

Wat is goed verwijzen en kan het beter?

Een literatuuronderzoek

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

Grundmeijer HGLM, Van Weert HCPM, Brouwer HJ. Wat is goed verwijzen en kan het beter? Een literatuuronderzoek. *Huisarts Wet* 1996; 39(3): 113-9.

Samenvatting In deze literatuurstudie wordt nagegaan hoe vaak verwijzingen van de eerste naar de tweede lijn (niet) noodzakelijk geacht worden en welk effect (uitkomst) verwijzen heeft op de gezondheidstoestand, de klachten en de ongerustheid van patiënten. Door verschillen in methodiek en gehanteerde definities zijn alleen voorzichtige conclusies gewettigd. Achteraf wordt 50 à 70 procent van de verwijzingen als noodzakelijk beoordeeld. De belangrijkste argumenten voor een negatief oordeel over een verwijzing zijn: de huisarts had het zelf kunnen oplossen, de specialist kan ook niets bijdragen en het probleem had door een telefonisch consult opgelost kunnen worden. In 55-87 procent van de verwijzingen heeft de patiënt baat gehad bij de verwijzing. Geruststelling wordt bereikt voor de helft van de ongeruste patiënten. De gemiddelde verbetering van de gezondheidstoestand is marginaal tot 25 procent.

Instituut voor Huisartsgeneeskunde,
AMC/Universiteit van Amsterdam,
Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.
Dr. H.G.L.M. Grundmeijer, huisarts;
Dr. H.C.P.M. van Weert, huisarts;
Drs. H.J. Brouwer, psycholoog.
Correspondentie: Dr. H.G.L.M. Grundmeijer.

Inleiding

Nu de ziektekostenverzekeraars geautomatiseerd zijn, krijgen huisartsen regelmatig een overzicht van het aantal verwezen patiënten in hun praktijk toegestuurd. De bedoeling is dat iedere huisarts zijn verwijscijfer vergelijkt met het gemiddelde van de regio. Een huisarts die onder dat gemiddelde scoort, mag tevreden zijn; de huisarts die veel meer verwijst dan zijn collega's, zou zich moeten afvragen wat hij fout doet. Kennelijk wordt aan deze cijfers een kwaliteitsoordeel gekoppeld.

Er is inmiddels veel onderzoek gedaan naar variatie in verwijscijfers en de relatie tussen verwijscijfers en kwaliteit. Daaruit kan eigenlijk maar één conclusie worden getrokken: er is geen goede verklaring voor de inter-doktervariatie en er zijn geen aanwijzingen dat veel verwijzende huisartsen minder goede dokters zouden zijn.¹⁻⁶

De vraag blijft wat dan wel goed verwijzen is, en hoe dat te bepalen valt. Die vraag is interessant, omdat het voor de patiënt van groot belang is in dát medisch circuit terecht te komen, waar voor hem de meeste gezondheidswinst valt te behalen. Voor de arts is het van belang dat hij die patiënten te behandelen krijgt voor wie hij het best is toegerust. De maatschappij tenslotte zal vooral geïnteresseerd zijn in doelmatigheid en de kosten van het gezondheidszorgsysteem.

Aan de kwaliteit van medisch handelen i.c. verwijzen kunnen verschillende aspecten worden onderscheiden (*figuur*). Het kan gaan om de structuur van het verwijzen (wachttijden, kosten, taakafbakening) en om het interpersoonlijke handelen van de dokter (patiëntenvoorlichting, goed overleg, verantwoordingsbereidheid). Studies naar de kwaliteit van verwijzen gaan echter meestal over het medisch-technisch proces (de noodzaak van de verwijzing) en de uitkomst ('outcome'). In uitkomstonderzoek wordt nagegaan of de patiënt er beter van geworden is in termen van klachtenvermindering, geruststelling of normalisering van parameters als bloeddruk of schildklierfunctie. Uiteindelijk gaat het in de geneeskunde natuurlijk om de verbetering van de gezondheidstoestand, maar

juist onderzoek daarnaar is methodologisch moeilijk uitvoerbaar.

Met dit literatuuronderzoek proberen wij antwoord te geven op de volgende vragen:

- Hoe vaak worden verwijzingen van de eerste naar de tweede lijn (niet) noodzakelijk geacht?
- Wat is de uitkomst van verwijzingen in termen van effect op gezondheidstoestand, klachten en ongerustheid van patiënten?

