

# Een proefonderzoek naar de verwijsgewoonten van een groep huisartsen

DOOR DR. R. A. DE MELKER, HUISARTS TE LENT\*

Een verschuiving van intra- naar extramurale zorg is niet langer slechts een wens, maar heeft door de recente maatregelen van de staatssecretaris van Volksgezondheid vastere vorm aangenomen. Uit onder andere eigen onderzoek (*De Melker*) is gebleken, dat een gericht verwijs- en opnamebeleid tot een kwantitatief en kwalitatief belangrijke verandering van het patiëntenbestand van het ziekenhuis kan leiden. Het blijkt met name voor de huisarts mogelijk en toch verantwoord tot lagere verwijs- en daardoor ook lagere opnamecijfers van zijn patiënten te komen, door in ruimere mate van bestaande diagnostische faciliteiten gebruik te maken (*Huygen en De Melker*).

Analyse van verwijzingscijfers (*Ruhe, Van Es en Pijlman, en Raupp*) leert ons het volgende:

1. de meeste huisartsen hebben min of meer constante verwijsgewoonten; per huisarts is er een grote mate van overeenkomst tussen de verwijsperscentages naar verschillende basisspecialismen;
2. de praktijkervaring en de praktijkgrootte hebben geen aantoonbare invloed op deze gewoonten;
3. de urbanisatiegraad speelt wel bij het verwijzen een rol (lage verwijsperscentages op het platteland, tegenover hogere in geurbaniseerde streken).

*Bremer* betoogt dat de mentaliteit van de huisarts het verwijsperscentage bepaalt. *Huygen en De Melker* menen dat naast het gebruikmaken van eigen diagnostische hulpmiddelen, een goede psychosociale diagnostiek en vooral het kunnen leven met onzekerheden, van belang is. *Lamberts* schrijft de lagere verwijs- en opnamecijfers in het gezondheidscentrum Ommoord toe aan een be-

wuster functioneren van de huisartsen. Opvallend is zijn conclusie, dat dit niet aan groepspraktijken of gezondheidscentra is gekoppeld, maar aan de toegankelijkheid voor kritiek. Eigen onderzoek maakt ook aannemelijk, dat niet de vorm van samenwerking essentieel is, als wel de toegankelijkheid tot zelfkritiek en onderlinge toetsing.

Bij het verwijzen spelen subjectieve factoren mede een rol. Idealiter moet verwijzing meer op objectieve gronden berusten. Onderlinge toetsing zal mogelijk door het opstellen van „objectieve” criteria worden vergemakkelijkt. *Burkens* noemt drie redenen, die „normalisatie” in de geneeskunde noodzakelijk maken:

1. een betere verdeling van het ter beschikking stellen van de geneeskunde;
2. controle op de kosten;
3. controle op de medische kwaliteit.

In het kader van de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde zou er een vierde argument aan moeten worden toegevoegd, namelijk:

4. het onderwijs, omdat kennis en attitudes dan beter zouden kunnen worden overgedragen.

Deze normalisering roept uiteraard weerstanden op. Het gaat er echter niet om, dat iedereen een dergelijke standaardprocedure zou moeten volgen, maar wel om een min of meer objectief criterium te hebben, waaraan men eigen handelen (in dit geval het al of niet verwijzen), kan toetsen. Indien men afwijkt op grond van een of ander subjectief criterium, bijvoorbeeld onzekerheid of irritatie, dient men zich er ten minste van bewust te zijn. Wil men ten aanzien van het verwijzen tot dergelijke regels komen, dan zal het noodzakelijk zijn de gecompliceerde verwijsprocedure ongecompliceerder te maken. Dit kan gebeuren door aan een groep huis-

---

**Samenvatting.** In dit artikel wordt een proef-onderzoek naar de verwijsgewoonten van een groep huisartsen beschreven naar aanleiding van een zestal praktijkvoorbeelden. Deze verwijsgewoonten ten aanzien van alledaagse problemen blijken sterk uiteen te lopen. Enerzijds is sprake van teveel, anderzijds van te weinig diagnostiek, met name wat betreft het gebruikmaken van röntgen- en laboratoriumfaciliteiten en het onderkennen van psychosociale problematiek.

