

University of Groningen

De kwaliteit van verwijzingen

Engelsman, Carla; Geertsema, Albert

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1994

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Engelsman, C., & Geertsema, A. (1994). *De kwaliteit van verwijzingen*. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

4 DE KENMERKEN VAN DE RESPONSGROEPEN EN DE GENERALISEERBAARHEID VAN DE ONDERZOEKSRESULTATEN

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de respons en de kenmerken van responsgroepen - de niet-verwijzingsspecifieke variabelen - beschreven. Op basis van de respons en een vergelijking van een aantal kenmerken van de responsgroepen met de Nederlandse situatie worden conclusies getrokken ten aanzien van de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten.

In 4.2 wordt de respons beschreven. In 4.3 volgt de beschrijving van demografische en algemene kenmerken van de responsgroepen en een vergelijking van deze kenmerken, voor zover mogelijk, met de Nederlandse populatie en de populatie in Groningen/Friesland. In deze paragraaf komen ook de verwijzingsspecifieke kenmerken 'type ziekenhuis waarnaar verwezen' en 'morbiditeit' aan de orde, omdat deze kenmerken van belang zijn voor de bespreking van de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten.

In 4.4 worden achtereenvolgens besproken: de opvattingen over de taakafbakening tussen huisarts en specialist, de verwachtingen/opvattingen over het gedrag van de artsen in de arts-patiënt relatie en de Health Locus of Control van de patiënten (zie voor de constructie van de schalen bijlage VI). Een bespreking van de samenhang tussen de kenmerken van de responsgroepen volgt in 4.5. In 4.6, de samenvatting en beschouwing, worden conclusies getrokken ten aanzien van de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten.

4.2 De respons

4.2.1 De respons van de onderzoeksgroepen

Eerste dataverzamelingsperiode

HUISARTSEN

In de tweede helft van 1989 zijn 83 huisartsen aangeschreven met het verzoek deel te nemen aan het onderzoek. Drie huisartsen bleken niet (meer) als 'gewoon' huisarts werkzaam te zijn en één huisarts zou over een maand zijn praktijk beëindigen. De respons van de overige 79 huisartsen is 77 %. Van de 61 huisartsen die zich bereid hebben verklaard 6 verwijzingen aan te melden voor het onderzoek, hebben 5 om verschillende redenen geen enkele verwijzing aangemeld (ziekte, verbouwing praktijk of andere drukke werkzaamheden, die men van te voren niet had voorzien). Door 56 huisartsen zijn 324 verwijzingen aangemeld, gemiddeld 5.5 verwijzing per huisarts. Twee op de drie huisartsen hebben ten minste de 6 gevraagde patiënten aangemeld. Van de 324 aangemelde verwijzingen zijn uiteindelijk 309 in het onderzoek opgenomen, 15 verwijzingen zijn afgevallen, omdat:

- de klachten van patiënt waren verdwenen voordat de patiënt een afspraak had met de specialist, waardoor de patiënt afzag van de afspraak bij de specialist;
- de patiënt kon onverwachts sneller bij de specialist terecht, zodat een interview met de patiënt voor het bezoek aan de specialist niet meer mogelijk was.

Eén huisarts heeft tijdens het onderzoek zijn medewerking opgezegd, waardoor bij een verwijzing van deze huisarts geen gegevens van de huisarts op het tweede meetmoment beschikbaar zijn.

Een enkele huisarts heeft aangegeven dat hij soms patiënten, die voldeden aan de onderzoekscriteria, niet heeft gevraagd deel te nemen aan het onderzoek, omdat hij inschatte dat een dergelijk onderzoek emotioneel te belastend zou kunnen zijn of dat de patiënt waarschijnlijk toch zou weigeren deel te nemen. Een aantal huisartsen heeft verteld dat zij wel eens hebben vergeten een patiënt te vragen. Hoe vaak en bij welke verwijzingen zich dit heeft voorgedaan is niet na te gaan. Het lijkt onwaarschijnlijk dat hierdoor een grote selectie is opgetreden.

