

Kritiek op huisartsen als zij verwijzen

Het oordeel van huisartsen en internisten

H.G.L.M. GRUNDMEIJER
H.C.P.M. VAN WEERT

Grundmeijer HGLM, Van Weert HCPM. Kritiek op huisartsen als zij verwijzen. Het oordeel van huisartsen en internisten. Huisarts Wet 1993; 36(13):445-50.

Samenvatting Huisartsen en internisten hebben verschillende opvattingen over hetgeen goed huisartsgeneeskundig handelen is. Om deze verschillen nader te exploreren is de ziektegeschiedenis van 159 patiënten, verwezen door 29 huisartsen naar een polikliniek interne geneeskunde, ter beoordeling voorgelegd aan een expertpanel van negen huisartsen en negen internisten. De panelleden onderzochten de gegevens van de huisartsen, de polikliniekstatus, en de verwijs- en de ontslagbrief, en beoordeelden op basis daarvan de kwaliteit van diagnostiek en therapie, en de noodzaak en het tijdstip van de verwijzing. In 25 procent van de beoordelingen werd de verwijzing onnodig geacht, in 25 procent van de beoordelingen was de patiënt te vroeg en in 6 procent van de beoordelingen te laat verwezen. In 8 procent van de beoordelingen was er sprake van een overbodige interventie en in 48 procent van de beoordelingen miste men een of meer diagnostische procedures. In 15 procent van de beoordelingen was volgens de beoordelaars sprake van een onjuiste diagnostische conclusie. Ten aanzien van de therapie werden in 14 procent van de beoordelingen interventies als overbodig beoordeeld en in 22 procent van de beoordelingen was ten onrechte therapie nagelaten. Over het algemeen was het oordeel van de internisten veel milder dan dat van de huisartsen. De onderlinge overeenstemming over het oordeel was laag.

Vakgroep huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

Dr. H.G.L.M. Grundmeijer, huisarts;

Dr. H.C.P.M. van Weert, huisarts.

Correspondentie: dr. H.G.L.M. Grundmeijer.

Inleiding

In Nederland wordt een specialist door een patiënt vrijwel uitsluitend geconsulteerd na een verwijzing door de huisarts. Specialist zijn dientengevolge afhankelijk van de huisarts, die op zijn beurt weer moet kunnen rekenen op specialistische hulp voor zijn patiënten. Dit verklaart wellicht waarom beide disciplines elkaar zelden openlijk bekritisieren. Wordt echter in anonieme vragenlijsten naar opvattingen gevraagd, dan blijken specialisten huisartsen nogal eens te beschuldigen van het te laat verwijzen van patiënten met ernstige aandoeningen en het te vroeg verwijzen van patiënten met geringe klachten.¹⁻³ Huisartsen benadrukken van hun kant overbodige diagnostiek en te langdurige behandeling van hun patiënten door specialisten.

De achtergrond van deze discussie is mogelijk het probleem van de 'missers' (de fout-negatieven) in de aselechte populatie van 'early sick and worried well' op het spreekuur van de huisarts, en de fout-positieven in de patiëntengroepen van specialisten. De kritiek is echter vooral gebaseerd op anekdotes; harde gegevens uit patiënt- en diagnosegebonden onderzoek ontbreken.

Patiëntgebonden onderzoek naar de kwaliteit van het medisch handelen is nog zeldzaam. In de Verenigde Staten is men het verst gevorderd, met name op het gebied van de indicaties voor chirurgische interventies en de behandeling van bejaarden.^{4,5} Onderzoek naar de kwaliteit van verwijzingen ontbreekt vrijwel, zeker op het niveau van de individuele patiënt of diagnose.⁶⁻⁸

Om meer zicht te krijgen op het proces en de kwaliteit van verwijzingen, is in 1986 een onderzoek gestart door de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam.⁹ Het onderzoek bestond uit een beschrijvend, episodegeoriënteerd deel en een studie naar de kwaliteit van het handelen van huisartsen uit Amsterdam-Zuidoost en internisten van de polikliniek van het Academisch Ziekenhuis (AMC) van de Universiteit van Amsterdam. In dit artikel wordt ver-

slag gedaan van de resultaten die betrekking hebben op de kwaliteit van het medisch handelen van de verwijzende huisartsen. Het doel was antwoord te krijgen op de volgende vragen:

- Hoe oordelen huisartsen en internisten over de noodzaak en het tijdstip van verwijzingen naar de internist, mede in het licht van de verwijsredenen?
- Hoe beoordelen zij de kwaliteit van het medisch-technisch handelen van de huisarts in de periode vóór de verwijzing?

