsen/artsen waarmee ze samenwerken, zijn ook degene met uitstekend lopende praktijken'. Natuurlijk is een goede voorbereiding op een gesprek natuurlijk onontbeerlijk. Probeer vooraf vast te stellen: welke informatie is van belang om vooraf te verzamelen, welke vragen wil je stellen en wat wil je te weten komen van de huisarts, in welke richting wil je het gesprek sturen, zodat alles wat jij wilt, aan de orde komt? Wees voorbereid op de beschikbare tijd van de huisarts en let erop dat niet alles in een gesprek gezegd hoeft te worden. Het is niet belangrijk alles in een gesprek te stoppen (dat is teveel informatie dat niet blijft hangen). Probeer - wanneer mogelijk -

de arts in ongeveer tien minuten te overtuigen van het belang van de inzet van de diëtist. Wanneer in het eerste gesprek de interesse is gewekt, zal het makkelijker zijn om tot een snellere concretere samenwerking en mogelijk verwijzingen in het tweede gesprek te komen.

Maak een prioriteitenlijstje en stem het gesprek af op de mogelijkheden en suggesties van de arts. Nog een belangrijk item: stel te allen tijde de patiënt centraal en zorg dat het doel niet is de beperkingen van de arts op het gebied van voedingsinformatie op te heffen. Maak in de eerste instantie duidelijk welke mogelijkheden een diëtist biedt. Daarbij is het belangrijk niet alleen op je kennis en vaardigheden in te gaan, maar bijvoorbeeld ook op de beschikbare consulttijd en vergoedingen door ziektekostenverzekeraars. Kortom: zorg dat je presentatie is afgestemd op de wensen/behoefte van de betreffende huisarts. Eerst vragen, dan pas aansluiten! Vat aan het einde van het gesprek altijd alles samen - inclusief de gemaakte afspraken, dit voorkomt misverstanden - en dit zorgt er ook voor dat alle neuzen in dezelfde richting wijzen. Dit zorgt voor een duidelijk format over hoe huidtherapeuten met communicatie om kunnen leren gaan.

Van den Hombergh & Angenent (2003) eindigen tenslotte met: komt het tot samenwerking met een arts, dan is terugrapportage van essentieel belang!

4.1.3 Fysiotherapeuten

Van der Ven (2003) zegt dat patiënten steeds beter geïnformeerd bij de huisarts binnenstappen en overal waar mogelijk (bijvoorbeeld internet) hun informatie vandaan hebben gehaald. Patiënten zijn steeds beter ingelicht over de behandel(on)mogelijkheden van hun aandoening. Fysiotherapeut Didderen zegt in het artikel van Van der Ven (2003) dat de mondige burger zijn kwaal ook steeds beter beoordeelt. Dat beaamen huisartsen overigens ook. Een vaak voorkomende vraag in de spreekkamer is dan ook: 'Wat wilt u zelf, medicijnen of fysiotherapie?'. Volgens hem is verdergaande specialisatie in de zorg een onvermijdelijk proces waar iedereen van overtuigd is, dat dit juist toenemende mogelijkheden voor de zorg biedt. KNGF-voorzitter Hovenkamp zegt in dit artikel dat het verwijzen naar een fysiotherapeut een ander voordeel heeft. Het zorgt uiteindelijk voor een kostenbeperking in de zorg. Door met een aandoening op tijd bij de fysiotherapeut te komen, kunnen veel klachten snel en goed behandeld worden. In dit artikel wordt vooral de spilfunctie van de huisarts (en eventueel verlies hiervan, wanneer voor fysiotherapie geen verwijsbriefje meer nodig is) besproken. Hovenkamp zegt dat de communicatie rondom de patiënt zeker moet blijven bestaan. Wanneer de verwijsbriefjes worden geschrapt, verliest de huisarts zijn patiënt zeker niet geheel uit het vizier. Fysiotherapeuten melden de uitslag van een onderzoek altijd. Dat geldt ook voor de afronding van een eventuele behandeling. Kritische noot mijnerzijds is dat ik hierbij mijn twijfels heb. Terugrapportages is een belangrijk communicatiemiddel, dat velen nog niet gebruiken om hun communicatielijnen met huisartsen te behouden cq. verbeteren.

Jabaaij (2002) zegt dat onderzoek bevestigt dat de bekendheid van de huisarts met de fysiotherapeut de belangrijkste reden is om naar de fysiotherapeut te verwijzen. De inhoud van de behandeling lijkt hier minder voorop te staan. Het aantal verwijzingen naar de fysiotherapeut is elf maal groter dan het aantal dat naar de oefentherapeut (Cesar en Mensendieck) wordt verwezen. Hendriks (2000) geeft ook aan dat huisartsen het meest naar fysiotherapeuten verwijzen. Bij het verwijzen hebben huisartsen niet alleen invloed op het *aantal* verwijzingen, maar ook op de

