

Effecten van onderlinge toetsing

2. Voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen

R. GROL, H. MOKKINK, J. VAN DEURSEN EN A. TEUNISSEN*

In dit tweede artikel komt de vraag aan de orde, in hoeverre het toetsingsprogramma van het NUHI van invloed is geweest op het voorschrijf- en verwijsgedrag van de deelnemers. Daarvoor is gebruik gemaakt van gegevens van het ziekenfonds BAZ. Het programma bleek vooral het specifieke voorschrijfgedrag van de deelnemers te hebben beïnvloed. Veel minder duidelijk was de invloed op het gerichte voorschrijven, terwijl in het verwijsgedrag geen noemenswaardige veranderingen optraden. Ondanks deze geringe effecten, was het oordeel van de deelnemers overwegend zeer positief.

Inleiding

Er bestaan grote verschillen tussen huisartsen op het gebied van verwijzen en voorschrijven.² Deze verschillen worden maar ten dele verklaard door allerlei structurele variabelen en verschillen in morbiditeit in de praktijk; ze hebben waarschijnlijk evenveel – of nog meer – te maken met verschillen in attitude tussen huisartsen, en met allerlei diagnostische en therapeutische routines die men zich eigen heeft gemaakt.³⁻¹¹ Uit de literatuur blijkt voorts dat onderlinge toetsing een positief effect kan hebben op het voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen.¹²⁻¹⁴

In ons eerste artikel hebben wij onderzocht welke effecten deelname aan het toetsingsprogramma van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut heeft gehad op het handelen van een aantal huisartsen in de spreekkamer.¹ In dit tweede artikel komt de vraag aan de orde, in hoeverre deze onderlinge toetsing van invloed is geweest op hun voorschrijf- en verwijsgedrag.

Methoden

Proefpersonen en controlegroep

Ook voor dit deel van het onderzoek zijn de proefpersonen gerecruteerd uit de 57 deelnemers aan de eerste zes toetsingsgroepen. Als criteria golden: men moest praktiseren binnen de regio van het ziekenfonds BAZ, men moest

300 of meer ziekenfondsverzekerden op naam hebben en de prescriptie- en verwijscijfers over de periode 1980-1983 moesten volledig aanwezig zijn.

De controlegroep bestond uit de overige bij het ziekenfonds aangesloten huisartsen.

De samenstelling van de experimentele groep en de controlegroep is weergegeven in *tabel 1*.

Het toetsingsprogramma

De globale opzet van het toetsingsprogramma van het NUHI is beschreven in het vorige artikel (pagina 99). Tijdens de maandelijkse sessies is ook aandacht besteed aan het voorschrijven en verwijzen door de deelnemers, meestal impliciet, soms expliciet. In het algemeen werd nagestreefd dat de huisartsen bewuster zouden stilstaan bij hun praktijk-routines en daarin waar nodig correcties zouden aanbrengen.

Meting van het voorschrijfgedrag

Het voorschrijfgedrag is geoperationaliseerd via het gemiddeld aantal afleveringen per jaar per ziekenfondsverzekerde.⁹ Wij hebben daarbij in het bijzonder gekeken naar het voorschrijven van twee typen geneesmiddelen:

- Middelen met een duidelijk omschreven indicatiegebied, zoals bloeddrukverlagende middelen, diuretica, bloedsuikerverlagende middelen, angina pectoris-middelen, cardiaca en vaatverwijders. De mate waarin deze middelen worden voorgeschreven, is te beschouwen als een indicatie voor een *gericht* voorschrijfgedrag.
- Middelen die een breder indicatiegebied bestrijken en/of waarvan de toepassing soms discutabel is, zoals bijvoorbeeld analgetica, antibiotica, anti-histaminica, anti-reumatica, corticoste-

* De eerste twee auteurs zijn verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut; J. van Deursen en A. Teunissen namen deel aan het onderzoek in het kader van een keuzevakschrijving.