Literatuur

Gezocht is naar oorspronkelijk onderzoek naar de kwaliteit van verwijzen met behulp van de registers van Medline vanaf 1985, Famli vanaf 1985, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* vanaf 1986 en *Huisarts en Wetenschap* vanaf 1972, via de trefwoorden 'referral', 'hospital referral' en 'verwijzen'. Daarbij kwam alleen onderzoek in de Britse en Nederlandse literatuur in aanmerking vanwege de relevantie voor de Nederlandse situatie. Per artikel werden gegevens verzameld over de onderzoekspopulatie, de methode van beoordeling, de uitkomstmaten en de resultaten.

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen bleken 16 studies relevant: negen over de kwaliteit van het proces van verwijzen, vijf over het resultaat van de verwijzingen en twee Nederlandse studies over het proces van verwijzen gecombineerd met uitkomstmaten (*tabel*). In vijf studies werden de verwijzingen beoordeeld door alleen huisartsen, in twee door alleen specialisten, en in vier door zowel huisartsen als specialisten. In nog eens vier studies werden ook de patiënten bij de beoordeling betrokken. In één studie werd de contactfrequentie met de huisarts vijf jaar na de verwijzing als uitkomstmaat gebruikt.

De noodzaak van verwijzen

In alle processtudies naar de noodzaak van de verwijzing was gebruik gemaakt van *peer review*, waarbij professionals de verwijzing achteraf beoordeelden op grond

van statusmateriaal. De vergelijkbaarheid wordt bemoeilijkt door het gebrek aan uniformiteit in de methoden. Zo varieert de gebruikte terminologie: er wordt bijvoorbeeld gesproken van 'noodzakelijke', 'zinvolle', 'adequate' of 'appropriate' verwijzingen.

De Engelse studies zijn vooral geëntamerd door specialisten. De verwijzingen werden alleen door specialisten beoordeeld en het oordeel viel streng uit. De Nederlandse studies zijn, op één uitzondering na,¹² georganiseerd door huisartsen en de beoordeling vond plaats door huisartsen of door huisartsen en specialisten. Het specialistische oordeel was in deze studies milder, zelfs milder dan dat van de huisarts. De organisatie van de gezondheidszorg (National Health Service in het Verenigd Koninkrijk versus privé-praktijken in Nederland) zal wel verantwoordelijk zijn voor dit verschil. In het Verenigd Koninkrijk hebben specialisten belang bij minder verwijzen en maken zij zich zorgen over de werkbelasting ten gevolge van de in hun ogen onnodige verwijzingen.

Beoordelaars

In een aantal studies⁸⁻¹³ beoordeelden de behandelend artsen hun eigen handelen. In de overige, meer recente studies werd gebruik gemaakt van onafhankelijke beoordelaars. Het voordeel van beoordeling door de eigen dokter is, dat deze de patiënt en de situatie beter kent dan een externe beoordelaar, die meestal moet oordelen op grond van papieren gegevens. Aan de andere kant zal beoordeling door onafhankelijke, externe beoordelaars de reproduceerbaarheid en betrouwbaarheid van de studie ten goede komen.

De Nederlandse onderzoeken hebben vooral betrekking op verwijzingen naar de algemene niet-snijdende specialismen, in tegenstelling tot de Engelse studies. Dit is niet verwonderlijk. In Nederland lag het initiatief tot de verschillende onderzoeken bij huisartsen. Dezen zullen onderzoek bij snijdende specialismen inhoudelijk minder interessant vinden; naar snijdende specialismen worden immers meestal patiënten verwezen met duidelijk omschreven aandoeningen en weinig variatiebreedte in

het huisartsgeneeskundig handelen, en daarmee een minder problematische taakafbakening.