aard van de klachten die fysiotherapeuten te behandelen krijgen. Ook Hendriks (2000) zegt dat het van groot belang is – en het lijkt ook voor de hand te liggen – dat een goede samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten bestaat. Maar vaak is de communicatie slecht. Huisartsen hebben vaak te weinig kennis van de mogelijkheden van fysiotherapie. Door bijvoorbeeld onduidelijkheid over de indicatiestelling en twijfel over de doeltreffendheid en doelmatigheid van fysiotherapie. In een veldstudie is onderzocht of de communicatie tussen beiden verbeterd kan worden door 'consultatief fysiotherapeutisch onderzoek' (CFO) in te voeren. Dit houdt in dat een huisarts een patiënt voorafgaand aan een eventuele verwijzing naar een fysiotherapeut kan sturen voor diagnostisch en prognostisch onderzoek. Het blijkt dat CFO de kwaliteit van zorgverlening verbetert. Door een kleine, maar representatieve proef te doen met CFO, bleek 94% van de huisartsen tevreden te zijn met het resultaat en de procedure van het CFO. In 93% van de gevallen waren zij het eens met de aanbevelingen van de fysiotherapeut. Dit resulteerde in 50% van de gevallen in een ander behandelbeleid dan de huisarts zonder consultatie zou hebben gevoerd. CFO zou dus een bruikbaar en nuttig onderdeel kunnen zijn in het beleid van de huisarts. De resultaten van de behandeling waren overeenkomstig de landelijke referentiegegevens. Het aantal zittingen per behandel episode was opmerkelijk genoeg significant lager dan de landelijke referentiegegevens. Dus zorgt CFO voor een meer adequate verwijzing en meer doelmatige zorg.

Het gezondheidszorgbeleid in Nederland is enerzijds gericht op het bieden van toegankelijke en goede zorg, anderzijds op het beheersen van de kosten ervan. Daarom moeten er keuzes worden gemaakt om tot een zo doeltreffend en doelmatig mogelijk aanbod van fysiotherapeutische zorg te komen. Het CFO kan een bijdrage hieraan leveren. Dit zou overigens ook een doeltreffend instrument voor huidtherapie kunnen zijn!

4.3 Overreding met als doel gedragsverandering

Deze theoretische paragraaf is opzettelijk aan het eind van het hoofdstuk geplaatst. Het was belangrijk om eerst de praktische onderzoeken te vermelden, zodat het geheel beter leesbaar wordt. In deze paragraaf wordt de overredingsstrategie, ofwel persuasieve voorlichting/communicatie, besproken. Voorlichting is een vorm van persuasieve communicatie die veel gebruikt wordt. Opmerking: er is weinig onderscheid tussen persuasieve voorlichting en andere vormen van persuasieve communicatie. Het enige duidelijke verschil is volgens Van Woerkom & Van Meegeren (1999, p.82) dat voorlichting (meestal) in het belang van de ontvanger of van het collectief is. De auteurs definiëren persuasieve voorlichting daarom als: 'een boodschap in het belang van een ontvanger of collectief, die erop gericht is de respons van een ontvanger(s) te vormen, te bekrachtigen of te verminderen' (Rodenburg, 2004).

Persuasieve voorlichting zal worden ingezet wanneer de zender al duidelijk voor ogen heeft waar hij de ontvanger wil hebben. Deze overredingsstrategie kan worden ingezet, wanneer bijvoorbeeld het publiek wel weet dat er een probleem is, maar dit niet als zijn eigen probleem ervaart. Daarbij moet aangetekend worden, dat er wel sprake is voor openstelling voor de inhoud van de boodschap. Wanneer mensen (lees: huisartsen) puur informatief worden benaderd, zal in de meeste gevallen geen feitelijke gedragsverandering bewerkstelligd worden. Zoals eerder beschreven is in figuur 1 en 2, zullen mensen - om hun gedrag te veranderen juist hun onderliggende

normen, waarden, evaluaties en attitudes - moeten veranderen (Folbert, Van Gaasbeek & Van der Kroon, 2001).

Er zijn verschillende persuasieve communicatiemodellen te vinden in de literatuur (met als uiteindelijk doel: gedragsverandering). Zowel McGuire als Petty & Cacioppo hebben beiden een model voor gedragsverandering (en –behoud) ontwikkeld.

McGuire (1985) heeft een communicatiematrix ontwikkeld dat het Persuasion Communication Model van McGuire heet. Het model is ingedeeld in 3 categorieën.

	Bericht	Ontvanger	Bron	Kanaal
1. Succesvolle communicatie - aandacht voor het bericht - begrijpen van het bericht				
2. Verandering van gedragsdeterminanten - attitudeverandering - sociale steun - verhoging eigen-effectiviteit - gedragsverandering				
3. Gedragsbehoud				

Figuur 6: Communicatiematrix voor persuasieve communicatie (bron: Martijn en Koelen, 1999)

Verticaal staan de 3 fasen van gedragsverandering. Deze fasen zijn gerelateerd aan de vier horizontaal weergegeven voorlichtingsvariabelen. Elk van de drie fasen moet volgens McGuire doorlopen worden wil de communicatie tot een stabiele gedragsverandering leiden. Dit geldt dus ook voor definitieve gedragsverandering te bewerkstelligen bij huisartsen.

De massamedia is zeer geschikt bij *fase een (succesvolle communicatie)*. Het doel is om de ontvanger te bereiken (blootstelling) en aandacht en begrip van de ontvanger voor de gepresenteerde informatie te krijgen. Huidtherapeuten kunnen bijvoorbeeld ervoor zorgen dat er een verhaal over een (huidtherapeutische) aandoening in de regionale krant of in een huis-aan-huis blad geprint wordt. Nog beter: probeer huidtherapeutische artikelen gepubliceerd te krijgen in medische organen.

In de *tweede fase (verandering van gedragsdeterminanten)* zal – wanneer verandering het doel is – de doelgroep over de voor- en nadelen van gedrag moeten nadenken. De attitudeverandering kan optreden door op de voordelen van het gewenste gedrag en de nadelen van het ongewenste gedrag te wijzen.

