

Verwijzen of niet?

Kijken naar interdokter-verschillen als methode van toetsing

E. M. TER BRAAK EN DR. G. TH. VAN DER WERF*

De aanleiding tot dit onderzoek werd gevormd door de sterke verschillen in verwijsgedrag tussen de vier huisartsen van een groepspraktijk. Om enige greep op de oorzaken van deze verschillen te krijgen, namen de auteurs, onafhankelijk van elkaar, bij zeventien patiënten een beslissing over de vraag of de patiënt al dan niet verwezen zou moeten worden. Aan de hand van deze casuïstiek worden de gevonden verschillen geanalyseerd, en wordt besproken welke overwegingen en omstandigheden een rol spelen bij de beslissing om wel of niet te verwijzen. Tenslotte wordt ingegaan op de intercollegiale toetsingsaspecten van deze vorm van consultatie.

Inleiding

In de loop van het vorig jaar zonden de ziekenfondsen aan de huisartsen in onze regio een overzicht van hun verwijscijfers. Deze bleken voor de vier huisartsen in onze groepspraktijk nogal uiteen te lopen, en dat intrigeerde ons: de vier huisartsen in onze groepspraktijk werken vanuit hetzelfde praktijkadres en op dezelfde afstand van het ziekenhuis. Globaal genomen wordt naar dezelfde specialisten verwezen. Alle vier zijn wij part-time werkzaam als huisarts en wij nemen derhalve geregeld voor elkaar waar. Alleen daardoor is er al geregeld overleg over patiënten. En dan toch dergelijke verschillen in verwijscijfers?

We vroegen het ziekenfonds om een uitsplitsing van de verwijscijfers per specialisme en probeerden deze te begripen door ze naast enkele gegevens over de samenstelling van de vier praktijken te leggen.¹ Variabelen als de tijdsinvestering per arts in de praktijk, de praktijkgrootte, het percentage ziekenfondspatiënten en de gemiddelde leeftijd van de praktijkpopulatie, gaven echter geen afdoende verklaring. Evenmin kwam het percentage patiënten ouder dan 65 of jonger dan 15 jaar of het percentage vrouwen eenduidig overeen

met de verwijscijfers voor interne geneeskunde, kindergeneeskunde of gynaecologie. Kortom: we konden de verschillen in verwijscijfers van de ziekenfondspopulatie onvoldoende verklaren uit de verschillen in praktijksamenstelling.

Tot eenzelfde conclusie waren de acht huisartsen van de groepspraktijk Ommoord al in 1979 gekomen. Zij bekeken hun verwijscijfers van 1972 tot 1979, niet alleen van de ziekenfondspopulatie, maar ook van hun particuliere patiënten. Er bestonden niet alleen grote verschillen tussen de acht huisartsen onderling, maar er was ook een grote individuele variatie in de tijd.

Achteraf is geprobeerd deze individuele verschillen te verklaren vanuit de persoonlijke omstandigheden van de dokters, zoals groei of juist afname van de praktijkgrootte, stress-situaties in werk of gezin, en dergelijke. Zo lukte het de individuele variatie in de tijd voor een deel inzichtelijk te maken. „Maar bestaat daartussen nu werkelijk een causaal verband?” vroegen Rop e.a. zich af. „Tussen de verschillende artsen blijft een grotendeels onverklaarbare interdoktervariatie bestaan. Acht huisartsen die onder identieke omstandigheden werken in dezelfde wijk, met dezelfde diagnostische en therapeutische mogelijkheden binnen handbereik, en op gelijke afstand van ziekenhuizen en dergelijke, vertonen onderling variaties in verwijsgedrag. *Desondanks is bijna*

iedereen tevreden over zijn verwijsniveau en bijna niemand neemt zich voor verandering in gedrag aan te brengen”² (cursivering van ons).

Ook de vier huisartsen van onze groepspraktijk zagen niet veel redenen om ontevreden te zijn over hun verwijscijfers: wij hebben toch consciëntieus ons werk gedaan?

De door ons uitgevoerde analyse van de verwijscijfers in relatie tot de praktijksamenstelling nodigde ons niet uit ons verwijsgedrag te veranderen. Een betere methode om het verwijsgedrag te beïnvloeden leek ons een analyse van het verwijsp proces op microniveau, meekijken over de schouder van de huisarts naar wat er precies gebeurt bij de verwijzing. We stelden ons daarbij de volgende drie vragen:

- Welke argumenten en welke overwegingen spelen een rol bij een verwijzing?
- Hoe worden die argumenten en overwegingen door de beschikbare kennis, de beheerste vaardigheden en door de houding van de huisarts bepaald?
- Kan onderlinge consultatie het verwijsgedrag veranderen?