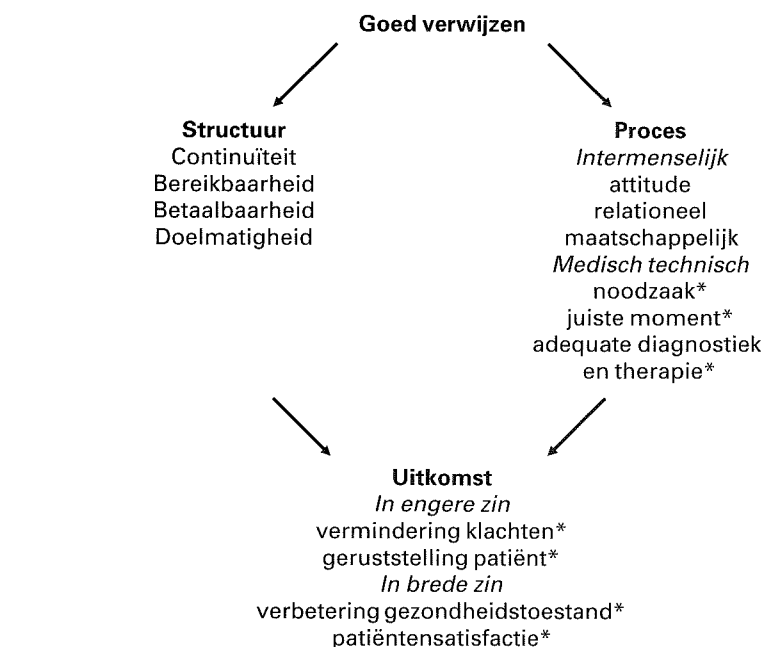
Criteria

In slechts één onderzoek¹⁶ werd gebruik gemaakt van expliciete criteria waaraan alle verwijzingen getoetst konden worden. Dit hoeft niet te verbazen. Het gebruik van expliciete criteria vraagt consensus. Consensus bereiken binnen een beroepsgroep, zoals bij de NHG-standaarden gebeurt, is al lastig. In een Engelse studie probeerden dermatologen consensus te bereiken over terechtheid van het verwijzen van patiënten met wratten; zelfs bij deze simpele en eenduidige aandoening kon men niet tot overeenstemming komen.²⁴ Consensus tussen verschillende disciplines, zoals in het Centraal Begeleidings Orgaan voor Intercollegiale Toetsing geschiedt, is nog gecompliceerder. Vervolgens is consensus over de aanpak van een klacht weer veel

moeilijker dan consensus over omschreven aandoeningen. Bij verwijzen komen juist klachten veel voor. En is het uiteindelijk gelukt overeenstemming te bereiken over de aanpak *in vitro*, dan blijkt verwijzen *in vivo* een complex proces met een grote diversiteit aan klachten en aandoeningen, veelvuldig optredende comorbiditeit, complexe psychosociale situaties en tal van contextuele invloeden. Breed opgezet kwaliteitsonderzoek is dan ook niet uitvoerbaar vanwege de onmogelijkheid om voor al deze variabelen kwaliteitscriteria te ontwikkelen.

Alle andere studies naar de noodzaak van verwijzen hebben plaatsgevonden met beoordeling door middel van impliciete criteria op grond van eigen kennis, referentiekader, waarden en normen van de beoordelaars. De interpretatie van de resultaten is dan problematisch ten gevolge van een aanzienlijke interbeoordelaarsvariatie. Dit is onvermijdelijk: de weten-

Figuur De kwaliteitsaspecten van verwijzen²²



* Naar deze kwaliteitsaspecten is onderzoek gedaan

schappelijke basis van veel medisch handelen is te beperkt, er is te weinig bekend over het effect van veel medisch handelen, en daarmee kunnen dokters van mening (blijven) verschillen over wat goed en slecht handelen is.²⁵ Ook hier geldt dat bij het beoordelen van concrete verwijzingen de mate van overeenstemming nog lager zal zijn door comorbiditeit, de invloed van patiëntenpreferenties²⁶ en de aanwezigheid van contextuele factoren.

In slechts één studie²² werd de *reden van verwijzen* in het oordeel betrokken. Het maakt veel uit of iemand ter geruststelling verwezen wordt of voor nadere analyse van een complexe aandoening. Op puur klinische gronden zal de verwijzing van een patiënt met hartkloppingen ten gevol-

ge van een sinustachycardie als onnodig worden beschouwd, terwijl men de verwijzing wellicht als terecht zou beoordelen, als de grote ongerustheid van de patiënt wordt meegewogen.

In het onderzoek van *Grundmeijer & Van Weert*²² werd de beoordelaars ook gevraagd hun oordeel over de verwijzing te *beargumenteren*. Als men het niet eens was met een verwijzing, hanteerden de huisartsen als belangrijkste argument dat de huisarts de diagnostiek zelf had kunnen afronden en dat grofweg 10 procent van de verwijzingen met een telefonisch consult voorkomen had kunnen worden. De internisten gaven meestal als verklaring voor een negatief oordeel dat zij als internist ook niets voor de patiënt konden doen.