Ook bij dit onderzoek blijken de verwijsgewoonten niet samen te hangen met praktijkgrootte en -ervaring. Wel blijkt dat van de apotheekhoudende huisartsen en van degenen, die wel aandacht aan psychosociale problematiek schenken, een groter aantal minder vaak patiënten naar orgaanspecialisten verwijst. Opvallend is dat het besteden van aandacht aan psychosociale aspecten van de gepresenteerde klachten niet samenhangt met het hebben gevolgd van een training in medische psychologie, wel met het lidmaatschap van het N.H.G.

Gepleit wordt voor een optimale, op de alledaagse praktijk afgestemde training in de onderkenning van psychosociale problematiek en het opstellen van een aantal „standaardprocedures” ten aanzien van het verwijzen in de huisartspraktijk.

---

artsen situaties voor te leggen die in de huisartspraktijk veelvuldig voorkomen — vergelijk bijvoorbeeld de Breedenburg cursussen — waardoor inventarisatie, vergelijking en toetsing mogelijk is; tevens kan een poging worden ondernomen tot een meer gestandaardiseerde procedure te maken.

## DOELSTELLING VAN HET ONDERZOEK

De doelstelling van dit proefonderzoek zou als volgt kunnen worden omschreven: na te gaan hoe huisartsen bij een bepaalde probleemstelling uit de dagelijkse praktijk handelen, met name in die situaties waarbij een

\* Wetenschappelijk hoofd-medewerker Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, directeur Prof. Dr. F. J. A. Huygen.

verwijzing eventueel in aanmerking komt.

Als nadere vraagstellingen zou men kunnen formuleren:

1. Zijn er bij deze concrete problemen grote onderlinge verschillen tussen huisartsen?
2. Zo ja, waarmee hangen deze samen (bijvoorbeeld de urbanisatiegraad, het al of niet gebruik maken van laboratoriumhulp, het al of niet gevolgd hebben van een medisch psychologische training enzovoort).
3. Is het in principe mogelijk tot een algemeen aanvaardbare verwijzprocedure ten aanzien van een aantal concrete praktijkproblemen te komen?

#### UITVOERING EN BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

Het onderzoek werd uitgevoerd door aan ongeveer honderd huisartsen, die een nascholingscursus volgden, zes voorbeelden uit de praktijk voor te leggen. Hun werd verzocht spontaan en in het kort hun handelwijze aan te geven. Het betreft hier slechts een proefonderzoek. De groep huisartsen was geselecteerd; de vragen waren zeer beperkt. De wijze van enquêteren door middel van open vraagstellingen heeft naast een aantal nadelen — moeilijke codering, geen objectieve meting — het voordeel, dat een bepaalde handelwijze door de onderzoeker niet wordt gesuggereerd.

De zes bij dit onderzoek gebruikte voorbeelden van patiënten zijn de volgende:

1. Een gehuwde vrouw van 51 jaren met vijf kinderen, frequent bezoeker van het spreekuur van de huisarts, onder andere voor lichte hypertensie, hoofdpijnlachten en rugklachten, komt voor de derde keer op het spreekuur in verband met klachten over de menstruatie: zij is nu sinds twee weken ongesteld en verliest zeer veel bloed. Bij onderzoek blijkt een portioerosie en een ongeveer sinaasappel groot myoom te bestaan; het hemoglobinegehalte bedraagt 60 procent.

2. Een veertigjarige nerveuze kantoorbediende komt voor de derde

keer op het spreekuur met klachten over pijn boven in de buik, die hij al ongeveer zes weken heeft en die gepaard gaat met misselijkheid, veel zuurbranden en opboeren; de pijn verergert na het eten. Over de defaecatie zijn geen bijzonderheden. Bij onderzoek wordt drukpijn in het epigastrium gevonden.

3. Bij een 60-jarige man met adipositas, lichte hypertensie (185/100 mmHg), wordt bij routine-onderzoek een positieve reductie in de urine gevonden: vier porties viermaal positief.