De voordelen van het gewenste uit te voeren gedrag is dat doorverwijzen naar huidtherapeuten een kostenbeperking in de gezondheidszorg is (immers: de dermatoloog is duurder). Tevens worden op deze wijze minder medicijnen voorgeschreven (bijvoorbeeld acnetherapie, waarbij dan eerst naar de huidtherapeut wordt doorverwezen, zonder de oplossing van de dure medicijnen). Ten derde, de patiënt staat bij ons centraal en doordat huidtherapeuten meer tijd uittrekken kunnen patiënten ook met mogelijke psychologische problemen bij ons terecht. De nadelen van het niet doorverwijzen zijn de andere kant van de positieve argumenten.

Wanneer niet doorverwezen wordt, staat het welzijn van de patiënten niet op de eerste plaats. Huidtherapeuten kunnen de kwaliteit van leven voor patiënten dusdanig beïnvloeden dat patiënten beter in hun vel zitten. Het vertrouwen/ zelfverzekerdheid van patiënten kunnen grote vorderingen maken.

De sociale omgeving van huisartsen kan verandering in de weg staan of juist vergemakkelijken. Hier is in paragraaf 3.2 over gesproken en onderzoek zal uiteindelijk ook moeten uitwijzen welke factoren aan de verandering debet kunnen

zijn. Uiteindelijk gaat het erom of de ontvanger gedragsverandering haalbaar vindt. Juist de in paragraaf 4.1 benoemde interpersoonlijke communicatie kan helpen bij stimulatie van de gedragsverandering.

Wanneer een communicatiestrategie er eenmaal in is geslaagd om gedragsverandering te bewerkstelligen, dan werkt dat door in de *derde fase (gedragsbehoud)*. Kans op vergroting hiervan is feedback te blijven geven. Het werkt stimulerend voor mensen wanneer nieuw gedrag wordt beloond. Wil een gedragsverandering behouden blijven, dan moeten er altijd vervolgactiviteiten plaatsvinden. De gemaakte keuze moet elke keer bevestigd worden (Folbert, Van Gaasbeek & Van der Kroon, 2001). Huidtherapeuten zullen dus systematisch terugrapportages van patiënten moeten blijven sturen (zie de paragrafen 4.1.1, 4.1.2 en 4.1.3) om te bevestigen dat de huisartsen een goed besluit hebben genomen om door te verwijzen. Ook kan na afloop en tussentijds gebeld worden, wanneer zich een probleem voordoet. Zijn er nieuwe ontwikkelingen in het vak, zorg dan bijvoorbeeld voor een groepsvoorlichting via de HAGRO (= huisartsengroep). Omdat er weinig onderzoek naar HAGRO's (ook een punt voor toekomstig onderzoek) is gedaan, zal dit pas weer later ter sprake komen en uitgelegd worden.

Petty & Cacioppo (1986) hebben het Elaboration Likelihood model (ELM) ontwikkeld. Persuasieve voorlichting wordt ingezet om één of meerdere gedragsdeterminanten te beïnvloeden. Het ELM zegt dat mensen met dezelfde attitudes ten opzichte van bepaald gedrag toch anders kunnen reageren op dezelfde voorlichtingsboodschap. Persuasieve boodschappen kunnen via een *centrale* en/of *perifere* route worden verwerkt. Iemand die een boodschap *centraal* verwerkt, denkt serieus en goed inhoudelijk na over de gegeven argumenten en weegt deze kritisch tegen elkaar af. Iemand die een boodschap *perifeer* verwerkt, denkt veel minder na over de inhoud van de boodschap en letten eerder op de zogenaamde '*perifere cues*'. Dat zijn mensen die zich meer laten leiden door de informatiebron, of welke vorm een boodschap heeft en hoe anderen erover denken. Mensen die betrokken zijn bij het onderwerp, gemotiveerd zijn en vaardig zijn, zullen veel sneller een boodschap *centraal* verwerken. Mensen gaan echter pas over zaken nadenken als ze in staat zijn en gemotiveerd zijn dat te doen. De twee manieren van verwerking betekent niet dat ze elkaar wederzijds uitsluiten. Meestal verwerken mensen een boodschap voor een deel centraal, en voor een deel perifeer (Pos & Bouwens, 2003; Rodenburg, 2004).

Volgens Perloff (2001, p.81; Rodenburg, 2004) is het belangrijk dat gemotiveerde mensen voorlichting krijgen dat gericht is op informatieverwerking via de centrale route, terwijl minder gemotiveerde mensen meer hebben aan voorlichting via de perifere route. Wanneer de doelgroep dan meer betrokken raakt, kunnen steeds meer inhoudelijke argumenten gegeven worden. Dus wanneer de huisartsen absoluut niet betrokken zijn bij doorverwijzen naar huidtherapeuten, dan moet hier eerst de aandacht aan gegeven worden (zie ook figuur 6). Er kan dan bijvoorbeeld beter eerst via de perifere weg gewerkt worden (als informatiebron een collega huisarts of dermatoloog die veel aanzien geniet, gebruiken). Daarbij is de communicatiegedrag en -middelen die in het diëtistenartikel van Van Hombergh & Angenent (2003) naar voren kwam een goed voorbeeld van (zie ook paragraaf 4.1.2). Ook hier zou vervolgonderzoek niet misstaan! Er zijn nu te weinig gegevens voorhanden om hier goede uitspraken over te doen.