Ten aanzien van beide onderzoeksvragen is het de vraag van welke aard de gemaakte fouten zijn in termen van *overbodig* of *te weinig* handelen en welke argumenten worden daarbij gehanteerd.

Methode

De kwaliteit van het geneeskundig handelen van de huisartsen werd vastgesteld met behulp van de panelmethode. Daartoe werd een beoordelingspanel van negen internisten en negen huisartsen samengesteld. Bij de keuze van de panelleden is gestreefd naar een spreiding van de klinische setting: drie huisartsen uit de groep verwijzende huisartsen, drie huisartsen uit de staf van de vakgroep Huisartsgeneeskunde (praktijken buiten Amsterdam) en drie huisartsen van buiten de regio, die actief zijn bij de beroepsinhoudelijke ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde. De internistengroep bestond uit de drie oudste assistenten van de polikliniek waarnaar werd verwezen (op het moment van beoordeling allen internist), drie stafleden van de afdeling interne geneeskunde van het AMC en drie internisten die werkzaam waren in een perifeer ziekenhuis.

Aan het panel werden de gegevens voorgelegd van patiënten van 29 huisartsen, die gedurende één jaar verwezen waren naar de polikliniek Interne Geneeskunde van het AMC. Van de verwezen patiënten werd de volledige ziektegeschiedenis uitgeschreven. Daarbij werd gebruik gemaakt van een registratieformulier met informatie van de huisarts over voorgeschiedenis, diagnostiek en therapie, achtergronden van de verwijzing, aan-

tal huisartscontacten vóór de verwijzing, klachten aan het begin van de episode en op het moment van verwijzen, diagnose van de huisarts op het moment van verwijzen, verwijsvraag, verwijssreden en eventuele druk van de patiënt om verwezen te worden. Verder werden een getypt transcript van de verwijfsbrief, een uittreksel van de polikliniekstatus en de ontslagbrief voorgelegd.

Expliciete en geprotocolleerde criteria zijn niet bruikbaar bij de beoordeling van verwijzingen naar de internist, omdat daarbij vaak sprake is van slecht omschreven klachten, een grote diversiteit aan aandoeningen en veel co-morbiditeit en contextuele factoren. Daarom is als beoordelingsmethode gekozen voor 'peer review' zonder expliciete criteria. Om ook in een complexe casus tot een zinvol oordeel te kunnen komen, is niet gevraagd wat men optimaal handelen, maar wat men onjuist medisch handelen achtte.

Een dergelijk oordeel wint aan waarde als de achterliggende argumentatie wordt geëxpliciteerd. Daartoe is in een pilot-studie een vragenlijst ontwikkeld om het oordeel en de argumentatie zo systematisch mogelijk vast te leggen. Een negatief oordeel kon worden gegeven in termen van:

- overbodig en schadelijk handelen;
- ten onrechte niet verrichte diagnostiek en therapie;
- onjuiste diagnostische conclusies.¹⁰

Als de panelleden kritiek leverden, is gevraagd hun professionele oordeel te beargumenteren in termen van:

- *werkzaamheid* (de mate waarin een interventie een verbetering voor de patiënt oplevert onder optimale omstandigheden);
- *doeltreffendheid* (de mate waarin dat gebeurt in de dagelijkse praktijk);
- *doelmatigheid* (de kosten en lasten afgewogen tegen de baten);
- *geneeskundige context* (niet-klinische argumenten, zoals de voorkeur van de patiënt en regionale geneeskundige cultuur).