4. Een 72-jarige vrouw met varices komt op het spreekuur met een groot ulcus cruris (tien maal drie cm).

5. Een 30-jarige man komt op het spreekuur met het verzoek om een verwijskaart voor de chirurg. Hij blijkt de vorige dag op eigen initiatief naar de Eerste Hulp van ziekenhuis A te zijn geweest in verband met een forse contusie linker middenhand en schaaftwonden in het gezicht en aan de onderarm. Hij heeft een briefje bij zich van de dienstdoende chirurg met genoemde inlichtingen en een verzoek om een verwijskaart; revisie met vijf dagen.

6. Een moeder komt met haar enig zoontje van vijf jaar op het spreekuur. Het kind klaagt gedurende enige maanden over buikpijn, eet slecht, is al drie keer met dezelfde klachten geweest; de gegeven therapie heeft niets geholpen (onder andere julapium). „Er moet iets gebeuren, het kind kronkelt van de pijn; vroeger was hij altijd zo goed en nou dit: u weet kennelijk niet wat het is dokter?“. Bij onderzoek worden aan keel, oren, longen en buik geen bijzonderheden gevonden; in de urine wordt geen eiwit, reductie of urobiline gevonden, terwijl het sediment schoon is. De bezinkingssnelheid van de rode bloedlichaampjes bedraagt 2 mm in het eerste uur; het hemoglobinegehalte is 75 procent.

De antwoorden van de deelnemende huisartsen met betrekking tot de zes bovengenoemde voorbeelden van patiënten, werden als volgt gerubriceerd:

1. geen verwijzing;
2. primair naar een specialist verwezen;
3. secundair naar een specialist verwezen, dat wil zeggen er werd pas in tweede instantie eventueel tot verwijzing overgegaan;
4. primair naar laboratorium of röntgenafdeling verwezen;
5. idem, maar met een secundaire verwijzing naar een specialist;
6. secundaire verwijzing naar laboratorium of röntgenafdeling.

Bovendien werd bij twee patiënten (2 en 6) geregistreerd of de huisarts ook aandacht aan eventuele psychosociale aspecten zou hebben besteed, bijvoorbeeld het voeren van een gesprek enzovoort. Per deelnemer werd het aantal verwijzingen berekend, zowel naar specialist als naar laboratorium en röntgenafdeling. Hierbij werd patiënt 5, gezien de enigszins andere probleemstelling, buiten beschouwing gelaten.

Naast deze zes voorbeelden van patiënten werden geregistreerd:

- het aantal vestigingsjaren.
- praktijkgrootte.
- lidmaatschap N.H.G.
- apotheekhoudend zijn of niet.
- het al of niet hebben gevolgd van een medischpsychologische training.
- het subjectieve oordeel over eigen verwijs- en opnamepercentage.

#### RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

In het totaal bleken 98 huisartsen het formulier te hebben ingevuld. Uit *tabel 1* blijkt de samenstelling van deze groep huisartsen.

Vergelijking met landelijke gegevens (*De Melker*) leert ons dat er een oververtegenwoordiging van apotheekhoudende huisartsen en van N.H.G.-leden is. Van de respondenten gaf 28 procent op aan een medisch-psychologische training te hebben meegedaan; 21 procent meende dat hun verwijs- en opnamepercentage als laag kon worden aangemerkt.

In *tabel 2* is de handelwijze ten

Tabel 1. De verdeling van de groep huisartsen, naar het aantal vestigingsjaren, praktijkgrootte, het al of niet apotheekhoudend zijn en het al of niet lid zijn van het N.H.G., uitgedrukt in procenten.

Aantal vestigingsjaren		Praktijkgrootte	
0 tot en met 4 jaar	24.5	kleiner dan 2000 zielen	8.2
5 tot en met 19 jaar	51.0	2000 tot en met 3499	58.2
20 jaar of langer	23.5	3500 of meer zielen	27.6
onbekend	1.0	onbekend	6.1
<b>Totaal</b>	<b>100.0</b>	<b>Totaal</b>	<b>100.1</b>
Apotheekhoudend		N.H.G.-lid	
wel apotheekhoudend	50.0	wel lid	67.3
niet apotheekhoudend	48.0	geen lid	30.6
onbekend	2.0	onbekend	2.0
<b>Totaal</b>	<b>100.0</b>	<b>Totaal</b>	<b>99.9</b>

Tabel 2. Overzicht van de verwijfsprocedure ten aanzien van de voorbeelden van de patiënten 1, 2, 3, 4 en 6 uitgedrukt in procenten.