Hoofdstuk 5. Theorie en praktijk nader tot elkaar

Dit hoofdstuk is eigenlijk een samensmelting van de besproken theorieën en praktijk in de hoofdstukken 3 en 4. Eerst wordt nu figuur 2 aan de hand van de praktijk besproken, zodat duidelijk wordt waar huidtherapeuten nu staan in verhouding tot huisartsen. En hoe huidtherapeuten het gedrag van huisartsen praktisch bezien kunnen beïnvloeden, wordt ondermeer duidelijk gemaakt door kort het communicatiematrix van McGuire en het ELM te bespreken.

In figuur 1 en 2 wordt duidelijk dat huisartsen juist hun onderliggende normen, waarden, evaluaties en attitudes moeten aanpassen, willen ze hun gedrag veranderen (en behouden).

Over de huidige *attitudes* van huisartsen met betrekking tot huidtherapie is weinig bekend. In paragraaf 3.2 is hierover wel gespeculeerd (attitude huisarts = 1. onbekendheid met huidtherapie, draagt niet bij aan welzijn patiënt, 2. doorverwijzen is per definitie kostenverhogend voor de ziektekosten), maar is nog niet gestaafd aan onderzoek. Wel is de ervaring dat bekendheid van huisartsen met fysiotherapeuten een belangrijke reden voor doorverwijzing vormt. Alleen zijn de onderliggende motieven/overtuigingen hiervoor niet helder. Gebrekkige informatie in de literatuur geeft aan dat onderzoek hiernaar broodnodig is. Overigens is persuasieve communicatie als instrument alleen gunstig om in te zetten wanneer huisartsen openstaan voor de inhoud van de boodschap. Dus pas wanneer duidelijk is welke attitudes ten grondslag liggen aan hun 'niet verwijs'gedrag, kan een boodschap geformuleerd worden dat aansluit bij hun behoeftes.

De *subjectieve norm* van de (oudere garde) huisartsen is dat zij zelden informatie van patiënten aannemen (Langworthy & Birkelid, 2001), omdat zij hen niet als een betrouwbare bron zien. Dit laatste is juist erg belangrijk bij de subjectieve norm. Mijn veronderstelling is dat dit meer geldt voor de oude garde huisartsen dan voor de jongere huisartsen. Patiënten worden steeds mondiger, en de oudere huisartsen houden teveel aan hun oude houding/attitude vast (zie bovenstaande subjectieve norm). Er wordt door hen eerder naar bevriende huisartsen (collega's, of andere medische professionals) geluisterd. Aan hun opinies wordt 'waarde' gehecht en kan zelfs tot de motivatie leiden om te gaan doorverwijzen. Verder onderzoek hiernaar kan meer uitkomst bieden.

Mijn veronderstelling is dat er een cultuuromslag aan de gang is bij huisartsen. Jongere huisartsen leren beter communiceren met patiënten. Zij begrijpen ook dat patiënten mondiger zijn en veel meer weten (via Internet en andere informatiebronnen). Patiënten zijn zelf goed op hoogte van hun eigen aandoening/ziekte en geven tegenwoordig zelf aan bij huisartsen dat ze een doorverwijzing naar een chiropractor/fysiotherapeut en huidtherapeut willen. De jongere generatie staat hier, volgens mij, meer open voor.

Tenslotte is de *eigen-effectiviteit* van huisartsen van belang. Aan de eigen-effectiviteit van huisartsen ontbreekt het niet, omdat allen in staat zijn en de mogelijkheid hebben om door te verwijzen (= het gewenste gedrag).

Deze drie besproken factoren beïnvloeden de gedragsintentie. De gedragsintentie leidt tot gedrag, mits daarnaast de *persoonlijke vaardigheden* en de *omgevingsfactoren* (zijn externe barrières) de gedragsverandering niet verhinderen. De meest onvoorspelbare factor van deze twee zijn de omgevingsfactoren. Er zijn legio voorbeelden te verzinnen welke omgevingsfactoren (verwijsbriefjes zijn op, adressen huidtherapeuten moeten opgezocht worden, assistenten doen hun werk

niet goed, etc.) in de weg kunnen staan van gedragsverandering. Daarom is dit zo'n onberekenbare factor. Feit blijft dat huisartsen in ieder geval wel de vaardigheden bezitten om door te verwijzen (kijk maar naar fysiotherapeuten, chiropractors en diëtisten).

Een eerste vereiste om de *attitudes* te wijzigen is, volgens McGuire, aandacht en begrip van de huisartsen voor de gepresenteerde informatie te krijgen. Dit kan het beste via de massamedia gebeuren. Zorg voor een verhaal over een (huidtherapeutische) aandoening in de regionale krant of in een huis-aan-huis blad en probeer huidtherapeutische artikelen gepubliceerd te krijgen in medische organen.

Vervolgens moet in de tweede fase van McGuire op de voordelen van het gewenste gedrag (= doorverwijzen) en de nadelen van het ongewenste gedrag (= niet doorverwijzen) gewezen worden. Voordelen van doorverwijzen zijn: kostenbeperking, minder voorschrijven van medicijnen en meer tijd voor problemen van de patiënt. Nadelen zijn: de voordelen negatief bezien.

Om dit te realiseren kan beter voor een mix van zowel massamediale als interpersoonlijke voorlichting worden gekozen. Door de vereiste onderlinge betrokkenheid bij interpersoonlijke voorlichting kunnen huidtherapeuten een onmiddellijke reactie van de huisartsen krijgen en daar direct mee aan de slag gaan. Verder zal een communicatiemix van zowel mondelinge (telefoon/tweegesprek/groepsvoorlichting) als schriftelijke voorlichting (folders/tijdschriftartikelen) en massamedia zeker de huisartsen kunnen helpen in de eerste 2 fasen.