Het nadeel van kwaliteitsonderzoek zonder expliciete criteria is de te verwachten

beperkte mate van overeenstemming tussen de beoordelaars op het niveau van de individuele verwijzing. De resultaten zijn slechts betekenisvol op een meer geaggregeerd niveau. Daartoe zijn de verwijzingen op grond van de verwijfsdiagnose ingedeeld in voor de huisarts goed herkenbare groepen.

- Verwijzingen van patiënten met een reeds door de huisarts vastgestelde diagnose zijn verdeeld in twee groepen:
 - patiënten met een in de huisartspraktijk veel voorkomende 'chronische aandoening';
 - patiënten met een veel zeldzamer 'complexe aandoening'.
- Verwijzingen van patiënten met een klacht of symptoom zijn verdeeld in drie groepen:
 - 'de bezorgde huisarts': de huisarts beschouwt de klacht of het symptoom als alarmerend;
 - 'de bezorgde patiënt': niet zozeer de huisarts als wel de patiënt is bezorgd, zonder dat er volgens de huisarts sprake is van een ernstige aandoening;
 - patiënten met 'vage klachten'.

Het oordeel over verwijzen en handelen van de huisarts is gegeven op twee momenten: na het lezen van de voorgeschiedenis en de verwijfsbrief, en nog eens nadat ook de polikliniekstatus en de ontslagbrief waren voorgelegd.

De mate van overeenstemming tussen de beoordelaars is uitgedrukt in het percentage casus met overeenstemming van het totaal. Er werd gesproken van overeenstemming als per casus sprake was van een gelijklopend oordeel van minimaal vijfdesde van het aantal beoordelaars.

Resultaten

In totaal werden 206 verwijzingen verzameld. Van 47 verwijzingen waren de gegevens niet volledig; deze zijn niet in de analyse opgenomen. Er bestond geen significant verschil in geslacht, leeftijd en type verwijfsdiagnose tussen deze 47 verwijzingen en de 159 wel gebruikte verwijzingen.

Noodzaak verwijzing

De huisartsen gaven vaak twee of meer verwijfsredenen aan. Bij 72 procent van de verwijzingen gebruikte de huisarts het klassieke argument van de complementariteit: gebrek aan voldoende diagnostische of therapeutische mogelijkheden in de eerste lijn. Bij 31 procent was het uitsluiten van een aandoening reden om te verwijzen. Bij bijna de helft van de patiënten speelden niet-klinische motieven een rol (tabel 1). Eenvijfde van de verwijzingen geschiedde onder druk van de patiënt. Geruststelling speelde een rol in alle verwijscategorieën; in de categorieën 'bezorgde patiënt' en 'vage klachten' was dit zelfs de belangrijkste verwijfsreden. Puur defensieve argumenten en problemen in de arts-patiënt relatie bleken met name bij deze patiënten redenen om te verwijzen.

Bij de eerste beoordeling vonden de huisartsen dat in 37 procent van de beoordelingen de patiënt ten onrechte verwezen was, bij de tweede beoordeling was dat 46 procent. Bij de internisten bedroegen deze percentages respectievelijk 14 en 23 procent (tabel 2). De internisten waren dus milder, vooral ten aanzien van de 'duidelijke klinische gevallen', de patiënten die waren verwezen met een omschreven diagnose of met alarmerende symptomen. Beide disciplines waren het eens bij de bezorgde patiënten en de patiënten met vage klachten; van deze verwijzingen werd niet veel verwacht.

Als men een verwijzing als onnodig kwalificeerde, was het meest gebruikte argument dat van de doelmatigheid: de huisarts had het probleem zelf, zonder de hulp van de internist kunnen oplossen. Als internisten een verwijzing niet zinnig achtten, was dat veelal op grond van het argument dat zij niet veel extra konden doen; dit was in het bijzonder het geval bij bezorgde patiënten en patiënten met vage klachten. In één op de zes beoordelingen hadden patiënten met een vaststaande diagnose niet verwezen behoeven te worden; een telefonisch consult was voldoende geweest (tabel 3). Belasting voor de patiënt is vooral een zorg voor huisartsen. In 15 procent van de beoordelingen vreesde men somatisatie. Hoge kosten werden

in één op de tien gevallen met kritiek als argument gebruikt.