Patiënt	1	2	3	4	6
Niet verwezen	1.0	29.6	39.8	75.5	57.1
Primair naar specialist verwezen	82.7	2.0	16.3	12.2	25.5
Secundair naar specialist verwezen	11.2	6.1	9.2	10.2	16.3
Primair naar laboratorium of röntgenafdeling verwezen	2.0	45.9	21.4	0.0	0.0
Idem met secundaire verwijfsprocedure naar specialist	1.0	0.0	5.1	0.0	0.0
Secundair naar laboratorium of röntgenafdeling verwezen	1.0	16.3	8.2	0.0	1.0
Onduidelijk	1.0	0.0	0.0	2.0	0.0
<b>Totaal</b>	<b>99.9</b>	<b>99.9</b>	<b>100.0</b>	<b>99.9</b>	<b>99.9</b>

Tabel 2a. Overzicht ten aanzien van de verwijfsprocedure bij patiënt 5, in procenten.

Geen verwijskaart afgegeven	15.3
Wel verwijskaart afgegeven met „toespraak“	34.7
Wel verwijskaart afgegeven, zelf nabehandeling	14.3
Wel verwijskaart afgegeven, zonder commentaar	32.7
Onduidelijk	3.1
<b>Totaal</b>	<b>100.1</b>

aanzien van vijf voorbeelden van patiënten weergegeven. In tabel 2a is het beleid ten aanzien van patiënt 5 afzonderlijk gegeven, gezien de enigszins afwijkende problematiek.

Patiënt 1 werd door de grote meerderheid, hetzij primair, hetzij secundair naar een specialist verwezen, voornamelijk wegens het gevaar

voor het bestaan van een uterus-carcinoom. Op goede gronden lijkt hier een grote mate van overeenstemming tussen de verschillende respondenten te bestaan.

Voorgestelde procedure: een alternatief zou een chemische curettage met een progestativum kunnen zijn, eventueel gevolgd door een verwijfsprocedure, indien de bloeding niet zou stoppen; regelmatige controle is dan zeker gewenst. Tenslotte zou bovendien een portio-uitstrijk kunnen worden gemaakt.

Patiënt 2. Ongeveer de helft van de respondenten zou primair een röntgenfoto van de maag willen laten maken, zestien procent doet dit secundair, bijvoorbeeld na het mislukken van een rust-dieetkuur. Slechts een enkeling zou de patiënt naar een internist willen verwijzen.

Het instellen van een rustkuur zonder voorafgaand röntgenonderzoek lijkt echter, gezien de grote consequenties hiervan, bijvoorbeeld ziekteverzuim, ongewenst. Tenslotte bleek dat negentien procent van de huisartsen ook aandacht voor de eventuele psychosociale aspecten van deze casus aan de dag legden.

Voorgestelde procedure: mijns inziens lijkt het primair maken van een röntgenfoto gewenst, gezien het feit dat de patiënt al enige malen het spreekuur heeft bezocht. Secundaire verwijfsprocedure zou nodig kunnen zijn bijvoorbeeld bij verdenking van een maagcarcinoom, bij recidiverende ulcera enzovoort.

Patiënt 3. Van de huisartsen zou 40 procent deze patiënt zelf in behandeling hebben genomen, zonder verder laboratoriumonderzoek, zoals het laten verrichten van een glucosetolerantietest). Eenvijfde zou dit wel hebben gedaan en de behandeling daarna op zich hebben genomen. Zestien procent zou de patiënt naar een specialist (internist) hebben verwezen.