Methode

Twee huisartsen uit de groepspraktijk, de auteurs van dit verslag (hierna te noemen A en B) besloten een consultatieproject te starten. We deden het volgende: we vroegen patiënten die tijdens het spreekuur door een van ons beiden werden verwezen, of bij wie we overwoegen te verwijzen, „het consult over te doen” bij de ander. Zo zag A als tweede beoordelaar de patiënten van B en omgekeerd.

We vroegen de patiënt met precies dezelfde vraag of hetzelfde probleem de tweede beoordelaar te bezoeken en te doen alsof het consult bij de eerste beoordelaar niet had plaatsgevonden. We vroegen de patiënt expliciet geen informatie te verstrekken aan de tweede beoordelaar over wat er tijdens het eerste consult was gebeurd. We gaven wel de patiëntenkaart mee, doch slechts ingevuld tot op het moment van het consult in kwestie. De tweede beoordelaar maakte van het patiëntenbezoek een volledig afgerond consult, compleet met afspraken.

De patiënt wist dat achteraf overlegd zou worden tussen de beide artsen en dat gemaakte afspraken met de eerste beoordelaar hierdoor gewijzigd konden worden. De uiteindelijke beslissing werd genomen in overleg tussen de pa-

* Beide auteurs zijn huisarts in de groepspraktijk Antonius Deusinglaan van de afdeling Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Groningen.

tiënt en de eigen huisarts (dus de eerste beoordelaar).

De patiënten konden in de regel nog dezelfde dag bij de tweede beoordelaar terecht; in een enkel geval gebeurde dat de volgende dag.

Alleen patiënten bij wie de eerste beoordelaar een verwijzing had overwogen of tot verwijzing had besloten, werden in het project betrokken. Bovendien vroegen we voor ons project alleen spreekuurpatiënten. Dat is uiteraard van invloed op de in dit verslag gepresenteerde problematiek. Van de patiënten die wij hun medewerking vroegen weigerde niemand; sommige patiënten gaven zelfs spontaan te kennen dat het hun een erg leuk en nuttig project leek, zowel voor hen als voor ons.

Resultaten

In totaal werden zeventien patiënten bij het project betrokken: zes patiënten van A en elf patiënten van B. In verband met deze kleine aantallen wordt verder niet vermeld of A of B de eerste beoordelaar was.

We zullen de zeventien patiënten in twee paragrafen de revue laten passeren:

- patiënten die verwezen werden;
 - patiënten die niet verwezen werden.
- Tenslotte wijden we nog enkele opmerkingen aan de betrouwbaarheid van het lichamelijk onderzoek.

Patiënten die verwezen werden

• *Gebrek aan vaardigheid.* Zes patiënten werden door beide huisartsen verwezen wegens het ontbreken van de vereiste vaardigheid:

1. Een vrouw met een hamerteen, die ondanks alle schoeiseladviezen klachten bleef geven.
2. Een vrouw met een lelijk fibromateus vormsel in de oorlel, dat was ontstaan nadat een dergelijk vormsel door de huisarts met de thermocauter was verwijderd.
3. Een man met een chalazion.
4. Een man die wazig en dubbel zag en een jaar of vier geleden was bestraald wegens een carcinoma in de naso-pharynx. Bij deze man viel bovendien een carcinoma basocellulare op de wang op. Een en ander resulteerde bij de eerste en de tweede beoordelaar in twee verwijzingen.
5. Een oudere dame met bloedverlies per anum en onderzoeksbevindingen die een maligniteit deden vermoeden.
6. Lukas, een jongen van 6 jaar met een langdurige verkoudheid en wisselend

oorpijn, met gehoorverlies waardoor hij achter raakte op school.

• *Gebrek aan kennis.* Beide artsen besloten tweemaal tot verwijzing omdat zij de kennis misten om het probleem te beoordelen.

7. *Mevrouw Fellingier* was rond de 50 jaar en had al bijna een jaar lang 3-4 cm grote erythemateuze schilferende plekken op de onderbenen. Op 10% ac. salicylicum in vaseline en op cremor triamcinolon FNA trad geen verbetering op; op zeker moment vond de huisarts het KOH-preparaat dubieus positief, maar een behandeling met Daktarin®-crème bracht geen baat. Wat was dit nu? We wisten het geen van beiden en verwezen. De dermatoloog sprak van een lichen ruber en gaf tretinoïne en triamcinolon in combinatie. De uitslag is er nog steeds.