De panelleden vonden in 25 procent van de beoordelingen de patiënt te snel verwezen: de huisarts had meer kunnen onderzoeken en meer therapie kunnen bedrijven alvorens te verwijzen, of zou gewoon een tijdje hebben moeten afwachten (tabel 4). Met name internisten waren deze mening toegedaan. Slechts zelden werd een patiënt als te laat verwezen beschouwd.

Kwaliteit huisartsgeneeskundig handelen

De huisartsen in het panel waren over het algemeen kritischer over het huisartsgeneeskundig handelen dan de internisten (tabel 5). De kritiek gold zelden (8 procent) overbodige diagnostiek. De huisartsen vonden de overbodige diagnostiek, veelal elektrocardiografie, gastroscopieën en schildklierdiagnostiek, te belastend voor de patiënt. De internisten beschouw-

den het onderzoek in deze gevallen veelal als irrelevant.

Van veel groter omvang is de kritiek ten aanzien van de gemiste diagnostiek; in de helft van de beoordelingen had men van de huisarts meer diagnostiek verwacht. Indien de huisarts maar meer onderzoek had verricht, zou een aantal van deze verwijzingen voorkomen kunnen zijn naar de mening van de panelleden. De huisartsen misten vooral laboratoriumdiagnostiek en

Tabel 1 Door de verwijzende huisarts opgegeven niet-klinische redenen om te verwijzen. Percentages verwijzingen per categorie

	Chronische ziekte n=46	Complexe aandoening n=22	Bezorgde patiënt n=30	Vage klacht n=18	Bezorgde dokter n=43	Totaal n=159
Initiatief patiënt	11	6	65	33	10	22
Geruststelling patiënt	22	21	72	49	31	37
Defensief	6	0	26	21	7	11
Problemen arts-patiënt relatie	10	8	32	47	4	22

Tabel 2 Onnodig geoordeelde verwijzingen. Percentages van het aantal beoordelingen per categorie

	Chronische ziekte n=312	Complexe aandoening n=150	Bezorgde patiënt n=204	Vage klacht n=118	Bezorgde dokter n=290	Totaal n=1074	Overeenstemming*
Huisartsen	32	37	53	42	28	37	(17)
Internisten	6	10	32	25	7	14	(22)
Gehele panel	19	23	42	34	18	25	(25)

* Het percentage beoordelingen die betrekking hebben op de verwijzingen met overeenstemming.

Tabel 3 Argumenten betreffende onnodig geoordeelde verwijzingen. De gebruikte argumenten in procenten van het aantal beoordelingen met kritiek door huisartsen en internisten in het panel

	Chronische ziekte n=59	Complexe aandoening n=35	Bezorgde patiënt n=86	Vage klacht n=40	Bezorgde dokter n=52	Totaal n=272	Huisarts – internist
<i>Doeltreffendheid</i>							
– internist kan niets toevoegen	23	21	44	46	21	33	(27-45)
<i>Doelmatigheid</i>							
– huisarts kan dit zelf afdoen	70	79	76	54	77	72	(77-60)
– consult kan ook per telefoon	17	14	6	5	6	9	(9-10)
<i>Belasting</i>							
– te veel lichamelijke belasting	7	7	2	5	0	4	(5- 1)
– risico somatisatie	12	7	18	29	9	15	(18- 9)
– kosten	7	12	10	2	7	8	(9- 8)

nadere psychische exploratie; de internisten vonden een uitgebreidere anamnese en lichamelijk onderzoek noodzakelijk. Indien men van mening was dat de verwijzend huisarts foute conclusies had getrokken uit diagnostische gegevens, betrof dit met name het te somber inschatten van de betekenis van een klacht of symptoom.