Voorgestelde procedure: gezien de leeftijd van de patiënt lijkt instelling en behandeling in principe door de huisarts te kunnen geschieden, nadat hij een glucosetolerantietest en nierfunctie bepalingen (eventueel ook cholesterol-triglyceriden) zou hebben laten uitvoeren. Secundaire verwijfsprocedure zou in aanmerking kunnen komen, bijvoorbeeld indien regulering door middel van dieet en orale anti-diabetische middelen niet zou lukken.

Patiënt 4. De grote meerderheid van de respondenten bleek de behandeling zelf ter hand te willen nemen. Het is begrijpelijk dat een aantal wel secundair de patiënt verwijft, bijvoorbeeld in verband met een flebologisch onderzoek.

Voorgestelde procedure conform de in het voorgaande beschreven benadering.

Patiënt 5. Bij de codering werd onderscheid gemaakt tussen die huisartsen die weliswaar een verwijskaart

zouden verstrekken, maar die de patiënt en de behandelend specialist op de onjuiste gang van zaken attent zouden willen maken. Bij eenderde van de huisartsen was dit het geval. Veertien procent gaf aan zelf de nabehandeling te willen verrichten; een derde zou zonder meer een verwijskaart willen afgeven. Mijns inziens is het echter onjuist de financiële consequenties van een in principe onjuiste gang van zaken, namelijk het op eigen initiatief bezoeken van een ziekenhuis, zonder meer op het ziekenfonds af te wentelen; veel ziekenhuizen beschouwen deze hulpverlening als service. Uiteraard hangt een beoordeling van deze gang van zaken mede af van de plaatselijke situatie, bijvoorbeeld wanneer een ongeval plaatsvindt in een gemeente die te ver van de woonplaats van de huisarts is verwijderd om hem te kunnen raadplegen.

Voorgestelde procedure: volgens de aanwijzingen van de ziekenfondsen dient een huisarts alleen dan een verwijskaart te verstrekken, indien hij dit ook zou hebben gedaan als de patiënt hem wel zou hebben geconsulteerd.

Patiënt 6. Eenkwart van de huisartsen acht de hulp van een kinderarts geïndiceerd, zestien procent zou deze hulp in tweede instantie willen invoeren; 56 procent van de huisartsen gaf aan dat in deze casus ook aandacht aan psychosociale aspecten dient te worden besteed; bijvoorbeeld door middel van het voeren van een gesprek, het leggen van contacten met de kleuterschool enzovoort. Deze patiënt zou men kunnen typeren als „child as presenting symptom”, dat wil zeggen dat eventuele gezinsproblematiek via dit kind naar voren wordt gebracht. Uiteraard sluit dit geenszins een somatisch lijden uit, wel lijkt dit, gezien de presentatie, in dit geval niet op de voorgrond te staan.

Voorgestelde procedure: ingaan op eventuele achterliggende gezinsproblematiek door middel van een gesprek met de moeder, eventueel de

beide ouders, kleuterleidsters enzovoort, daarnaast voortzetting van het somatisch onderzoek, bijvoorbeeld uitbreiding van het onderzoek van bloed, faeces enzovoort.

Wanneer wij, patiënt 5 buiten beschouwing latend, het aantal verwijzingen naar specialisten respectievelijk laboratorium of röntgenafdeling berekenen, ontstaat het beeld als in *tabel 3* is weergegeven. Hierbij is men van de primaire verwijzingen uitgegaan daar het ons om het beleid in eerste instantie is te doen. Er kunnen immers altijd indicaties voor een secundaire verwijzing ontstaan, bijvoorbeeld bij het falen van een therapie en dergelijke.

#### SAMENHANG TUSSEN VERWIJSPROCEDURE EN EEN AANTAL FACTOREN

Bij nadere analyse bleek dat er geen samenhang kon worden aangetoond tussen het al of niet primair verwijzen van de verschillende patiënten en een aantal factoren namelijk: vestigingsjaren, praktijkgrootte, apotheekhoudend zijn, lid zijn van het N.H.G., aandacht voor psychosociale problematiek en het hebben gevolgd van een medisch-psychologische training. Hierop bestonden twee uitzonderingen (*tabel 4a en 4b*).