Het ELM van Petty & Cacioppo (1986) zegt dat mensen met dezelfde attitudes ten opzichte van bepaald gedrag kunnen toch anders kunnen reageren op dezelfde voorlichtingsboodschap. Wanneer huisartsen gemotiveerd zijn om het gedrag te veranderen, zal - volgens het ELM-model - voorlichting werken als informatie wordt verwerkt via de centrale route (iemand denkt serieus, goed inhoudelijk na over de gegeven argumenten en weegt deze kritisch tegen elkaar af). De minder gemotiveerde huisartsen kunnen beter voorlichting via de perifere route krijgen (de informatiebron, vorm van de boodschap en hoe anderen erover denken, zijn van belang). Het onderscheid tussen de twee manieren betekent niet dat ze elkaar wederzijds uitsluiten. Meestal verwerken mensen een boodschap voor een deel centraal, en voor een deel perifeer (Pos & Bouwens, 2003; Rodenburg, 2004). Wanneer huisartsen meer betrokken raken, moeten steeds meer inhoudelijke argumenten gegeven worden (Perloff, 2001, p.81; Rodenburg, 2004).

Dit geldt overigens ook voor de derde fase van McGuire. Per slot van rekening is gedragsverandering het doel van de communicatie. Juist door een zo'n gunstig mogelijk gebruik en afstemming van de diverse voorlichtingsboodschappen en -instrumenten moet het mogelijk zijn de huisartsen te overtuigen dat verwijzen naar de huidtherapeut een goede beslissing is.

Wanneer met behulp van de communicatiemiddelenmix gedragsverandering teweeg is gebracht, dan werkt dat door in het gedragsbehoud (derde fase) van McGuire. De waarschijnlijkheid van behoud van gedrag als finaal eindpunt wordt vergroot wanneer terugrapportages, telefoongesprekken, kortom positieve feedback, dit gedrag blijven bestendigen. Elke keer opnieuw moet positieve feedback gegeven worden, zodat huisartsen beseffen dat ze goed hebben gedaan aan de gedragsverandering. Het werkt stimulerend voor huisartsen wanneer nieuw gedrag beloond wordt. Wil een gedragsverandering behouden blijven, dan moeten er altijd vervolgactiviteiten plaatsvinden (Folbert, Van Gaasbeek & Van der Kroon, 2001). Wanneer er nieuwe

ontwikkelingen in het huidtherapievak zijn, dan kan bijvoorbeeld een groepsvoorlichting via de HAGRO verzorgd worden. Wat is een HAGRO? Een huisartsenpraktijk is de kleinste schakel. Daarboven vormt de waarneemgroep een bekende vorm van samenwerking. Een, twee of soms drie waarneemgroepen vormen weer een huisartsengroep, de HAGRO. De huisartsengroep probeert door het maken van allerlei afspraken de eerstelijnsgezondheidszorg in de gemeente beter vorm te geven. Landelijk of regionaal overheidsbeleid wordt in onderling overleg vertaald naar de lokale situatie (www.huisartsenmontferland.nl). In een gesprek met een huisarts werd mij duidelijk dat er ook wel presentaties door bijvoorbeeld een incontinentieverpleegkundige werd gegeven. Maak gebruik van netwerken en probeer een presentatie bij een HAGRO te krijgen. Hiermee wordt het beroep huidtherapie meer 'in the picture' gezet en zal onze positie verbeteren.

Er staat huidtherapeuten nog veel werk te doen, als het gaat om onderzoek doen! Er is veel theorie voorhanden, maar er moet meer onderzoek naar de invulling van de theorie worden gedaan. Veel communicatiemiddelen die ingezet kunnen worden om het verwijsgedrag van huisartsen te vergroten, zijn (statistisch) nog niet onderzocht. Zoals bijvoorbeeld een huidtherapiefolder met een half A-4tje naar huisartsen in de omgeving sturen en hier een follow up op plegen. Zoals bijvoorbeeld een algemene huidtherapiefolder (met de behandelingen van een huidtherapeut) samen met een kort briefje (half A-4tje met bereikbaarheid openbaar vervoer, openingstijden, etc.) naar huisartsen in de omgeving sturen. Folders scoren over het algemeen wel laag wanneer het gaat om opwekken van interesse, het beïnvloeden en het veranderen van gedrag. Laat je daar niet door weerhouden. Zorg ervoor dat er na maximaal een maand weer actie (= follow up) genomen wordt. Probeer de kansen op het lezen van brief en folder, en daarna doorverwijzen, te vergroten.

In het Nieuwsbulletin van de NVH uit april 2005 wordt heel toepasselijk het volgende door Toke Joachimsthal aangehaald: 'De belangrijkste voorwaarde is dat de beroepsgroep zich in de komende jaren veel sterker profileert dan de afgelopen jaren. Vooral de huisartsen, als een van de belangrijkste verwijzersgroepen, zouden stelselmatig beter moeten worden geïnformeerd. Dit betekent dat huidtherapeuten, individueel en in NVH-verband, veel tijd en energie moeten investeren om hun vak binnen de gezondheidszorg beter op de kaart te zetten. Overigens verwachten wij dat de huidige beroepsgroep het werk niet aan kan als alle huisartsen en andere verwijzers met succes worden benaderd. Dus zou een te grote informatiecampagne het beroep schaden, omdat we op dit moment niet aan de vraag kunnen voldoen.'