Het eerste artikel over dit onderzoek verscheen in *Huisarts en Wetenschap* 1986; 29: 99-103, 124.¹

** Uit informatie op maandbasis blijkt dat het aantal voorschriften en afleveringen in de maanden voorafgaand aan de maatregelen (september 1982, december 1982 en januari 1983) toenam met ongeveer 50 procent.

roïden, hoestdempers, tranquillizers en slaapmiddelen. De mate waarin deze middelen worden voorgeschreven, is te beschouwen als een indicatie voor *aspecifiek* voorschrijfgedrag.

De keuze van deze twee typen geneesmiddelen is gebaseerd op een onderzoek van *Mokkink*: factoranalyse op de voorschrijfcijfers van een tweetal ziekenfondsen vanaf 1972 leverde de hier gehanteerde twee dimensies in het voorschrijfgedrag op.⁹ Het voorschrijven van het eerste soort middelen bleek duidelijk samen te hangen met de leef-tijdopbouw van de praktijkpopulatie. Het voorschrijven van het tweede soort middelen zou vooral samenhangen met persoonlijke factoren van de huisarts, als de geneigdheid tot voorschrijven en tot handelend optreden.¹¹ Juist bij dit soort middelen zou onderlinge toetsing kunnen resulteren in een daling van het aantal voorschriften.^{6 12-14}

Meting van het verwijsgedrag

Het verwijsgedrag is geoperationaliseerd naar het gemiddeld aantal verwij斯卡arten per 1000 ziekenfondsverzekerden per jaar over alle specialismen samen.

Storende variabelen

Het is denkbaar dat onze analyse verschillen oplevert, die niet zijn toe te schrijven aan deelname aan het toetsingsprogramma, maar aan factoren die zich hebben voorgedaan bij de experimentele groep en niet bij controlegroep (bijvoorbeeld een verandering in de praktijken van de deelnemers). Aangezien ons onderzoek een veldexperiment was, kon de invloed van allerlei storende variabelen vooraf moeilijk onder controle worden gebracht. Wel konden we *achteraf* controleren op mogelijk storende factoren. Dit is zoveel mogelijk gebeurd.

Bij voorbaat was duidelijk dat de voorschrijfcijfers een mogelijk storende variabele zouden bevatten: de cijfers van de apotheekhoudende huisartsen hebben immers ook betrekking op de door medisch specialisten voorgeschreven geneesmiddelen, in tegenstelling tot de cijfers van de niet-apotheekhoudende huisartsen. De cijfers zijn daarom voor beide groepen apart gepresenteerd.

Analyse

Bestudeerd zijn in de eerste plaats de trends in de voorschrijf- en verwijscijfers voor de jaren 1980, 1981, 1982 en 1983. Daarnaast zijn de cijfers over de toetsingsperiode (1982+1983) vergele-

ken met de cijfers over de periode vóór de toetsing (1980+1981).

Vanaf 1984 zijn sommige huisartsen uit de controlegroep ook met onderlinge toetsing gestart. We hebben daarom de resultaten van na 1984 buiten beschouwing gelaten.

Resultaten

Voorschrijfgedrag

• In de onderzoeksperiode is in alle vier de subgroepen een daling in het totaal aantal afleveringen opgetreden; die daling was echter het sterkst bij de deelnemers aan het toetsingsprogramma (figuur 1, boven). Bij de twee controlegroepen treedt een piek op in 1982, die zich niet voordoet bij de deelnemers. Opvallend is voorts het forse verschil tussen de de twee niet-apotheekhoudende groepen: in de experimentele groep is gedurende de gehele onder-

zoeksperiode ruim één geneesmiddel per verzekerde per jaar meer voorgeschreven dan in de controlegroep.

• Wat betreft het specifieke voorschrijfgedrag zien we bij de niet-apotheekhoudende deelnemers in 1982 een daling, die zich voortzet in 1983. De controlegroep stijgt in 1982 en daalt in 1983, maar blijft boven het niveau van 1980 en 1981. Bij de apotheekhoudende huisartsen zien we in beide groepen een daling over de gehele periode (figuur 1, midden).