Het handelen van de huisarts bij bezorgde patiënten en patiënten met vage klachten ondervond de meeste kritiek. Twee zaken werden vaak gemist in het handelen van de huisarts: 'harde diagnostiek', bijvoorbeeld in de vorm van colonfoto's of een endoscopie bij buikklachten, en meer bloedonderzoek bij vage klachten. Als patiënten verwezen waren op grond van hun bezorgdheid, bleek achteraf de bezorgdheid onterecht; er werd bij deze patiënten en bij de patiënten met vage klachten geen somatische pathologie van betekenis gevonden.

Bij 25 procent van de patiënten bij wie de huisarts zich zorgen maakte, werd nieuwe, vaak ernstige pathologie gevonden. In deze categorie werd in een op de vijf beoordelingen de verwijzing als onterecht beschouwd. De panelleden vonden dat de verwijzers in 18 procent van de beoordelingen de symptomen en klachten van de patiënt ten onrechte als alarmerend beschouwden. In 41 procent van de beoordelingen in deze categorie had de huisarts naar de mening van de beoordelaars te weinig diagnostiek bedreven. Een aantal verwijzingen was dan mogelijk te voorkomen geweest.

In een op de zeven beoordelingen was men van mening dat de huisarts ten onrechte een therapie was begonnen: zo was naar het oordeel van een aantal panelleden geen plaats voor symptomatische farmacotherapie, zoals antacida en spasmolytica, zolang men met een dieet en counseling hetzelfde kon bereiken (tabel 6). Verrassend was dat de huisartsen bezorgder dan de internisten waren over te zwakke indicaties voor een therapie; de internisten wezen echter frequenter op mogelijke bijwerkingen en risico's.

Aan de doeltreffendheid van de ingestelde therapie werd slechts een enkele

Tabel 4 Oordeel over het moment van verwijzen. Percentages van het aantal beoordelingen

	Huisarts n=537	Internist n=537	Overeenstemming*
Op tijd	38	54	41
Te vroeg†	38	12	3
Te laat	4	9	–

* Het percentage beoordelingen die betrekking hebben op de verwijzingen met overeenstemming.

† Meer diagnostiek: 77 procent; meer therapie: 25 procent; afwachten: 26 procent.

Tabel 5 Kritiek op diagnostiek huisarts. Percentages van het aantal beoordelingen

	Huisarts n=537	Internist n=537
Te veel*	7	9
Te weinig†	62	35
Onjuiste conclusie‡	16	19

* Irrelevant: 45 procent; overbodig: 19 procent; te hard van stapel: 19 procent.

† Verwijzing had voorkomen kunnen worden: 71 procent.

‡ Geringe voorspellende waarde: 54 procent; wijst meer op andere aandoening: 35 procent.

Tabel 6 Kritiek op therapie huisarts. Percentages van het aantal beoordelingen

	Huisartsen	Internisten
Onjuiste therapie	14	14
Te weinig therapie	27	17

keer getwijfeld; ook de kosten van onderzoek of behandeling vormden slechts zelden een bezwaar. In een op de vijf beoordelingen werd de therapie onvoldoende gevonden: te weinig 'harde' therapie bij welomschreven chronische aandoeningen en te weinig 'zachte' therapie zoals counseling bij angstige patiënten en patiënten met vage klachten.

De huisartsen gebruikten andere argumenten bij de beoordeling dan de internisten. Vaak lagen hieraan verschillen in taakopvatting ten grondslag. De huisartsen vonden dat hun collegae meer zelf hadden moeten doen en later of minder vaak hadden moeten verwijzen. De internisten hadden minder vaak bezwaar tegen de verwij-

zing als zodanig; zij vonden daarentegen de verwijzing relatief vaak te laat. In het algemeen waren de huisartsen eerder bezorgd over de belasting voor de patiënt en plaatsten de internisten vaker vraagtekens bij de doeltreffendheid.