Enkele voorzichtige conclusies lijken gerechtvaardigd. Het aantal terecht geachte verwijzingen om klinische redenen varieerde ruwweg van 50 tot 70 procent. Als ook niet-klinische motieven in het oordeel werden betrokken, werd ongeveer een derde van de verwijzingen als onnodig/zinneloos beschouwd. Over verwijzingen die ten onrechte *niet* hadden plaatsgevonden, is niets bekend.

De uitkomst van verwijzingen

Drie uitkomststudies¹⁷⁻¹⁹ zijn gebaseerd op de inschatting van de uitkomst door de eigen huisarts; in een vierde werd ook het oordeel van de specialist en de patiënt gevraagd.²¹ De gebruikte uitkomstmaten

Tabel Onderzoek naar kwaliteit van verwijzingen

Auteur(s)	Populatie	Methode	Resultaten
Proces			
Grace & Armstrong ⁸	207 verwijzingen naar verschillende specialismen	Beoordeling achteraf door betrokken patiënt, huisarts en specialist	Niet noodzakelijk: patiënten 37%, huisartsen 38%, specialisten 55%
Emmanuel & Walter ⁹	3000 verwijzingen naar verschillende specialisten	Beoordeling noodzaak door specialist	Meeste verwijzingen adequaat
Doeleman ¹⁰	25 verwijzingen naar internist	Beoordeling achteraf door huisarts en internisten	Huisarts: 4 niet nodig Internist: 5 niet nodig
Ter Braak & Van der Werf ¹¹	17 verwijzingen	Toetsing elkaars verwijzingen door 2 huisartsen	Geen eenduidig beeld
Krol ¹²	97 verwijzingen naar kinderarts	Oordeel eigen huisarts over noodzaak	54% noodzakelijk
Sladden & Brown ¹³	Verwijzingen naar dermatoloog	Beoordeling door dermatoloog	26% onnodig
Roland et al. ¹⁴	499 verwijzingen naar orthopeed	Beoordeling door orthopeden en huisartsen	43% 'inappropriate'
Knottnerus et al. ¹⁵	280 verwijzingen naar internist	Beoordeling achteraf door 2 huisartsen en 1 specialist zonder criteria	Bij 56% bestond een duidelijke medische indicatie
Fertig et al. ¹⁶	521 verwijzingen naar 6 specialismen	1 Beoordeling achteraf door specialist en huisartsen zonder criteria 2 308 verwijzingen vergeleken met richtlijnen	1 10% 'inappropriate' 2 16% niet volgens richtlijnen

zijn: baat, waardevol of nuttig zijn, verbetering, geruststelling en vermindering van ziektegevoel. In één studie (verwijzen wegens rugpijn) werd het huisartsbezoek na de verwijzing gehanteerd als uitkomst-

maat.²⁰ In twee grote, vergelijkbare onderzoeken^{22,23} werden tijdens het verwijsproces de gezondheidstoestand, de mate van ongerustheid en het ziektegevoel een aantal keren vastgesteld. Omdat ook in deze

studies de noodzaak van de verwijzingen door een expertpanel werd beoordeeld, was het mogelijk dit oordeel te koppelen aan de uiteindelijke uitkomst.