• Ten aanzien van het gerichte voorschrijfgedrag zien we bij alle groepen een stijging gedurende de gehele onderzoeksperiode (figuur 1, onder).

Bij de niet-apotheekhoudende huisartsen is er een significant verschil tussen de experimentele groep en de controlegroep ten aanzien van het specifieke voorschrijfgedrag. Gemiddeld

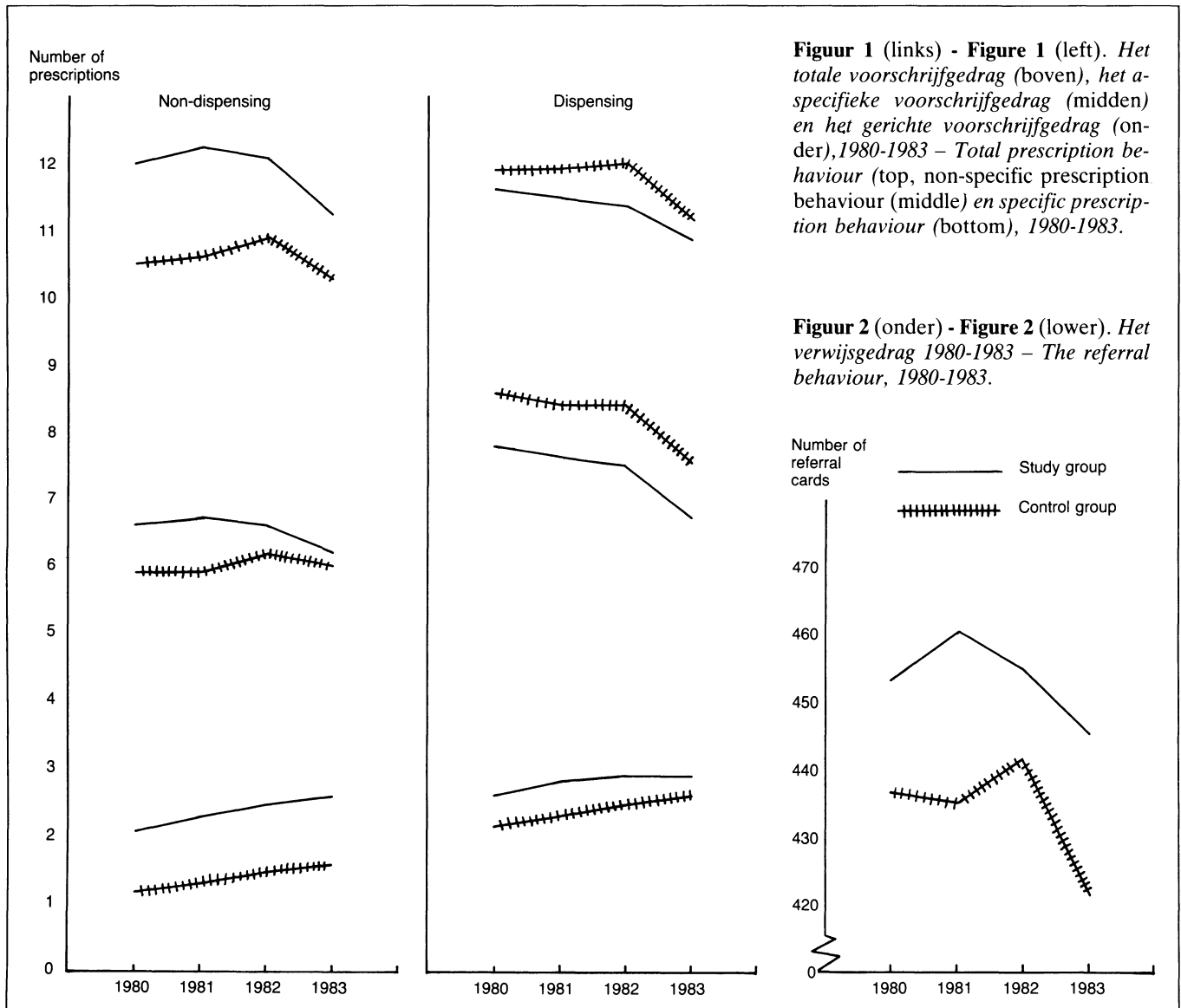
schreven de deelnemers in de toetsingsperiode ruim een halve aflevering per verzekerde *minder* voor dan in de voorafgaande twee jaar, terwijl de huisartsen uit de controlegroep in diezelfde tijd gemiddeld een halve aflevering per verzekerde *meer* zijn gaan voorschrijven (tabel 2). Op jaarbasis bedraagt het verschil tussen de deelnemers en de niet-deelnemers circa 8 procent van de betreffende voorschriften.