Beschouwing

Methode

Voor de beoordelingsmethode moest een keus gemaakt worden tussen 'peer review' met behulp van te voren ontwikkelde expliciete criteria of het gebruik van impliciete criteria. Bij het meeste onderzoek naar kwaliteit wordt gebruik gemaakt van protocollen met criteria om de kwaliteit van het handelen in de dagelijkse praktijk

te meten. Deze methode heeft echter een aantal bezwaren. Protocollen kunnen gebruikt worden bij een goed gedefinieerd, theoretisch probleem, maar niet in het geval van vage klachten. Protocollen zijn gebaseerd op consensus, die slechts bereikt kan worden voor 50 tot 70 procent van de problemen, en geforceerde consensus blijkt de geloofwaardigheid van het onderzoek te ondermijnen.¹¹ Protocollen worden in de praktijk slecht nageleefd, zelfs door de ontwerpers van een protocol.^{5, 12} Comorbiditeit en contextuele factoren, zo als de invloed van de patiënt, doen beoordelaars afwijken van het protocol.¹³⁻¹⁶

Ons materiaal bleek, zoals verwacht, niet geschikt voor het gebruik van expliciete criteria. Meer dan de helft van de verwijzingen vond plaats bij patiënten met een klacht. Er was bij een niet onbelangrijk deel van de verwijzingen sprake van comorbiditeit, met name in de categorieën chronische en complexe aandoeningen. Tot slot was er vooral bij de kritiek op de beslissing om te verwijzen en op het te weinig inzetten van diagnostiek sprake van contextuele argumenten.

Als instrument voor kwaliteitsmeting is gekozen voor het gebruik van individuele beoordelingen zonder gestandaardiseerde criteria, doch met een expliciete argumentatie. Met deze methode is, voor zover bekend, geen ervaring opgedaan.

De impliciete criteria hebben opgeleverd wat ervan verwacht werd. Als instrument in een explorerende studie bleken ze geschikt; er is een duidelijk verschil in oordeel zichtbaar tussen huisartsen en internisten. De verschillen zijn groot, zowel tussen de oordelen zelf, als tussen de bijbehorende argumentaties. Zij lenen zich voor een zinvolle, klinisch relevante interpretatie. De verschillen in oordeel tussen de onderscheiden verwijscategorieën zijn wat minder groot, maar voldoende voor een klinische interpretatie; het was mogelijk ten aanzien van het handelen van de huisarts relatief 'probleemloze' en 'problematiese' gebieden te onderscheiden.

De overeenstemming op het niveau van de casus is laag, zoals ook verwacht was. Dokters variëren niet alleen in hun genees-

kundig handelen, maar ook in hun oordeel daarover. Daarom zijn voor gedetailleerde uitwerking impliciete criteria niet te gebruiken. Evenmin hoeft verwacht te worden dat ze geschikt zijn om richtlijnen vast te stellen ten aanzien van 'goed' geneeskundig handelen bij het verwijzen naar de internist. In die zin zijn op grond van deze studie dan ook geen uitspraken te doen.

De terminologie voor de argumenten die gehanteerd is in deze studie, is afgeleid van de theoretische concepten die in de besliskunde gebruikt worden. In deze studie werd duidelijk dat deze terminologie niet zonder meer geschikt is voor gebruik in praktisch kwaliteitsonderzoek. De werkzaamheid speelde nauwelijks een rol in de beoordelingen. Doeltreffendheid is een begrip dat ten aanzien van therapeutische interventies duidelijk is; ten aanzien van de diagnostiek bleek het veel lastiger te gebruiken. Wanneer het oordeel 'te weinig diagnostiek en therapie' luidt, is de terminologie van nog minder belang; als een beoordelaar een interventie mist, gaat hij er impliciet van uit dat de interventie werkzaam, doeltreffend en doelmatig is en een gunstig effect op het resultaat heeft. Contextuele factoren speelden een belangrijke rol; 'dit is werk voor de huisarts en niet voor de internist'.