Als gevolg van comorbiditeit, natuurlijk

Tabel (vervolg) Onderzoek naar kwaliteit van verwijzingen			
Auteur(s)	Populatie	Methode	Resultaten
Uitkomst			
Bremer ¹⁷	Alle 506 verwijzingen in één jaar in de eigen praktijk	Achteraf door eigen huisarts met impliciete criteria	87% had baat bij de verwijzing
Brown ¹⁸	223 verwijzingen naar verschillende specialismen	Achteraf door een huisarts met impliciete criteria	36% achteraf gezien niet waardevol; zou bij 21% opnieuw verwijzen
Britton ¹⁹	77 verwijzingen naar polikliniek interne geneeskunde	Achteraf door een huisarts met impliciete criteria	55% verbetering; 2% achteruitgang
Coulter et al. ²⁰	183 verwijzingen naar orthopeed wegens rugpijn	Effect na 5 jaar op huisartsbezoek wegens rugpijn	Contactfrequentie i.v.m. rugpijn daalde van 4 naar 1 per jaar; 1/3 bezocht na 5 jaar nog steeds huisarts wegens rugpijn
De Jongh ²¹	92 verwijzingen in 1 praktijk	Oordeel patiënt; inschatting door huisarts en specialist	Ongerustheid nam minder af dan verwacht; huisarts schatte dat redelijk
Proces én uitkomst			
Grundmeijer & Van Weert ²²	159 verwijzingen naar internisten	1 Beoordeling achteraf door panel van 9 huisartsen en 9 internisten 2 Interview met patiënten jaar na verwijzing 3 Bepaling functionele toestand op 3 momenten	1 Verwijzing niet nuttig: oordeel op moment verwijzing: 37% huisartsen, 14% internisten; oordeel achteraf: 46% huisartsen, 2% internisten 2 23% patiënten vond verwijzing niet nuttig; bij 50% vermindering van klachten; bij 60% ongerusten ongerustheid afgenomen 3 Functionele toestand verbeterde gemiddeld marginaal; psychische verbetering meer dan andere Patiënten, huisartsen en specialisten eens over mate van verbetering
Engelsman & Geertsma ²³	309 verwijzingen naar internist, dermatoloog en neuroloog	1 Beoordeling door steeds 2 huisartsen en 2 internisten 2 Metingen bij patiënten op moment verwijzing, na 3 en na 6 maanden	1 Bij ongeveer de helft van de verwijzingen twijfel over noodzaak 2 Gemiddelde functionele toestand, ziektegevoel en ongerustheid verbeteren; 2/3 bleef functionele beperking houden, 1/3 voelde zich nog steeds ziek en de helft voelde zich nog steeds ongerust

beloop en diversiteit in problematiek zijn de resultaten van uitkomststudies moeilijk te interpreteren. Bovendien is er geen sprake van gerandomiseerd onderzoek: gerandomiseerd vergelijkend interventie-onderzoek naar verwijzen is onuitvoerbaar, om praktische en ethische redenen. Alleen zeer voorzichtige conclusies zijn dus gewettigd.

In de studies met impliciete criteria¹⁷⁻¹⁹ had 55-87 procent van de patiënten baat gehad bij de verwijzing. De twee Nederlandse^{22,23} studies leveren meer gedetailleerde informatie op. Grosso modo werd de helft van de ongeruste patiënten gerustgesteld. Bij ongeveer de helft van de naar de internist verwezen patiënten waren de klachten verdwenen. De gemiddelde verbetering van de gezondheidstoestand was marginaal tot 25 procent. Het psychisch functioneren verbeterde over het algemeen meer dan andere functionele aspecten.

In het onderzoek van *Grundmeijer & Van Weert*²² is het oordeel over de noodzaak van de verwijzing vergeleken met de uitkomst. Patiënten met vage klachten of patiënten die bang waren dat ze iets ernstigs mankeerden, bleken meestal op eigen initiatief verwezen. Patiënten in deze groepen hadden het geringste voordeel van de verwijzing en scoorden ook het laagst ten aanzien van de vermindering van klachten en ongerustheid. Juist in deze groepen was het oordeel van de panelleden over de noodzaak van de verwijzing het meest negatief. In de Groningse studie²³ is de relatie tussen het oordeel over de noodzaak en de uitkomst nagegaan op het niveau van de individuele patiënt. Er kon geen relatie worden aangetoond.

Beschouwing

Valt de kwaliteit van verwijzen te verbeteren?

Volgens de besproken onderzoeken zou een derde van de verwijzingen niet noodzakelijk zijn. Het is maar de vraag of deze verwijzingen bij een 'optimaal' verwijzgedrag inderdaad te voorkomen zouden zijn. Als het hierbij zou gaan om gebrek aan

kennis en vaardigheden, dan zou scholing en toetsing kunnen bijdragen. Maar als de achtergrond van de 'onnodige' verwijzingen bestaat uit contextuele factoren als drukte, moeheid bij de huisarts, druk van de patiënt of van de specialist, dan zullen deze factoren beschouwd moeten worden als onontkoombaar onderdeel van de dagelijkse werkelijkheid; lager kan het dan bijna niet.²⁷ Globale verwijscijfers verliezen nog meer betekenis als ook de ten onrechte *niet* verwezen patiënten in de beschouwing betrokken worden. Misschien zal het 'ideale' verwijscijfer dan wel hoger komen te liggen.

Op grond van globale cijfers vallen dus geen duidelijke uitspraken te doen. Toch tekent zich een aantal meer specifieke problemen af.