Een andere maat is het percentage huisartsen dat minder is gaan voorschrijven: bij de deelnemers was dat ruim 63 procent, bij de huisartsen uit de controlegroep 40 procent.

In de overige groepen zijn de verschillen niet significant.

Verwijsgedrag

Over het geheel gezien verwijzen deelnemers meer dan controlegroep (figuur 2). Bij de deelnemers is er ná 1981 een



daling, bij de controlegroep treedt – na een stijging – pas in 1983 een daling in. De verschillen tussen beide groepen zijn echter uiterst klein en niet significant (tabel 3). Op jaarbasis gaat het om niet meer dan circa 0,25 procent van alle verwijskaarten.

Een aparte analyse op de verwijscijfers naar chirurgie en interne geneeskunde gaf hetzelfde beeld te zien. De veronderstelde invloed van deelname aan toetsing op het verwijsgedrag wordt – tenminste binnen de gemeten periode – niet bevestigd door onze bevindingen.

Volledigheidshalve zij hieraan toegevoegd dat de kwartaalcijfers in grote lijnen hetzelfde beeld gaven als de gehanteerde jaarcijfers.

Storende variabelen

Uit tabel 4 blijkt dat er wel verschuiv-

gen zijn geweest in de praktijkgrootte en de gemiddelde leeftijd van de patiënten, maar deze verschuivingen zijn bij de experimentele groep en de controlegroep nagenoeg identiek verlopen. Dit betekent dat deze factoren geen selectieve invloed op de voorschrijf- en verwijscijfers van deelnemers en niet-deelnemers hebben uitgeoefend.

Ook in andere mogelijk storende factoren, zoals de afstand tot tweedelijns voorzieningen, is geen verandering gekomen. De iets hogere gemiddelde leeftijd en het hogere percentage vrouwen en bejaarden in de praktijken van de deelnemers vormen wellicht de oorzaak van de – absoluut gezien – iets hogere voorschrijf- en verwijscijfers in deze groep.

Beschouwing

Een probleem bij het gebruik van ziekenfondscijfers is, dat verschillen tussen huisartsen in deze cijfers niet zonder meer kunnen worden getoetst aan waarde-oordelen of normen als 'veel voorschrijven c.q. veel verwijzen is goed (of slecht)',⁶ concrete aanknopingspunten hiervoor ontbreken. Niettemin zijn er enkele vrij algemeen geaccepteerde wensen ten aanzien van het voorschrijven en verwijzen door huisartsen. Zo wordt van de huisarts verwacht dat hij zoveel mogelijk in eigen hand houdt, en voorkomt dat hij – uit onzekerheid of defensief handelen – te snel verwijst. En van bepaalde soorten medicijnen – tranquillizers, pijnstillers, antibiotica – bestaat de wens dat het voorschrijven ervan zo beperkt mo-

Tabel 1 – Table 1. De experimentele groep en de controlegroep – The study group and the control group.

	Study group	Control group	Total
<i>Prescription behaviour</i>			
– non-dispensing	19	45	64
– dispensing	9	11	20
– total	28	56	84
<i>Referral behaviour</i>			
– total	30	85	115

Tabel 3 – Table 3. Het verschil tussen het verwijsgedrag (aantal verwijskaarten per 1000 verzekerden) in 1980-1981 en het verwijsgedrag in 1982-1983 – The difference between prescription behaviour (number of patient referral cards per 1000 insured patients) in 1980-1981 and that in 1982-1983.