8. *Mevrouw Querijn*, een dame van 78 jaar, was onzeker op de benen, ongetwijfeld multifactorieel bepaald. Ze kon de krant niet meer zo goed lezen. Ook botste ze af en toe tegen glasdeuren van winkels op. Maar de kastanjes aan de overkant van de straat zag ze nog heel goed. Staar als belangrijkste factor dachten we allebei en we vroegen de oogarts of hij van oordeel was dat een kunstlens geïndiceerd was.

We waren zo tevreden dat we een „hoofdoorzaak” voor de klacht hadden gevonden, dat we vergaten te vragen wat patiënte er zelf van vond. Maar toen de verwijzing tot stand was gebracht, zei ze: „Ik laat me toch niet opereren, dokter”. Bovendien vond de oogarts de visusvermindering onvoldoende om tot operatie te adviseren.

Achteraf bleken deze twee verwijzingen overbodig: bij patiënt 7 had de specialist in feite geen betere therapeutische mogelijkheden dan de huisarts. Patiënt 8 wilde de door ons voorgestelde therapie niet. Door beide artsen was er blijkbaar onvoldoende ingegaan op wat patiënt zelf wilde.

Tabel. *Het eerste en het tweede oordeel.*

Beoordelaar 1	Beoordelaar 2	
	Verwijst	Verwijst niet
Verwijst (n=10)	8	2
Overweegt verwijzing, maar verwijst niet (n=7)	1	6

• *Morele steun.* In twee gevallen was de eerste beoordelaar van oordeel dat er verwezen moest worden, terwijl de tweede beoordelaar meende dat het wel zonder kon.

9. *De heer Galemans*, 25 jaar oud, had al enkele maanden „krampen in de buik”. Hij had een ulcus duodeni in de anamnese en ooit had een dokter gezegd dat er sprake was van een niersteentje. Een half jaar geleden was daarvan op een IVP niets te zien geweest. Met zijn ouders had hij enige maanden tevoren gebroken; dat gaf ongetwijfeld grote spanningen, maar dat een verband zou bestaan tussen buikkramp en de spanning, ontkende hij ten stelligste, hij wou alleen maar van zijn buikkrampen af. De huisarts besloot ten einde raad te verwijzen naar de internist. De tweede beoordelaar stelde patiënt een programma voor van nog eens helemaal opnieuw beginnen met anamnese, lichamelijk onderzoek, bloedonderzoek, een maagfoto, een nierfoto misschien.

Patiënt werd conform de afspraak met zijn eigen huisarts naar de internist verwezen en deze begon nog eens helemaal opnieuw met anamnese, lichamelijk onderzoek, bloedonderzoek, maagfoto en nierfoto. „Bij deze a-typische klachten, zonder röntgenologische afwijkingen op de maagfoto, acht ik gastroscopie niet geïndiceerd”, schreef de internist. Hij gaf als enig advies het roken te staken. Hij sprak geen revisie af. „Bij persisterende klachten wil ik patiënt graag terug zien”.

10. *Bert Eimers*, 23 jaar oud, was bang dat hij syfilis en keelgonorroe had. Al maanden lang had hij last van zijn keel en die zag ook rood. Bij onderzoek zag de huisarts niets meer dan die rode keel. De man was een nieuwe patiënt. „Bij de vorige huisarts ben ik weggelopen, omdat hij me niet wou verwijzen”, zei hij en derhalve verwees de eerste beoordelaar, hoewel hij een gonorroe vrijwel uitgesloten achtte. De tweede beoordelaar vertelde Bert eveneens dat er hoogstwaarschijnlijk geen sprake was van gonorroe en stelde voor om alleen luesreacties te laten prikken op het huisartsenlaboratorium.

Over de gonorroe was Bert door het gelijkkluidend oordeel van twee dokters gerustgesteld: hij wilde niet meer naar de specialist.

De verwijzingsgrond van de eerste beoordelaar was niet zozeer dat hij het niet zou weten, maar dat de patiënt geloofde dat iemand anders dan de eigen huisarts het probleem beter kon beoordelen.

Een tweede beoordeling door een andere huisarts was in dit geval voldoende om van verwijzing af te zien (achteraf gezien was de geruststelling van deze patiënt beter gefundeerd geweest wanneer er ook nog een keelwat genomen was).