Hoofdstuk 6. Conclusies

Om de onderstaande vraagstelling te beantwoorden, zijn er meerdere theoretische kaders geschapen om houvast te bieden. Diverse gedragstheorieën, communicatiemiddelen en voorlichtingstheorieën zijn gebruikt om de achtergrond van gedrag en beïnvloeding nader te verklaren.

Het uiteindelijke doel was de volgende vraagstelling te beantwoorden:

Met welke communicatiemiddelen kunnen huidtherapeuten het verwijsgedrag van alle Nederlandse huisartsen beïnvloeden, zodat huisartsen vaker naar huidtherapeuten zullen doorverwijzen?

Het probleem met de beschreven buitenlandse en Nederlandse onderzoeken in dit projectverslag is een te kleine representatie van de huisartsen. Daardoor is het onmogelijk de bevindingen te vertalen naar de totale huisartsenpopulatie.

Daarentegen zijn bijna alle studies tot dezelfde conclusies gekomen. Dat maakt het aannemelijk dat ze een goede richting geven voor de onderzochte communicatieproblemen en de mogelijke oplossingen.

Bij de uiteindelijke beantwoording van de vraagstelling, is een essentiële discrepantie opgetreden. Er zijn communicatiemiddelen onderzocht die huidtherapeuten kunnen gebruiken om huisartsen meer te laten doorverwijzen naar hen. Er is echter naar het (huidige) gedrag van huisartsen, waarin toch de oorsprong van het doorverwijzen ligt, nog geen gericht onderzoek gedaan. Hiertussen bevindt zich een hiaat, die vanuit het huidige literatuuronderzoek niet te verklaren is.

De volgende conclusies kunnen getrokken worden met betrekking tot het gedrag van huisartsen. Over de huidige attitudes van huisartsen met betrekking tot huidtherapie is weinig bekend. Speculaties leveren het volgende op: attitudes huisartsen =

1. onbekendheid met huidtherapie, draagt niet bij aan welzijn patiënt,
2. doorverwijzen is per definitie kostenverhogend voor de ziektekosten, maar is nog niet gestaafd aan onderzoek. Echter, bekendheid van huisartsen met fysiotherapeuten vormt een belangrijke reden voor doorverwijzing. Dat zal hoogstwaarschijnlijk ook zo werken voor de huidtherapeuten!

Verder is de subjectieve norm van de (oude garde) huisartsen dat zij zelden informatie van patiënten aannemen. Patiënten worden als een onbetrouwbare bron gezien. Verondersteld is dat met name oudere huisartsen teveel vasthouden aan deze ingeslopen houding/attitude. Jongere huisartsen begrijpen dat hun patiënten mondiger zijn en vaak meer kennis (over hun aandoening) hebben. Zij zullen eerder een doorverwijzing naar een chiropractor/fysiotherapeut en huidtherapeut willen geven. Huisartsen zijn allen in staat en hebben de mogelijkheid om door te verwijzen (= eigen-effectiviteit). Omdat er nog veel in het ongewisse is voor wat betreft het gedrag, is verder onderzoek naar attitudes en de subjectieve norm zeer gewenst. Wanneer meer hierover bekend is, zouden huidtherapeuten nog beter het gedrag van huisartsen weten te beïnvloeden.

Huisartsen bezitten verder persoonlijke vaardigheden om door te verwijzen. Afzonderlijk daarvan kunnen omgevingsfactoren 'stoorzenders' (bijvoorbeeld verwijsbriefjes zijn op of adressen huidtherapeuten zijn niet bekend) zijn die huisartsen verhinderen om door te verwijzen.

Welke communicatiemiddelen kunnen het verwijsgedrag van huisartsen in positieve richting veranderen? De voorkeur van huisartsen gaat uit naar een kort en bondig getypte terugrapportage van ongeveer ½ tot 1 A-4tje na de laatste behandeling. De terugrapportage vergroot de patiëntenzorg en zorgt voor handhaving van goede interprofessionele relaties. De terugrapportage moet duidelijk zijn en eenduidig te interpreteren medische terminologie gebruiken. Wanneer dit niet gebeurt, kan het mogelijkserwijs tot verminderd verwijsgedrag van huisartsen leiden. Er bestaat echter ook een relatie tussen een positieve mening over eerdere communicatie-ervaringen van huisartsen en het aantal doorverwijzingen naar bijvoorbeeld chiropractors. Daarnaast is bellen (het telefoongesprek), grotendeels vanwege de tijdbesparing, favoriet. Maar een telefoontje (dat dikwijls waarschijnlijk niet in het patiëntendossier terecht komt), zal vaak tot verschraling van informatie leiden. Met als ergste scenario: een rechtszaak!

Doordat huisartsen bekender zijn met fysiotherapeuten en een beter begrip van hun behandelingen hebben, verwijzen zij eerder naar fysiotherapeuten. Huidtherapeuten moeten dus zorgen voor bekendheid van het beroep door gebruik te maken van (massamediale en interpersoonlijke) voorlichting.

Duidelijke formats (zoals de Artsenwijzer Diëtetiek) kunnen de communicatie tussen huisartsen en beroepsgroepen verbeteren. Het ontwerpen van zo'n format zal waarschijnlijk een pré blijken voor huidtherapeuten. Gebruik het format om in contact te komen (en blijven) met huisartsen. Diëtisten die goede communicatielijnen onderhouden met de huisartsen waarmee ze samenwerken, zijn degene met de best lopende praktijken!