	Study group	Control group
Patient referral cards	–13	–10

Tabel 4 – Table 4. Kenmerken BAZ-verzekerden in de respectieve praktijkpopulaties in 1980 en 1983 – Characteristics of BAZ-insured patients in the respective practice population in 1980 and 1983.

	Study group		Control group	
	1980	1983	1980	1983
Mean number	969	940	1023	983
Mean age in years	33.8	34.8	32.6	34.0
Percentage of women	52.9	52.8	51.9	52.1
Percentage aged 65+ years	12.0	12.4	10.1	10.7

Tabel 2 – Table 2. Het verschil tussen het voorschrijfgedrag in 1980-1981 en het voorschrijfgedrag in 1982-1983 – The difference between prescription behaviour in 1980-1981 and that in 1982-1983.

	Study group	Control group
<i>Non-dispensing</i>		
– all prescriptions	– .81	+ .18
– non-specific prescription behaviour	– .54 ^a	+ .46 ^a
– specific prescription behaviour	+ .59	+ .52
<i>Dispensing</i>		
– all prescriptions	– .93	– .54
– non-specific prescription behaviour	–1.25	–1.10
– specific prescription behaviour	+ .16	+ .58

^a t-test $p \leq .05$.

Terminology

Total prescription behaviour: mean number of prescriptions per insured patient per year.

Non-specific prescription behaviour: mean number of prescriptions (per insured patient per year) concerning agents such as analgesics, antibiotics, antihistamines, antirheumatics, corticosteroids, antitussives, tranquillizers, soporifics, etc.

Specific prescription behaviour: mean number of prescriptions (per insured patient per year) concerning agents such as antihypertensives, diuretics, hypoglycaemics, angina pectoris agents, cardiac agents, vasodilators, etc.

Referral behaviour: mean number of patient referral cards issued per 1000 nationally insured patients per year.

gelijk blijft. Onze verwachting was dat onderlinge toetsing via ons toetsingsprogramma hieraan een bijdrage zou kunnen leveren.

Voorschrijfgedrag

De resultaten samenvattend kan men vaststellen dat deelname aan het toetsingsprogramma wel van invloed is geweest op het voorschrijfgedrag en niet op het verwijsgedrag. Met name bij de niet-apotheekhoudende deelnemers was er een afname van het specifieke voorschrijfgedrag, die significant afweek van de ontwikkeling in de controlegroep. Bij deze laatste groep was er bovendien een duidelijke piek in 1982, die waarschijnlijk is toe te schrijven aan hamstergedrag ten gevolge van de verschillende overheidsmaatregelen in die tijd jaar (de 1 oktober- en de 1 februari- of f 2,50-maatregel (zie ook de voetnoot** op pag. 141).¹⁵ Bij de deelnemers bleek een dergelijke piek niet aanwezig.

Met betrekking tot het gerichte voorschrijfgedrag was er zowel bij de deelnemers als bij de controlegroep een toename te zien. Dit voorschrijfgedrag hangt vooral samen met de aard van de gepresenteerde morbiditeit en is derhalve niet zo eenvoudig te beïnvloeden door onderlinge toetsing. Het is ook moeilijk aan te geven of een daling danwel juist een stijging in de voorschrijfcijfers duidt op meer adequaat handelen. Dit is pas mogelijk als de onderlinge toetsing gekoppeld wordt aan het voorschrijfgedrag bij specifieke aandoeningen.

Dat de invloed van deelname aan toetsing nu juist tot uiting komt in het minder voorschrijven van specifieke middelen, ligt enigszins voor de hand. Het voorschrijven van dit soort middelen blijkt niet samen te hangen met de gepresenteerde morbiditeit en de leeftijds- en geslachtsopbouw van de praktijk; het wordt vooral bepaald door de voorschrijf- en handelingsgeneigdheid van de individuele huisarts en is daardoor wellicht goed te beïnvloeden. Met andere woorden, er treedt verandering op waar verandering mogelijk is.