Uit deze tabellen zou men kunnen aflezen dat de huisartsen met grotere praktijken patiënt 4 (ulcus cruris) vaker primair zouden willen verwijzen. Op het eerste gezicht zou men geneigd zijn dit door tijdgebrek te verklaren. Patiënt 6 zou door huis-

artsen met meer ervaring, dat wil zeggen een langere vestigingsduur minder vaak worden verwezen. Als verklaring zou men kunnen geven dat ervaring nodig is door de gepresenteerde klacht heen te zien en eventuele gezinsproblematiek te vermoeden. Wat betreft het aantal verwijzingen bleek er geen samenhang te bestaan met de praktijkgrootte, het aantal vestigingsjaren, het N.H.G.-lidmaatschap, het hebben gevolgd van een medisch-psychologische training en het subjectieve verwijspercentage.

Uit *tabel 5* blijkt dat er wel een samenhang bestaat tussen het aantal verwijzingen naar een specialist en het al of niet apotheekhoudend zijn respectievelijk het al of niet aandacht besteden aan psychosociale problemen.

Apotheekhoudende huisartsen bleken vaker een lage verwijscore te hebben dan niet apotheekhoudende, namelijk 69 tegen 49 procent. Huisartsen die geen aandacht aan psychosociale problemen hadden besteed, bleken minder vaak een lage verwijscore te hebben dan degenen, die dit wel deden, namelijk 37 tegen 77 procent. Tenslotte bleek er een samenhang aantoonbaar tussen het besteden van aandacht aan psychosociale problemen en het N.H.G.-lidmaatschap. Leden van het N.H.G. bleken vaker aandacht aan deze aspecten van gezondheidsstoornis te besteden dan niet leden, namelijk 65 tegen 43 procent (*tabel 6*).

Het was opvallend dat geen samenhang kon worden aangetoond tussen het al of niet besteden van aandacht aan psychosociale proble-

*Tabel 3. Primaire verwijzingen patiënten 1, 2, 3, 4 en 6 naar een specialist, respectievelijk een laboratorium of röntgenafdeling, uitgedrukt in procenten.*

Verwijzingen naar specialist		Verwijzingen naar laboratorium of röntgenafdeling	
0 patiënten	10.2	0 patiënten	38.8
1 patiënten	50.0	1 patiënten	48.0
2 patiënten	31.6	2 patiënten	13.3
3 patiënten	7.1		
4 patiënten	1.0		
Totaal	99.9	Totaal	100.1

Tabel 4a. Samenhang tussen verwijfs-procedure voor patiënt 4 en praktijk-grootte van de verschillende huisartsen.

Praktijk-grootte	Niet primair verwezen naar specialist, uitgedrukt in procenten	Wel primair verwezen naar specialist uitgedrukt in procenten	n=92
Kleiner dan 2000 zielen	100	—	8
2000-3500 zielen . . . . .	91	9	57
3500 zielen of meer . . . . .	74	26	27
Totaal . . . . .	80	12	92

$\chi^2=6,07$  df=2 P<5%

Tabel 4b. Samenhang tussen verwijfs-procedure voor patiënt 6 en het aantal vestigingsjaren van de verschillende huisartsen.

Aantal vestigingsjaren	Niet primair verwezen naar specialist, uitgedrukt in procenten	Wel primair verwezen naar specialist, uitgedrukt in procenten	n=97
0-4 jaar . . . . .	54	46	24
5 t/m 19 jaar . . . . .	78	22	50
20 jaar of meer . . . . .	87	13	23
Totaal . . . . .	72	25	97

$\chi^2=7,37$  df=2 P<5%

men en het al of niet hebben gevolgd van een medischpsychologische training. Al deze gegevens dienen met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd; gezien de kleine aantallen moet ondanks de gevonden significantie rekening, worden gehouden met toevallige bevindingen. Gezien het karakter van dit onderzoek, waarbij het slechts gaat om de richting van verder onderzoek aan te geven, lijkt dit bezwaar niet onoverkomelijk.

BESCHOUWING

Het is opvallend dat huisartsen wat betreft een aantal zeer alledaagse problemen in de praktijk een dusdanig uiteenlopend verwijfspatroon aan de dag leggen. Patiënt 1 maakt overigens hierop een uitzondering. Deze verschillen bestaan zowel ten aanzien van het verwijzen naar een specialist

als naar een laboratorium en een röntgenafdeling. Bij meer ingewikkelde problematiek zal de divergentie vermoedelijk groter zijn.