- Alle onderzoeken waren gericht op de kwaliteit van het *actief* verwijzen. In een Nederlands onderzoek bleek echter dat het aandeel van de herhaal- en achterafkaarten voor de internist 69 procent bedroeg en voor de chirurg 46 procent.²⁸ Op grond hiervan zou men kunnen concluderen, dat de inspanning zich niet zozeer moet richten op het actieve verwijzen door de huisarts, maar veeleer op het controlebeleid van de specialist, waarop de huisarts nu eenmaal minder invloed kan uitoefenen.

- In een onderzoek naar de implementatie van de NHG-Standaard Diabetes Mellitus type II bleek dat zes jaar na het verschijnen van de standaard 40 procent van de patiënten nog bij de specialist onder behandeling was.²⁹ Daar zijn vele verklaringen voor mogelijk, maar men kan er niet onderuit, dat aan de implementatie van standaarden hard gewerkt moet worden.

- Het wordt steeds duidelijker dat verwijzen om de patiënt gerust te stellen, weinig effectief is.²² Wat de ongeruste patiënt wil, is weten wat er aan de hand is. Misschien is een heldere uitleg door de huisarts over de achtergrond en de risico's van de klacht wel een effectiever middel om de ongerustheid weg te nemen. Een goede voorlichtingstechniek kan geleerd worden.

- Internisten vinden dat zij relatief vaak patiënten verwezen krijgen, aan wier klachten zij evenmin niets kunnen doen,²²

en het is aannemelijk dat dit probleem zich ook voordoet bij andere specialismen. Natuurlijk komt het voor dat de huisarts, door de patiënt gedwongen, niet anders kan dan verwijzen. Maar ook wordt verwezen vanuit een zekere gêne, bij gebrek aan een 'oplossing'. Omgekeerd zou een vergelijkbare gêne de specialist ervan kunnen weerhouden de patiënt terug te verwijzen, zolang het probleem niet is 'opgelost'.

- Bij de helft van de patiënten die verwezen worden naar de internist, staat de diagnose al vast.²² Beoordelaars vinden dat een aantal problemen met deze patiënten door middel van een telefonisch consult opgelost hadden kunnen worden. Deze mogelijkheid zou meer benut kunnen worden.

Hoe zou men de kwaliteit van verwijzen kunnen verhogen?

Er zijn verschillende pogingen gedaan het verwijzgedrag te beïnvloeden. De belangrijkste beweegredenen waren niet van kwalitatief inhoudelijke aard, doch werden ingegeven door de politieke wens te bezuinigen: behandelen in de tweede lijn – en dus verwijzen – is een dure aangelegenheid. Men verwachtte van drie soorten maatregelen een vermindering van het aantal verwijzingen: structurele, meestal financiële maatregelen, het bevorderen van de samenwerking tussen huisarts en specialist, en de inhoudelijke versterking van de positie van de huisarts.

- Naar het effect van *structurele maatregelen* – verkleining van de huisartspraktijken, beperking van het aantal ziekenhuisbedden en budgettering van de tweede lijn – op de kwaliteit van verwijzen is geen onderzoek verricht.

- Pogingen in Nederland om tot *samenwerking* te komen zijn mislukt,^{30,31} met als belangrijkste oorzaak dat de financiële en politieke belangen niet parallel liepen. Gemeenschappelijke ontwikkeling van standaarden samen met specialisten lijkt essentieel voor het ontstaan van een goed verwijsbeleid, niet in de laatste plaats omdat de specialist bepaalt op welk moment zijn bemoeienis eindigt. Alleen een complementaire en niet-competitieve verhouding tussen huisartsen en specialisten maakt een beleid op basis van weten-

schappelijke feiten en consensus mogelijk.

Het perspectief daarop is echter nogal somber. De ontwikkeling van consensus binnen het Centraal Begeleidings Orgaan voor Intercollegiale Toetsing heeft nog weinig praktische consequenties gehad. Het vraagt niet alleen om een cultuuromslag, waarbij territoriumdrift en afscherming van de disciplines overwonnen moeten worden, maar vooral een parallel lopen van financiële en politieke belangen. Zolang specialisten vanwege de tariefstructuur belang hebben bij veel verrichtingen en veel verwijzingen, is niet te verwachten dat een goede, inhoudelijke en breed gedragen discussie op gang komt. Men moet niet vergeten dat de Nederlandse huisarts een goede inhoudelijke discussie over de standaarden kon voeren, dankzij de relatieve zekerheid van de abonnementsstructuur en het ontbreken van concurrentie door het vestigingsbeleid. Van andere structurele maatregelen binnen het bestaande tariefsysteem lijkt niet veel te verwachten, gezien de resultaten in het verleden. De professionele autonomie is moeilijk te beïnvloeden als de professie zich verzet en bij dat verzet de patiënt aan zich weet te binden.