Er bestaat verder vrij grote overeenstemming over de richting waarin verandering van het voorschrijven van symptomatische medicatie gewenst is: dit soort voorschrijfgedrag dient zo beperkt mogelijk te blijven, omdat bij deze middelen het risico van somatische fixatie groot is. In ons project was preventie van somatische fixatie één van de achterliggende doelen en in dit licht bezien is de significante daling in de

Synopsis

Grol R, Mokkink H, Van Deursen J, Teunissen A. Effects of peer group auditing. 2. Prescription and referral behaviour of general practitioners. *Huisarts en Wetenschap* 1986; 29: 141-5, 152.

Introduction. This second article discusses the possible influence of the auditing programme of the Nijmegen University General Practice Institute on the prescription and referral behaviour of the participating general practitioners.

Methods. For this part of the study, too, the test persons were recruited from the participants in the first six audit groups. The accepted criteria were: one had to practice within the region of the BAZ sick fund, one had to have 300 or more sick fund patients on the list, and the complete prescription and referral figures over the period 1980-1983 had to be available. The control group consisted of the other general practitioners affiliated with the sick fund (table 1).

Prescription behaviour was operationalized on the basis of the mean annual number of prescriptions per sick fund patient, with special emphasis on the prescribing of drugs of two types:

- drugs with a clearly defined range of indications, such as antihypertensives, diuretics, antihyperglycaemics, angina pectoris agents, cardiac agents and vasodilators; the extent to which these drugs were prescribed can be regarded as an indication of specific prescription behaviour;
- drugs with a wider range of indications and/or of disputable application, such as analgesics, antibiotics, antihistamines, antirheumatics, corticosteroids, antitussives, tranquillizers and soporifics; the extent to which these drugs were prescribed can be regarded as an indication of non-specific prescription behaviour.

Referral behaviour was operationalized on the basis of the mean number of patient referral cards per 1000 sick fund patients per year for all specialisms together.

It was evident in advance that the prescription figures would encompass a possibly disturbing variable: the figures from the dispensing general practitioners also include drugs prescribed by medical specialists, whereas the figures from non-dispensing general practitioners do not. This is why the figures for these two groups are presented separately.

Results. During the study period each of the four subgroups showed a decrease in the total number of prescriptions, but this decrease was most participants in the audit programme (figure 1, top). In terms of non-specific prescription behaviour the non-dispensing participants showed a decrease in 1982 which continued in 1983. The control group showed an in-

crease in 1982 and a decrease (but not down to the level of 1981) in 1983. The two groups of dispensing general practitioners showed a decrease throughout the study period (figure 1, middle). In terms of specific prescription behaviour all groups showed an increase throughout the study period (figure 1, bottom).

The study group and the control group of non-dispensing general practitioners showed a significant difference in non-specific prescription behaviour (table 2): a decrease by some 63 percent in the study group versus a decrease by 40 percent in the control group. The annual difference amounted to about 8 percent of the prescriptions involved. The differences between the other groups were not significant.

As to prescription behaviour the differences between the two groups were extremely small and not significant (figure 2, table 3). The annual difference amounted to no more than about 0.25 percent of all patient referral cards.

Table 4 shows that changes occurred in practice size and in the mean age of the patients, but the course of these changes in the study group was virtually identical to that in the control group. This implies that these factors exerted no selective influence on the prescription and referral figures from participants and non-participants. Nor did any change occur in other possibly disturbing factors such as the distance from secondary health care facilities.

Discussion. A problem inherent to the use of sick fund figures is that interdoctor differences in these figures cannot simply be tested against value judgements or standards such as 'much prescribing or much referring is good (or bad)': there are no factual terms of reference. Nevertheless there are a few fairly generally accepted wishes concerning the prescription and referral behaviour of general practitioners. For instance, the general practitioner is expected to do as much as possible himself, and to avoid too great readiness to refer from uncertainty or in defensive action. It is likewise expected that prescription of certain drugs - tranquillizers, analgesics, antibiotics - is minimized. Our prediction was that a peer audit via our audit programme might contribute to this.