Er zou kunnen worden gesteld dat er enerzijds sprake is van „over-diagnostiek” in de vorm van een aantal niet strikt noodzakelijke verwijzingen (bijvoorbeeld patiënt 2 en 3, 4 en 6), anderzijds van een „onder-diagnostiek”, in die zin dat sommige patiënten voor een ziekte werden behandeld, die niet adequaat was gediagnostiseerd, bijvoorbeeld patiënt 2 en 3. Het is merkwaardig dat slechts ruim tien procent van de huisartsen bij twee patiënten de hulp van het laboratorium of de röntgenafdeling zou inroepen, terwijl dit toch zeer voor de hand lag. Dit lijkt de opvatting (Huygen en De Melker) te bevestigen, dat juist door gebruik te maken van diagnostische hulpmiddelen een aantal niet noodzakelijke

Tabel 5. Samenhang van het aantal verwijzingen naar een specialist met het al of niet besteden van aandacht aan psychosociale problemen respectievelijk al of niet apotheehoudend zijn.

Aandacht psychosociale problematiek	0-1 uitgedrukt in procenten	2 of meer uitgedrukt in procenten	n=98
Geen . . . . .	37	63	41
Wel . . . . .	77	23	57
Totaal . . . . .	59	39	98

$\chi^2=16,41$  df=1 P<1/10%

Apotheehoudend	0-1 uitgedrukt in procenten	2 of meer uitgedrukt in procenten	n=96
Ja . . . . .	69	31	49
Neen . . . . .	49	51	47
Totaal . . . . .	57	39	96

$\chi^2= 4,16$  df=1 P<5%

Tabel 6. Samenhang tussen het al of niet besteden van aandacht aan psychosociale problemen en het N.H.G.-lidmaatschap.

N.H.G.-lidmaatschap	geen uitgedrukt in procenten	wel uitgedrukt in procenten	n=96
Wel lid . . . . .	35	65	66
Geen lid . . . . .	57	43	30
n . . . . .	40	56	96

$\chi^2= 4,04$  df=1 P<5%

verwijzingen kan worden voorkomen. Voorts is het opvallend dat 44 procent van de huisartsen geen aandacht aan de psychosociale aspecten van patiënt 6 had besteed, en 80 procent dit niet deed bij patiënt 4. Patiënt 6 werd door een vierde van de huisartsen naar een kinderarts verwezen, blijkens de antwoorden soms uit onzekerheid of onder druk van de moeder.

Wat betreft de gevonden samenhang tussen een aantal factoren en

het verwijfspatroon, moeten de nodige reserves in acht worden genomen. Een aantal bevindingen is in overeenstemming met de literatuurgegevens. Zo is er zeer weinig samenhang tussen het verwijzen en de praktijk-grootte, het aantal vestigingsjaren en het N.H.G.-lidmaatschap. De samenhang tussen het verwijzen en het al of niet apotheekhoudend zijn was te verwachten: huisartsen van het platteland blijken immers bij alle onderzoeken lagere verwijspersentages te hebben. Verder bleek de aandacht voor psychosociale problemen met een lager verwijspersentage samen te gaan; ook dit sluit aan bij de opvatting van Huygen en De Melker.

Mede gezien hetgeen hiervoor is beschreven is het aannemelijk dat gebrek aan inzicht in psychosociale problemen tot een groter aantal verwijzingen kan leiden (patiënt 6). Zeer interessant is het feit dat geen samenhang werd gevonden tussen het besteden van aandacht aan psychosociale problemen en het hebben gevolgd van een training in medische psychologie. Het signaleren van psychosociale problemen hangt wellicht meer samen met de instelling en de belangstelling van de huisarts ten aanzien van zijn functie als eerste lijns geneeskundige. Het feit dat wel een samenhang tussen deze signalering en het N.H.G.-lidmaatschap kon worden aangetoond, zou hiervoor kunnen pleiten.