Ook het gebruik van CFO's (maar dan voor huidtherapeuten, dus CHO) zal tot een meer adequate verwijzing en meer doelmatige zorg leiden.

Tevens is doorverwijzen naar een huidtherapeut een kostenbesparing ten opzichte van de dermatoloog. Huisartsen moeten ervan overtuigd worden dat klachten door huidtherapeuten snel en goed behandeld kunnen worden. Dat scheelt kosten van medicatie en het doorverwijzen naar de veel duurdere dermatoloog.

Uiteindelijk kan geconcludeerd worden dat het ultieme doel van dit projectverslag maar ten dele behaald is. Onderzoek naar het eerste (communicatie)contact met huisartsen, op basis van gelijkwaardigheid tussen huisartsen en huidtherapeuten, vormt een eerste voorwaarde voor een vruchtbare samenwerking. Daarbij is meer onderzoek naar attitudes en subjectieve norm van huisartsen inzake verwijsgedrag onontbeerlijk.

Met bovenstaande communicatiemiddelen gaan huisartsen waarschijnlijk meer verwijzen naar huidtherapeuten. Wanneer huidtherapeuten echter meer duidelijkheid hebben over wat huisartsen drijft, dan kan er nog gericht gebruik van deze communicatiemiddelen worden gemaakt!

Bijlage 1. Aantal gebruikte woorden en literatuurverantwoording

Het aantal gebruikte woorden in dit projectverslag, exclusief voorwoord, inhoudsopgave, schema's en figuren, literatuurlijst en bijlagen, bedraagt 10.961 woorden. Het projectverslag mocht minimaal 5.000 en maximaal 10.000 woorden behelzen. In overleg met Henny van Lienden en met zijn goedkeuren, ben ik hier iets overheen gegaan.

Literatuurverantwoording

De literatuurstudie heb ik als volgt aangepakt: eerst heb ik met Henny gekeken of mijn vraagstelling, doelstelling, etc. klopte. Naar aanleiding daarvan ben ik op PubMed gaan kijken of er artikelen waren die gingen over het doorverwijzen van huisartsen naar met huidtherapeuten vergelijkbare beroepsgroepen. Daar heb ik veel informatie gevonden over chiropractors. Daarnaast heb ik op de site van het NPI (Nederlands Paramedisch Instituut) gezocht naar het verwijsgedrag en huisartsen naar fysiotherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten, logopedisten, mondhygiënist, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck oefentherapeuten, orthoptisten en podotherapeuten. De meeste literatuur vond ik van de diëtisten en de fysiotherapeuten. Vandaar ook dat ik ondermeer deze beroepsgroepen heb gekozen. Verder heb ik van alle gevonden en belangrijke artikelen de literatuur- en referentielijsten bekeken. Daar is altijd veel informatie in te vinden die ook van belang zijn voor het eigen (literatuur)onderzoek. Alhoewel alle onderzoeken die ik heb gevonden, erg kleinschalig zijn geweest (waardoor veralgemenisering naar de hele beroepsgroep niet mogelijk is), zijn de gevonden uitkomsten vergelijkbaar gebleken. Dus evidence based, ja, maar op kleine schaal. Tevens heb ik communicatiewetenschapboeken uit de Universiteitsbibliotheek van Communicatiewetenschappen (Amsterdam) gebruikt en informatie vergaard via de websites van het Internet.

Literatuurlijst

Aarts, N. & Woerkum, C. van (2000). 'Nature management, policy making and communication'. In: Rientjes, S. (ed.), *Communicating nature conservation. A manual on using communication in support of nature conservation policy and action*. European Centre for Nature Conservation, Tilburg.

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Prentice-Hall, New Jersey.

Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Milton Keynes, Open University Press.

Ban, A.W. van den (1974). *Inleiding tot de voorlichtingskunde*. Boom, Meppel/ Amsterdam.

Bosman, J.E. Hollander, P. Nelissen, K. Renckstorf, F. Wester, G. & Woerkum, C. van (1989). *Het omgaan met kennis - en de vraag naar voorlichting: Een multidisciplinair theoretisch referentiekader voor empirisch onderzoek naar de vraag naar voorlichting*. Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen.

Bower-Hulme, J. Wackernagel-Bach, B. & Lewis, J.W. (1988). *Communication between physicians and physical therapists*. Phys. Ther., 68, p. 26-31.

Breen, A. Carrington, M. Collier, R. & S. Vogel (2000). *Communication between general and manipulative practitioners: a survey*. Comp. Ther. Med., 8 (1), p. 8-14.

Brussee, W.J. Assendelft, W.J.J. & Breen, A. (2001). *Communication between general practitioners and chiropractors*. In: Journal in Manipulative and Psychological Therapeutics, 24, p. 12-16.

Daams, S. (1996). *Dutch general practitioner perceptions and preferences in relation to chiropractic*. Bournemouth (UK), Anglo-European College of Chiropractic.

Dervin, B. (1981). Mass communication: Changing conceptions of the audience. In: Rice, R.E. & Paisley, W.J. (Eds). *Public communication campaigns*. Sage Publications, Beverly Hills, p. 71-88.

Dijkers, F.W. (2000). *Verwijzen naar de diëtist: een dilemma voor de huisarts?: overleg tussen huisarts en diëtist niet ideaal*. jrg. 55, nr. 7/8, p. 151-152.