Bij patiënt 9 gaven zowel de tweede beoordelaar als de specialist (de internist) de eigen huisarts morele steun.

Patiënten die niet verwezen werden.

Zesmaal waren beide beoordelaars het eens dat er niet verwezen hoefde te worden:

11. Mevrouw Mooiman vroeg haar huisarts of deze kon onderzoeken of ze allergisch was voor katten. Omdat het goedkoper was dan een verwijzing naar de allergoloog, en omdat zo het oordeel in één hand bleef, besloot de eerste beoordelaar patiënte naar een laboratorium te sturen voor allergisch onderzoek. De tweede beoordelaar adviseerde patiënte de poes vier weken uit huis te doen om te zien of het daar beter van werd. Er werd allergisch onderzoek gedaan en patiënte bleek niet alleen voor katten, maar ook voor honden- en mensenharen, huisstof en pollen overgevoelig te zijn. Een voorspelling of uithuisplaatsing van de kat de allergische klachten zou doen verdwijnen, was derhalve niet te geven: the proof of the pudding is in the eating. Het slotadvies luidde derhalve: de poes vier weken uit logeren om te zien of het daar beter van zou worden.

12. Een jonge vrouw met hypertensie werd na beide beoordelingen volgens de richtlijnen van het NHI onderzocht en behandeld door de eigen huisarts.

13. Bij een patiënte met een huiduitslag die misschien op vlooiënbeten beruiste, werd ondanks de heftige jeuk, afgewacht.

14. Eveneens werd bij een patiënte met heftige buikkrampen afgewacht.

15/16. Twee patiënten met „functionele” ovariumcysten werden door de eigen huisarts onder controle gehouden.

Eenmaal vond de eerste beoordelaar verwijzing niet nodig, maar de tweede wel. Deze patiënt werd niet verwezen: **17.** De heer Duut is 59 jaar. Hij rookt en heeft regelmatig bronchitis. Tijdens het zwemmen kreeg hij een acute haemoptoë en werd hij benauwd: niet zo erg als 5 jaar geleden toen hij in Spanje hetzelfde had gehad, en bewusteloos uit het water was gehaald, maar toch... Tussen vijf jaar geleden en deze maal had hij het nooit meer gehad. De huisarts zag hem de volgende dag:

toen was hij niet meer benauwd, hij had geen bloed meer opgegeven en bij fysisch onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. De temperatuur was normaal. Het meest voor de hand lag „een gesprongen adertje”. De eerste beoordelaar dacht ook nog aan een longembolie, maar gezien de klinische toestand werd besloten niet te verwijzen. Er werd een thoraxfoto afgesproken om een eventueel longcarcinoom uit te sluiten en de patiënt kreeg doxycycline voor een bronchitis die post aut propter aanwezig zou kunnen zijn.

De tweede beoordelaar vond bij onderzoek evenmin afwijkingen en ook hij achtte een bloedinkje het meest waarschijnlijk, maar deze stelde patiënt een verwijzing voor om ernstige aandoeningen als longcarcinoom of tuberculose uit te sluiten; zij het geen acute verwijzing, omdat de tweede beoordelaar niet aan een longembolie dacht...

Patiënt werd niet verwezen. De thoraxfoto was zonder afwijkingen, evenals de controlefoto twee weken later, maar de radioloog adviseerde de huisarts, gezien de anamnese, toch maar te verwijzen.

De patiënten 11 tot en met 16 waren ingebracht in het project omdat de eerste beoordelaar verwijzing had overwogen, maar had besloten dit niet te doen. Er was sprake van een niet-zekere diagnose, de uitgebreidheid van het vervolgonderzoek was discutabel, er werd getwijfeld aan de eigen therapeutische mogelijkheden of het te verwachten rendement van een specialistische therapie. Een wikken en wegen dus aan de kant van de eerste beoordelaar, waarbij het feit dat de tweede beoordelaar uiteindelijk dezelfde keuze maakte, duidelijk als morele steun werd gevoeld. Wellicht was in een aantal gevallen zonder deze morele steun toch tot een verwijzing besloten. Mogelijk heeft in geval van patiënt 17 de eerste beoordelaar een te groot risico genomen.