• Veel werd en wordt verwacht van de *inhoudelijke versterking van de huisartsgeneeskunde*, zoals het aan de huisarts beschikbaar stellen van een steeds uitgebreider diagnostisch areaal en het standaardenbeleid. Het effect van deze maatregelen op de kwaliteit van verwijzen is nog niet aangetoond. Het is zelfs de vraag of het toenemend aantal mogelijkheden voor de huisarts om aanvullend onderzoek aan te vragen vanzelfsprekend de kwaliteit van verwijzingen zal verhogen. Hoe meer onderzoek aangevraagd wordt, des te groter de kans op fout-positieven en daarmee de kans op een onterechte verwijzing. Voor elke vorm van aanvullend onderzoek moeten de testeigenschappen in de eerstelijns populatie onderzocht worden, om de huisarts in staat stellen de indicatie en interpretatie van aanvullend onderzoek goed te hanteren.

De beroepsgroep huisartsen heeft veel tijd en energie gestoken in het standaar-

denbeleid van het Nederlands Huisartsen Genootschap, dat huisartsen in staat stelt met meer zelfvertrouwen en zekerheid te handelen volgens 'the state of the art' en daarmee verantwoord te leven met onzekerheden. Juist deze eigenschap blijkt het verwijsgedrag gunstig te beïnvloeden.³² Onzekere huisartsen leggen hun verwijsmoment eerder bij 'gevaarlijke' klachten dan huisartsen die beter met onzekerheid kunnen omgaan. Tot nu toe is echter nog niet aangetoond dat een verhoogde kennis leidt tot gericht verwijzen.

Toch lijkt het waarschijnlijk dat het standaardenbeleid op den duur de verwijspatronen zal beïnvloeden. Daarvoor moet zijn voldaan aan twee voorwaarden: er moet veel tijd en energie worden gestoken in de implementatie van de standaarden, en de specialisten moeten actief betrokken worden bij de ontwikkeling van de standaarden. De implementatie blijkt een langdurig proces, zeker bij huisartsen die al langer praktiseren en voor wie de standaarden een aanpassing betekenen van een beleid dat vaak jaren met tevredenheid is gevoerd. Huisartsen in opleiding groeien op met de standaarden en zullen ze als uitgangspunt hanteren.

Tot slot

Verder breed en oriënterend opgezet onderzoek naar de noodzaak en de uitkomst van verwijzen zal naar alle waarschijnlijkheid niet veel nieuwe inzichten opleveren. Het is duidelijk dat onderzoek naar de kwaliteit van verwijzen alleen nog zinvol is als het voldoet aan de volgende voorwaarden: patiënt- en episodegebonden en koppeling aan de verwijsoeden, met weging van contextuele factoren. Onderzoek met expliciete criteria is wenselijk en mogelijk, mits men zich beperkt tot een enkele aandoening waarvoor een richtlijn te ontwikkelen is. Het is dan niet alleen interessant of huisartsen afwijken van de expliciete criteria, doch veeleer waarom ze dat doen.³³ niet alleen het handelen van de huisarts maar ook de criteria moeten ter discussie blijven.