Vanuit het oogpunt van toekomstig onderwijs en nascholing kan worden geconstateerd dat de huidige training in medische psychologie kennelijk niet optimaal is en meer op de dagelijkse praktijk zal moeten worden afgestemd (De Melker).

## CONCLUSIE

Ten aanzien van de eerste vraagstelling:

1. Huisartsen blijken met betrekking tot een aantal alledaagse problemen in de praktijk een uiteenlopend verwijfspatroon te vertonen dat niet door objectieve criteria is te verklaren.
2. Er is zowel sprake van teveel dia-

gnostiek als te weinig (te weinig gebruik maken van de röntgen- en laboratoriumfaciliteiten, te weinig aandacht voor psychosociale aspecten).

3. Een eerder door ons vermelde opvatting lijkt door dit proefonderzoek te worden bevestigd: Een aantal verwijzingen vindt plaats door te weinig gebruik te maken van de röntgen- en laboratoriumfaciliteiten, bijvoorbeeld patiënt 2 en 3, door gebrek aan aandacht voor psychosociale problemen (patiënt 6, en zie de samenhang tussen het aantal verwijzingen en de aandacht voor psychosociale problemen), terwijl ook onzekerheid soms tot verwijzing aanleiding geeft (patiënt 6).

Ten aanzien van de tweede vraagstelling:

4. Verwijsgewoonten hangen wel samen met urbanisatiegraad en attitude van de arts, niet met de praktijkgrootte en de ervaring.

5. De medischpsychologische training, zoals deze thans geschiedt, lijkt inadequaat te zijn, althans niet voldoende tot een betere onderkenning van psychosociale problemen bij te dragen.

Ten aanzien van vraagstelling 3:

6. Het opstellen van een standaard-procedure voor het verwijzen lijkt in een aantal gevallen mogelijk, al zal nader onderzoek nodig zijn deze op bruikbaarheid te toetsen.

Wij menen dat nader onderzoek vanuit de gezichtspunten van dit proefonderzoek mogelijk en noodzakelijk is. Dit kan niet alleen tot beter inzicht in de verwijsgewoonten van de huisartsen leiden, maar ook tot het opstellen van meer objectieve criteria ten aanzien van het verwijzen. Voor het onderwijs in de huisarts-geneeskunde lijkt een nadere bezinning op het effect van medisch-psychologische training, zoals deze tot nu toe geschiedt, noodzakelijk.

*Summary. A pilot study of the referral habits of a group of general practitioners. This article describes a pilot study of the referral habits of a group of general practitioners with reference to six examples from actual practice. These*

*referral habits concerning everyday problems prove to be very disparate. Diagnosis is overemphasized on the one hand, but on the other hand not given sufficient attention in particular in terms of utilization of radiological and laboratory facilities and identification of psychosocial problems.*

*This study confirmed that referral habits are unrelated to size of and experience in practice. It was found, however, that of the dispensing practitioners and those who paid attention to psychosocial problems, a larger number were less quick to refer patients to organ specialists. A striking finding was that the attention paid to psychosocial aspects of presenting-symptoms is unrelated to having had training in this respect (medical psychology), but is related to membership of the Netherlands Society of General Practitioners.*

*A plea is made for optimal, practice-oriented training in the identification of psychosocial problems and for the formulation of a number of „standard operating procedures“ for referral in general practice.*

Bremer, G. J. Het verwijzen in de huisartspraktijk. Van Gorcum, Assen, 1964.

Burkens, J. C. J. (1973) Medisch Contact 28, 1393.

Es, J. C. van en H. R. Pijlman (1970) huisarts en wetenschap 13, 433.

Huygen, F. J. A. en R. A. de Melker (1973) Medisch Contact 28, 1299.

Lamberts, H. (1974) huisarts en wetenschap 17, 56.

Melker, R. A. de. Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1973.

Melker, R. A. de. (1973) huisarts en wetenschap 16, 314.

Raupp, J. L. M. Over werkwijzen van huisartsen. Academisch proefschrift, Nijmegen 1971.

Ruhe, H. A. M. (1967) huisarts en wetenschap 10, 281.