Naar aanleiding van deze patiënten gingen wij dieper in op onze wijze van omgaan met risico's en daarbij stuitte wij op het volgende verschil tussen ons: A is over het algemeen meer geneigd om risico's te nemen dan B; A heeft eveneens lagere verwijscijfers dan arts B. De gesprekken hierover maakten ons veel duidelijk over de persoonlijke factoren die we, voor een gedeelte onbewust, laten meespelen bij de afweging van het te lopen risico, versus het te verwachten rendement voor de patiënt bij al of niet verwijzen. Het was de aanzet voor het bewuster hanteren van

de afweging van de risico-profielverhouding bij de beslissing verwijzen of niet.

Betrouwbaarheid lichamenlijk onderzoek
Tijdens het project stuitte we op verschillende interpretaties van lichamenlijk onderzoek door eerste en tweede beoordelaar.

5. Mevrouw Reinders had rectaal bloedverlies. De eerste beoordelaar voelde rechts onderin de buik een weerstand en bij rectaal toucher mogelijk een tumor. De tweede beoordelaar voelde eveneens een weerstand rechts onderin de buik, maar bij rectaal toucher geen afwijkingen. De gastro-enterooloog voelde bij rectaal toucher een duidelijke tumor met een centrale krater, maar aan de buik voelde hij geen afwijkingen.

Mevrouw Reinders werd geopereerd, waarbij een mediane onderbuikslapartomie werd verricht. „Het eerste wat opvalt is dat zich rechts naast de incisie tegen de buikwand aan een grote tumor-massa bevindt”, vermeldt het operatieverslag. Er wordt ook op vele andere plaatsen in de buik tumorweefsel gezien. De patholoog-anatoom stelde de diagnose op een maligne ovariële Brenner-tumor.

6. Bij Lukas, 6 jaar, interpreteerde de eerste beoordelaar het trommelvliesbeeld als glue ear; de tweede beoordelaar noemde het een ingetrokken trommelvlies.

15. Mevrouw Contini had wat vaginale afscheiding en ze vroeg zich af of het van haar IUD kon komen. Bij vaginaal toucher viel het de eerste beoordelaar op dat er een aanduiding van slingerpijn was en dat de rechter adnex verdikt en pijnlijk was. De temperatuur was 37.2°C. De huisarts besloot een dag af te wachten, onder controle van de temperatuur en in de tussentijd de BSE te bepalen. De temperatuur bleef normaal, de BSE was 4 mm. Een dag later was het vaginaal toucher minder pijnlijk, maar nu was er een cyste te voelen. Op die tweede dag werd patiënte ook gezien door de tweede beoordelaar. Deze sprak van een gevoelige adnex tijdens ovulatie, maar niet van een verdikt adnex.

Deze patiënten maakten ons begrijpelijkerwijs onzeker over ons vermogen goed te onderzoeken. Wie van ons beheerste nu het vaginaal toucher onvoldoende, of het buikonderzoek, of de otoscopie?

In de literatuur is vrij gemakkelijk materiaal te vinden om dit gevoel van onzekerheid te relativiseren, bijvoorbeeld het onderzoek van *Moertel and*

Hanley, die bollen van verschillende grootte met een laag schuimplastic bedekten. De onderzoekers lieten verschillende ervaren artsen de grootte vaststellen en na enige weken nog eens, met de vraag of de bol die zij nu voelden, meer dan 25 procent kleiner was dan de bol die zij de vorige maal hadden gevoeld. In een kwart van de gevallen werd de vraag bevestigend beantwoord op grond van meetfouten! En als zij dezelfde vraag stelden om uit te maken of het verschil meer dan 50 procent bedroeg, bleek die vraag nog steeds in 7 procent bevestigend beantwoord te worden, louter en alleen op grond van meetfouten!³

Dat neemt niet weg dat wij doorgaans onze beslissingen voor een niet onaanzienlijk deel baseren op de uitkomsten van ons lichamenlijk onderzoek!

Beschouwing

Wij noemden dit project voor onszelf een toetsingsproject. Maar is het dat wel?

Over toetsing wordt de laatste jaren veel geschreven. *Huisarts en Wetenschap* wijdde er enige jaren geleden een heel nummer aan.⁴ *Kolthoff-Tan* hanteert de volgende omschrijving: „Toetsen is het vergelijken van de werkelijkheid met expliciete normen op zodanige wijze dat de werkelijkheid (meer) in overeenstemming met de norm gebracht kan worden”.⁵ Met spijt constateert zij dat veel activiteiten de naam „toetsing” dragen, maar niet voldoen aan deze omschrijving. De begripsverwarring rond wat men onder toetsing wenst te verstaan, zou volgens haar zelfs het ontwikkelen van verantwoorde toetsing in de huisartsgeneeskunde in de weg staan.