The findings seem to warrant the conclusion that participation in the audit programme did influence prescription behaviour but not referral behaviour.

Keywords: Family practice; Medical audit; Prescriptions; Professional behaviour; Referral and consultation.

Address of authors: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, St. Annastraat 284, 6525 HC Nijmegen, The Netherlands.

voorschrijfcijfers een verheugende bevinding.

De trends in het voorschrijven bleken ook bij de apotheekhoudende huisartsen aanwezig, zij het veel minder uitgesproken. Deze groep was echter klein en mogelijk speelde hier de door medische specialisten voorgeschreven medicatie een rol. Verder is het niet uitgesloten dat economische belangen van invloed zijn geweest op het feit dat er geen significante verschillen werden gevonden.

Verwijsgedrag

Deelname aan toetsing bleek – voor zover dat met deze ziekenfondscijfers was na te gaan – geen aanwijsbaar effect te hebben gehad op het aantal verwijzingen door de deelnemende huisartsen.

Een eerste verklaring hiervoor is dat bij het berekenen van de verwijscijfers de zogenaamde achteraf- en herhalingsverwijskaarten – wellicht ten onrechte – meegeteld zijn. De meningen lopen uiteen of de huisarts überhaupt wel enige invloed op dit soort kaarten kan uitoefenen.¹⁶⁻¹⁷ Verder is het de vraag hoe het effect van deelname aan toetsing zal zijn als men de cijfers over een langere periode bekijkt. Verwijscijfers van ziekenfondsen vormen een trage parameter voor veranderingen in verwijsroutines. Net als bij het gerichte voorschrijfgedrag is verder moeilijk in zijn algemeenheid te zeggen of minder of juist meer verwijzen adequaat handelen inhoudt. Onderlinge toetsing net aanzien van het verwijsgedrag zou derhalve meer gerichte aandacht moeten krijgen en gekoppeld moeten worden aan specifieke aandoeningen. Hierbij moet ook de relatie met de medisch specialist in ogenschouw worden genomen.¹⁸ Uit verschillende studies blijkt dat onderlinge toetsing van het verwijsgedrag dan een zinvolle en leerzame ervaring kan zijn.^{19,21}

Evaluatie

Als we tenslotte de resultaten van deze studie overzien, dan blijkt er sprake van verandering in de door ons beoogde richting wat betreft een aantal aspecten van het medisch en niet-medisch handelen en het voorschrijfgedrag.

De vraag is of deze resultaten de moeite en energie die door de verschillende betrokkenen zijn geïnvesteerd, waard zijn. Per groep werden door deelnemers en begeleiders 12-13 hele dagen uitgetrokken. De aan het programma verbonden kosten (PAOG-prijs) bedroegen circa f 3000,- per persoon. Een

antwoord op deze vraag moet men overigens ook zien in het licht van de vraag, in hoeverre men bij deelname aan intercollegiale toetsing eigenlijk veranderingen in het handelen mag verwachten.

Het is bekend dat artsengedrag stabiel is en dat kwaliteitsverbeterende activiteiten meestal slechts een beperkt effect hebben. Als er al sprake is van verandering, dan valt men vaak snel terug naar het oude niveau.²² Langdurige interventies die vooral de motivatie om te veranderen aangrijpen, zijn nodig.²³ Sanazaro, die 120 studies op het gebied van kwaliteitsverbetering analyseerde, concludeert dat allerlei onderwijs- en toetsingsactiviteiten meestal alleen de competentie (kennis en vaardigheden) vergroten, maar dat dit nog niets zegt over verandering in het daadwerkelijke gedrag. 'Before this change can occur in physician habitual practice the other links must be present: regular, timely, salient, individualised feedback on performance, compared with explicit standards, a professional environment conducive to the maintenance of high standards of performance and adequate resources in facilities and personnel.'²⁴