Fishbein, M. & Yzer, M. (2003). *Using Theory to Design Effective health Behavior Interventions*. In: Communication Theory: a journal of the International Communication Association, vol 13 (2), p. 164-183.

Geerts, A. (2002). *Format voor communicatie tussen huisarts en diëtist*. Voedingsmagazine, jrg. 15, nr. 4, p. 6-7.

- Heymann, F. (1999). 'Interpersoonlijke communicatie'. In: Woerkum, C. van & Meegeren, P. van (red.), *Basisboek communicatie en verandering*. Uitgeverij Boom, Amsterdam.
- Hombergh, F. van den & Angenent, W. (2003). *Interactie tussen diëtist en arts*. Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten, jrg. 58, nr. 3, p. 70-72.
- Jabaaij, L. (2002). *Verwijzingen naar fysiotherapie en oefentherapie*. Huisarts en Wetenschap, jrg. 45, nr. 4, p. 165.
- Joachimsthal, J. (2005). *Toekomst*. NVH informatiebulletin, nr. 66.
- Jochems, A.A.F. & Joosten, F.W.M.G. (2000). *Zakwoordenboek der Geneeskunde*. Arnhem: uitgeverij Elsevier/Koninklijke PBNA, 26^e druk.
- Kok, G. (1992). *Gezondheidsvoorlichting*. Muiderberg: Coutinho.
- Langworthy, J.M. & Birkelid, J. (2001). *General practice and chiropractic in Norway: How well do they communicate and what do GPs want to know?* In: Journal in Manipulative and Psychological Therapeutics, 24 (9), p. 576-581.
- Lelieveld, W. Verkaik, E. & Vister-Scheerder, E. (2003). *Afstudeerscriptie: Hoe (on)bekend is huidtherapie?* Utrecht.
- Leeuwis, C. (1993). *Of computers, myths and modelling: The social construction of diversity, knowledge, information and communication technologies in Dutch horticulture and agricultural extension*. Wageningen Studies in Sociology, nr. 36, Wageningen Agricultural University, Wageningen.
- Lundgren, R. & McMakin, A. (1998). *Risk Communication. A handbook for Communicating Environmental, Safety and Health Risks*. Battelle Press, Columbus, Ohio, 2e druk.
- Martijn, C. & Koelen, M. (1999). 'Persuasieve communicatie'. In: Woerkum, C. van & P. van Meegeren (1999). *Basisboek communicatie en verandering*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- McGuire, W.J. (1985). Attitudes and attitude change. In: G. Lindzey & E. Aronson (Eds.). *The handbook of social psychology*, New York, Random House, volume 2, p. 233 - 346.
- Meertens, R.W. & Grumbkow, J. von (red.) (1988). *Sociale psychologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Nederlof-Schneider, M. Morreau-van Deurse, H. & Borstlap, R. (2004). *Afstudeerscriptie: Met huidtherapie de boer op. Een onderzoek naar de bekendheid van huidtherapie, haar behandelmogelijkheden en de behoefte aan informatie hierover*. Utrecht.

Perloff, R. (2001). *Persuading People to have Safer Sex. Applications of Social Science to the AIDS Crisis*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Petty, R.E. & Cacioppo, R.T. (1986). The Elaboration Likelyhood Model of persuasion. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, New York, Academic Express, volume 19, p 123–205.

Röling, N.G. & Engel, P.G.H. (1990). *IT from a knowledge systems perspective: Concepts and issues*. Knowledge in Society: The international journal of knowledge transfer, 3, p. 6-18.

Rijdt, T. van der, Lubbers, M.A.I. & Kolker, L. (1990). *Het verbeteren van de samenwerking*. In: Samenwerking Huisarts - Fysiotherapeut. Stichting Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg [Report on Improvement of Communication, Steering Group]. Utrecht, Stichting O&O.

Te Molder, H. (1995). *Discourse of dilemmas: an analysis of government communicators' talk*. Doctoral dissertation, Wageningen Agricultural University, Wageningen.

Ven, J. van der (2003). *Fysiotherapeuten vinden verwijsbriefjes niet meer nodig: spilfunctie van huisartsen op de tocht*. Huisarts in Nederland, jrg. 14, nr. 2, p. 8-11.

Woerkom, C. van & Meegeren, P. van (1999). *Basisboek communicatie en verandering*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Gebruikte websites:

<http://www.geocities.com/Athens/Olympus/8368/comm.html>

www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/download_object.asp?atoom=27687&VolgNr=69
(auteur: Rodenburg, 2004)

http://www.hartstichting.nl/Uploads/Brochures/mID_5641_cID_4622_NIGZ%20Patienten.pdf (auteurs Pos & Bouwens, 2003)

http://www.huisartsenmontferland.nl/hagro_nieuws.htm

http://www.lei.nl/publicaties/PDF/2001/6_xxx/6_01_10.pdf (auteurs Folbert, Gaasbeek & Van der Kroon, 2001)

<http://www.onderzoeksinformatie.nl/nl/oi/nod/onderzoek/OND1273310/>
(auteurs: Cardol & Van den Ende, 2004)

http://www.nivel.nl/pdf/ns2_r0_h03.pdf

<http://thalia.nivel.nl/adlib/scripts/wwwopac.exe> (auteur: Hendriks, 2000)

<http://www.wur.nl/oraties/Leeuwis-240403.doc> (auteur Leeuwis, 2003)

<http://www.fx3.nl/fx3/images/VH/communicatie.gif>