Ook ons project is in deze zin niet als toetsing te beschouwen, maar er vallen wel enkele bezwaren tegen de omschrijving van *Kolthoff-Tan* in te brengen. In de eerste plaats levert de term „expliciete normen” grote en fundamentele problemen op. Er bestaan weinig expli-

ciete en (nog?) geen uniforme normen in de huisartsgeneeskunde. Moeten we daarom maar wachten met toetsen? Er wordt wel hard gewerkt aan de omschrijving en de normering van de taak van de huisarts, maar het is nog niet zeker of de uitkomsten van deze arbeid zullen leiden tot een hanteerbaar instrument voor toetsing.

Ten tweede is het motief voor toetsing de hoop dat toetsing tot zodanige gedragsveranderingen zal leiden, dat de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg wordt verbeterd. Toetsing kan dit effect echter alleen dan hebben als de feitelijk gehanteerde normen, die tot dan toe onbewust het gedrag bepaald hebben, boven tafel komen; gebeurt dat niet, dan ontbreekt de motivatie om tot veranderingen te komen. Daarom leidt het onderling vergelijken van verwijscijfers, zoals die door de ziekenfondsen worden verstrekt – althans in onze ervaring – niet tot enige gedragsverandering; dergelijke cijfers blijken bij huisartsen niet te leiden tot de herkenning van de motieven die het gedrag bepaald hebben.

Daarom prefereren wij de volgende omschrijving van toetsing:

- analyse van het huisartsgeneeskundig handelen, met expliciteren van de feitelijk gehanteerde (tot dan toe gedeeltelijk impliciete) normen;
- evalueren van het geneeskundige handelen en de feitelijk gehanteerde normen;
- bijstellen van het huisartsgeneeskundig handelen en het formuleren van nieuwe normen.⁶

Zo gezien is het in dit artikel beschreven project de eerste fase van een toetsingsproject.

Conclusies

• Door na te gaan welke argumenten en overwegingen een rol spelen bij een verwijzing, werden wij ons bewust van lacunes in onze kennis – lacunes die kunnen leiden tot het ten onrechte achterwege laten van een verwijzing, maar ook tot ten onrechte verwijzen. We

werden ons ook bewust van de moeilijkheden van het lichamenlijk onderzoek: regelmatig vergelijken van elkaars bevindingen bij lichamenlijk onderzoek is noodzakelijk om alert te blijven op de moeilijkheden bij de interpretatie ervan.

• Het project heeft ons ermee geconfronteerd dat de houding van de arts ten aanzien van het te nemen risico een (belangrijke) factor is ter verklaring van de hoogte van het verwijscijfer: A is meer geneigd risico's te nemen en heeft lagere verwijscijfers dan B, die meer op zekerheid speelt. Een dieper ingaan op de persoonlijke achtergronden van deze houding ten aanzien van het nemen van risico's kan ons inziens voorkomen dat onverantwoord risico wordt genomen, én dat te veel „op safe spelen” leidt tot onnodige medicalisering.

• In die gevallen waarin verwezen wordt om aldus morele steun te verkrijgen, geeft het project aanwijzingen dat onderlinge consultatie in de vorm van een verwijzing naar een collega-huisarts een goede vervanging voor verwijzing naar de tweede lijn kan zijn. Het project geeft eveneens aanwijzingen in de richting dat onderlinge consultatie het verwijsgedrag kan beïnvloeden.

¹ Talsma J. De groepspraktijk doorgelicht [intern rapport]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, 1984.

² Rop HJ, Lamberts H, Weel C van. Huisarts en verwijsgedrag. *Huisarts en Wetenschap* 1979; 22: 306-12.

³ Moertel ChG, Hanley JA. The effect of measuring error on the results of therapeutic trials in advanced cancer. *Cancer* 1976; 38: 388.

⁴ Toetsing in de huisartsgeneeskunde [themanummer]. *Huisarts en Wetenschap* 1980; 23(4).

⁵ Kolthoff-Tan L. Toetsing en toetsingsonderzoek in de huisartsgeneeskunde – een nadere begripsbepaling. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25: 234-6, 246.

⁶ Reerink E. Oordeelsvorming door de medicus: de rol van kwaliteitsbevordering. *Tijd Soc Geneesk* 1980; 58: 204-7.