In ons project hebben we niet meer gedaan dan de eerste stap hiervan te zetten. We hebben een aantal voorwaarden (motivatie, vaardigheden) geschapen, opdat huisartsen aan daadwerkelijke kwaliteitsverbetering kunnen gaan werken. In dit licht bezien zijn de gevonden veranderingen voor ons een verheugende bevinding. Verder moet men de geïnvesteerde kosten en energie niet alleen afwegen tegen concrete gedragsveranderingen, maar ook rekening houden met slechter meetbare aspecten als tevredenheid of het gevoel bewuster te zijn gaan werken.²⁵ Ruim 90 procent van de deelnemers vond deelname (zeer) waardevol voor het werk als huisarts. Ruim 65 procent zei veel bewuster te zijn geworden van het eigen functioneren en de lacunes daarin. Ook op allerlei andere punten gaf veruit de meerderheid blij van enthousiasme over deelname. Deze gegevens zullen te zijner tijd elders worden gerapporteerd.

En tenslotte heeft het project een zeer belangrijke rol gespeeld binnen het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut: het is van belang geweest voor verder onderzoek, voor de scholing van stafleden, voor het ontwikkelen van een gemeenschappelijke taal en visie ten aanzien van het huisartsvak en voor de professionalisering van huisartsopleiders en huisartsgastheren. We heb-

ben 240 huisartsen gemotiveerd om lange tijd indringend en kritisch naar het vak te kijken. Ons inziens zijn opleiders en gastheren daarmee meer gekwalificeerd geworden voor hun opleidingstaak. We hebben met het project de basis gelegd voor een langdurige ontwikkeling op het gebied van kwaliteitsverbetering en dat was voor ons de energie en moeite waard.

- ¹ Grol R, Mokkink H, Schellevis F. Effecten van onderlinge toetsing. 1. Spreekuurgedrag van huisartsen. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 99-103, 124.
- ² Post D. Farmacotherapeutische overleggroepen. Noodzaak, functie, taak. Med Contact 1984; 39: 1125-7.
- ³ Van Es J, Pijlman H. Het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122 Nederlandse huisartspraktijken. Huisarts en Wetenschap 1970; 13: 433-59.
- ⁴ De Melker R. Over de invloed van de huisarts op het verwijzpercentage. Med Contact 1975; 30: 1145-6.
- ⁵ Rop H, Lamberts H, Van Weel C. Huisarts en verwijsgedrag. Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 306-12.
- ⁶ Lamberts H, Wolgast N. Huisarts en voorschrijfgedrag. Med Contact 1978; 33: 1167-75.
- ⁷ Dopheide J, Van der Zee J. Verwijscijfers en diagnostische faciliteiten voor huisartsen. Med Contact 1980; 35: 879-84.
- ⁸ Dopheide J. Verwijzingen door de huisarts. Gezondheid en samenleving 1982; 3: 141-51.
- ⁹ Mokkink H. Over het voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1983.
- ¹⁰ Grol R, Van Eijk J, Mokkink H, et al. Taakopvatting van de huisarts en zijn handelen in de spreekkamer. Gezondheid en Samenleving 1985; 6: 31-40.
- ¹¹ Haayer-Ruskamp F. Prescriptie in het gedrag. Groningen: Sociale Farmacologie, 1982.
- ¹² Klein L, Charace P, Johannes R. Effects of physician tutorials on prescribing patterns of graduate physicians. J Med Educ 1981; 56: 504-11.
- ¹³ Sheldon M. Medical audit in general practice [Occasional paper, 20]. London: Royal College of General Practitioners, 1980.
- ¹⁴ Rosser W. Using the perception-reality gap to alter prescribing patterns. J Med Educ 1983; 58: 728-32.
- ¹⁵ Post D. Wijzigingen in de prescriptie. Het effect van de oktober en februari maatregel. Med Contact 1984; 39: 433-9.
- ¹⁶ Lens P. De overschatte rol van de huisarts. Med Contact 1985; 40: 221-3.
- ¹⁷ De Melker R. De onderschatting van de rol van de huisarts. Med Contact 1985; 40: 585-8.