Opvallend in deze studie is ook, dat veel kritiek niet zozeer afzonderlijke interventies betrof, als wel het verloop van het geneeskundig proces als geheel. Zo werd het tijdstip van de geneeskundige handeling bekritiseerd: de verwijzing was te vroeg, de huisarts was met een onderzoek te hard van stapel gelopen, of hij had moeten wachten met medicatie tot de diagnose duidelijk was geweest. Ook het klinisch denkproces was vaak onderwerp van kritiek; een foute diagnostische conclusie of een onjuiste indicatie voor een therapie.

Op grond van de pilot-studie was de vragenlijst al aangepast. Deze bleek in het onderzoek uitgebreid en gedetailleerd genoeg, gezien het geringe gebruik van de 'vrije ruimte' op vragenformulieren (3 procent). Het is waarschijnlijk wel mogelijk te volstaan met een kortere vragenlijst, gezien de geringe celvulling van enkele antwoordcategorieën.

Resultaten

Het doel van deze studie was zicht te krijgen op mogelijke 'fouten' die huisartsen maken bij patiënten die uiteindelijk bij de internist terechtkomen. De internisten waren vooral in deze studie geïnteresseerd vanuit de veronderstelling dat veel patiënten ten onrechte verwezen worden. Dat is niet bevestigd; in slechts 14 procent van de beoordelingen beschouwden de internisten de patiënt als ten onrechte verwezen en daarbij ging het vooral om verwijzingen ter geruststelling en om defensieve redenen. Ook op het medisch handelen van de huisartsen was weinig kritiek in de zin van schadelijk handelen. De huisartsen waren strenger in hun oordeel: volgens hen had achteraf bijna de helft van de patiënten niet verwezen behoeven te worden en in tweede van de beoordelingen vond men dat de huisarts meer diagnostiek had moeten bedrijven.

De meeste kritiek concentreerde zich op de groep die gevormd werd door de patiënten met vage klachten en de bezorgde patiënten. Dezen werden vaak op aandringen van de patiënt zelf verwezen, nadat de huisarts al in vele contacten geprobeerd had de zaak op te lossen. Blijkens ons onderzoek werden zij vooral verwezen ter geruststelling, uit defensieve overwegingen of wegens een vastgelopen contact met de huisarts. Hoewel uit cijfers van de grote huisartsregistratieprojecten blijkt dat deze patiënten niet vaak worden verwezen, vormen zij op een interne polikliniek toch een vrij omvangrijke groep. De beoordelaars verwachtten van dit soort verwijzingen niet veel. Uit de kritiek komt naar voren dat men twee zaken miste in het handelen van de huisarts: 'harde diagnostiek' ter uitsluiting van ernstige pathologie en op therapeutisch gebied vooral het counsellen. Het blijft de vraag of deze verwijzingen goed te voorkomen zijn, gezien de reële of gepercipieerde patiëntendruk.

In de groep 'bezorgde dokter' bleek de bezorgdheid in een kwart van de beoordelingen terecht. Bij deze verwijzingen speelt aandrang van de patiënt vrijwel geen rol; de verwijzingen zijn dus voor een groot gedeelte gebaseerd op het klinische oordeel van de huisarts, die symptomen en

klachten alarmerend genoeg vond om te verwijzen.

Het is de vraag of 75 procent beoordelingen van 'vals alarm' als te veel beoordeeld moet worden. De beoordelaars vonden dat meer onderzoek bedreven had moeten worden en dat gegevens te somber ingeschat waren. Het blijft een probleem dat de voorspellende waarde van veel klachten en symptomen gebaseerd is op veelal retrospectief onderzoek uit de tweede lijn. Huisartsen zouden zeer gebaat zijn met betrouwbaar onderzoek hiernaar in de eerste lijn.

De categorie patiënten die werd verwezen met 'chronische en complexe aandoeningen', laat een goed interpreteerbaar beeld zien. Met name bij de categorie complexe aandoeningen speelt mogelijk een gebrek aan ervaring met de betreffende aandoeningen bij de huisartsen een rol. Toevallige klachten worden dan te snel in verband gebracht met de betreffende aandoening; door een telefonisch consult met de internist had een verwijzing kunnen worden voorkomen. Bij de chronische aandoeningen is de kritiek van de beoordelaars vaak gebaseerd op taakafbakingsargumenten: de huisarts had de problemen zelf op kunnen lossen.