Literatuur

- 1 Van de Lisdonk FH, Schellevis FG. Interdoktervariatie en de kwaliteit van verwijzingen. Een literatuuronderzoek. Huisarts Wet 1994; 37: 573-8.
- 2 Roland M. General practitioners referral rates, interpretation is difficult. BMJ 1988; 297: 437-38.
- 3 Wilkin D, Metcalfe DH, Marinker M. The meaning of information on General Practitioner referral rates to hospitals. Community Med 1989; 11: 65-70.
- 4 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: 83-85.
- 5 Coulter A, Seagroatt V, McPherson K. Relation between general practices' outpatient referral rates and rates of elective admission to hospital. BMJ 1990; 301: 271-76.
- 6 Reynolds D, Chitnis JE, Roland MO. General practitioners referrals: do good doctors refer more patients to the hospital? BMJ 1991; 302: 1250-2.
- 7 Donebedian A. The quality of medical care. A concept in search of a definition. J Fam Pract 1979; 9: 277-84.
- 8 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.
- 9 Emmanuel J, Walter N. Referrals from general practice to outpatient departments: a strategy for improvement. BMJ 1989; 299: 722-4.
- 10 Doeleman F. Improving communication between general practitioners and specialists. Fam Pract 1987; 4: 176-82.
- 11 Ter Braak EM, Van der Werf GT. Verwijzen of niet? Huisarts Wet 1984; 10: 334-7.
- 12 Krol LJ. De consument als leidend voorwerp in de gezondheidszorg [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1985.
- 13 Sladden MJ, Gragam-Brown RAC. How many GP referrals to dermatology outpatients are really necessary. J R Soc Med 1989; 89: 347-8.
- 14 Roland MO, Porter R, Matthews JG, et al. Improving care: a study of orthopaedic outpatients referrals. BMJ 1991; 302: 1124-8.
- 15 Knottnerus JA, Joosten J, Daams J. Comparing the quality of referrals of general practitioners with high and average referral ra-

- tes: an independent panel review. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 178-81.
- 16 Fertig A, Roland M, King H, Moore T. Understanding variation in rates of referral among general practitioners: are inappropriate referrals important and would guidelines help to reduce rates? *BMJ* 1993; 307: 1467-70.
 - 17 Bremer GJ. Het verwijzen in de huisartspraktijk. Assen: Van Gorcum, 1964.
 - 18 Brown JM. Why not audit hospital referrals? *J R Coll Gen Pract* 1979; 29: 793-4.
 - 19 Britton M, Orth-Gomer, Rehnqvist N. Patient benefits from medical measures: results in an outpatient clinic for internal medicine. *Soc Sci Med* 1980; 14A: 481-4.
 - 20 Coulter A, Bradlow J, Martin Bates C, et al. Outcome of general practitioner referrals to specialist outpatient clinics for back pain. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 450-3.
 - 21 De Jongh TOH. Verwijzing: verwachtingen en effecten. *Med Contact* 1986; 41: 511-5.
 - 22 Grundmeijer HGLM, Van Weert HCPM. Patiënt, huisarts en internist: een beschrijvende studie en een kwaliteitsanalyse van verwijzingen naar de internist [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992.
 - 23 Engelsman C, Geertsma A. De kwaliteit van verwijzingen [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1994.
 - 24 Roland MO, Dixon M. Problems in setting standards for hospital referrals: experience with warts. *BMJ* 1989; 299: 658-9.
 - 25 Bunker JP. Variations in hospital admissions and the appropriateness of care: American preoccupations? *BMJ* 1990; 301: 513-4.
 - 26 Barry MJ, AG Mulley, FJ Fowler, JE Wennberg. Watchfull waiting vs immediate transurethral resection for symptomatic prostatism: the importance of patients' preferences. *JAMA* 1988; 259: 3018-22.
 - 27 Lamberts H. Huisartsgeneeskundig handelen bij enkelklachten. Een beschouwing uit het Transitieproject. *Huisarts Wet* 1992; 34: 35-9.
 - 28 Kuyvenhoven MM, De Melker RA. Verwijzingen naar interne en chirurgische specialismen. *Huisarts Wet* 1986; 29: 365-8.
 - 29 Konings GPJM, Wijkkel D, Rutten GEHM. Lukt het werken volgens de NHG-Standaard Diabetes mellitus II? *Huisarts Wet* 1995; 39: 10-4.
 - 30 Swinkels MAA, Dopheide JP. Vervagende grenzen tussen eerste en tweede lijn: de casus Hoozevee. *Medisch Contact* 1983; 17: 512-14.
 - 31 Drewes JBJ, Helsloot RSM, Van de Maesen L, et al. De poliklinieken Ganzenhoef in nieuw perspectief. Amsterdam: Stichting Gezondheidszorg Zuidoost Lob, 1982.
 - 32 Knottnerus JA, Ebbens E, Govaerts PME, De Geus C. Klachten op de borst: omgaan met onzekerheden. *Huisarts Wet* 1985; 28: 159-64.
 - 33 Marinker M, Wilkin D, Metcalfe DH. Referral to hospital: can we do better? *BMJ* 1988; 297: 461-4. ■