Werken als huisarts is complex en vaak ingewikkeld vanwege de grote diversiteit in problemen, personen en contextuele invloeden. Omdat deze studie is opgezet om de fouten van huisartsen aan het licht te brengen, kan men gemakkelijk uit het oog verliezen dat het grootste deel van het handelen probleemloos verliep. Er is nauwelijks sprake van overbodig of schade-

lijk handelen. De huisartsen van het panel verwachtten van hun collega's over het algemeen meer diagnostiek alvorens te verwijzen. Dat is niet altijd mogelijk vanwege contextuele factoren, zoals bij patiënten die druk uitoefenen om verwezen te worden. Nadere studies naar het behandelen van bezorgde patiënten en naar voorspellende waarde van klachten, symptomen en aanvullend onderzoek zal de huisarts van dienst zijn bij het zorgvuldig verwijzen.

Literatuur

- 1 Swinkels MAA, Dopheide J. Vervagende grenzen tussen eerste en tweede lijn: de casus Hoogeveen. *Med Contact* 1983; 17: 512-4.
- 2 Van Eijk J, Beek M, Heyrman J, et al. Taakafbakening tussen huisarts en internist: een comparatieve studie naar de opvattingen van Nederlandse en Belgische huisartsen en internisten. *Gezondheidszorg en Samenleving* 1985; 6: 286-95.
- 3 Jacobs HM, De Melker RA, Touw-Otten FWW. De taakafbakening van het professionele handelen tussen huisartsen en specialisten. In: Van Es J, red. *Het medisch jaar 1985*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1985.
- 4 Brook RH, Kamberg CJ, Mayer-Oakes A, et al. Appropriateness of acute medical care for the elderly: an analysis of the literature. *Health Policy* 1990; 14: 225-42.
- 5 Park RE, A Fink, RH Brook, et al. Physician ratings of appropriate indications for three procedures: theoretical indications vs ratings used in practice. *Am J Public Health* 1989; 79: 445-7.
- 6 Bremer GJ. *Het verwijzen in de huisartspraktijk*. Assen: Van Gorcum, 1964.
- 7 Grace JF, Armstrong D. Referral to hospital: perceptions of patients, general practitioners and consultants about necessity and suitability of referral. *Fam Pract* 1987; 4: 170-75.
- 8 Joosten JA, Daams J, Knottnerus JA. Verwijzingen naar de internist: een vergelijkend retrospectief panelonderzoek naar de kwaliteit van verwijzingen van huisartsen die veel en huisartsen die gemiddeld naar de internist verwijzen. *Med Contact* 1990; 45: 83-5.
- 9 Grundmeijer HGLM, Van Weert H. Patiënt, huisarts, internist. Een beschrijvende studie en een kwaliteitsanalyse van verwijzingen naar de internist [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992.
- 10 Williamson JW. *Assessing and improving health care: the health accounting approach to quality assurance*. Cambridge (Mass): Ballinger, 1978.
- 11 Merrick NJ, Fink A, Park RE, et al. Derivation of clinical indications for carotid endarterectomy by an expert panel. *Am J Public Health* 1987; 77: 187-90.
- 12 Kosekoff J, Kanouse DE, Rogers WH, et al. Effects of the Institute of Health consensus development program on physician practice. *JAMA* 1987; 258: 2708-13.
- 13 Kahn KL, Park RE, Brook RH, et al. The effect of comorbidity on the appropriateness ratings for two gastrointestinal procedures. *J Clin Epidem* 1988; 41: 115-22.
- 14 Krol LJ. *De consument als leidend voorwerp in de gezondheidszorg* [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1985.
- 15 Williams TF, White RL, Andrews LP, et al. Patient referral to a university clinic: patterns in a rural state. *Am J Public Health* 1960; 3: 1493-1507.
- 16 Armstrong D, Fry J, Armstrong P. Doctors' perception of pressure from patients for referral. *Br Med J* 1991; 302: 1186-8. ■