PATIËNTEN

De respons van de patiënten is 93 %; 23 patiënten hebben geweigerd deel te nemen toen de huisarts hen op het moment van verwijzen vroeg. Het betreft patiënten met uiteenlopende klachten of symptomen en van verschillende leeftijd en geslacht.

Twee patiënten, die in eerste instantie hun medewerking hadden toegezegd bij de huisarts, hebben zich later teruggetrokken, zodat 307 patiënten aan de eerste meting (T1) hebben deel genomen.

Op het tweede meetmoment (T2) zijn nog 304 patiënten overgebleven: 2 patiënten zijn door verhuizing niet meer op te sporen en 1 patiënt is overleden.

Op het derde meetmoment (T3) zijn nog 296 patiënten overgebleven: 1 patiënt is overleden, 3 patiënten zijn te ziek om de vragenlijst in te vullen en 4 patiënten zijn door verhuizing niet meer op te sporen.

SPECIALISTEN

Voor aanvang van de dataverzameling hebben 2 specialisten, na ontvangst van onze informatie, laten weten dat ze niet mee wilden werken aan het onderzoek. In de loop van het onderzoek hebben nog 2 specialisten geweigerd deel te nemen. In totaal zijn 100 specialisten gevraagd mee te werken aan het onderzoek. De respons van de specialisten is 96 %. Drie andere specialisten hebben aanvankelijk wel bij één of meerdere verwijzingen meegewerkt, maar vielen af toen zij opnieuw werden benaderd om aan een verwijzing mee te werken. Gemiddeld zijn de deelnemende specialisten bij 3.1 verwijzingen betrokken geweest (spreiding van 1 tot 14 verwijzingen).

Tweede dataverzamelingsperiode

Tijdens de tweede dataverzamelingsperiode zijn de patiënten, die op T3 van de eerste dataverzamelingsperiode nog over zijn gebleven, opnieuw aangeschreven met het verzoek de vragenlijst over de verwachting ten aanzien van het gedrag van de huisarts in te vullen.

Het aantal patiënten dat de vragenlijst heeft ingevuld is 256 (respons 87 %). De non-responsgroep bestaat uit: 16 patiënten die niet meer willen meewerken, 16 patiënten die zijn verhuisd en van wie het nieuwe adres niet te achterhalen is, 2 patiënten die zijn overleden en 6 patiënten die zeggen te ziek te zijn om deel te nemen.

Op T2 van de eerste dataverzamelingsperiode zijn nog 56 huisartsen en 96 specialisten bij het onderzoek betrokken. Tijdens de tweede dataverzamelingsperiode zijn 50

huisartsen (respons 89 %) en 81 specialisten (respons 84 %) bereid gevonden een vragenlijst in te vullen over hun opvattingen over de wederzijdse taakafbakening. De huisartsen is tevens gevraagd een lijst in te vullen over de opvatting ten aanzien van het gedrag van de huisarts in de arts-patiënt relatie. De reden voor de non-respons bij de huisartsen is dat men niet bereid is tot verdere deelname. De redenen bij de specialisten voor de non-respons zijn: men is of wel niet meer werkzaam in het ziekenhuis en het is niet meer te achterhalen waar men nu werkzaam is, of men is niet bereid tot verdere deelname.

4.2.2 De respons op het ter beschikking stellen van de verwijs- en specialistenbrieven

Ongeveer de helft van de huisartsen beschikt over een kopie van de verwijsbrieven. Voor het verkrijgen van de overige verwijsbrieven zijn de specialisten benaderd. Bij 284 verwijzingen is een kopie van de verwijsbrief achterhaald (92 %). Van de overige 25 verwijzingen is geen verwijsbrief beschikbaar, omdat:

- één specialist, waarnaar 14 patiënten zijn verwezen, de verwijsbrieven vernietigt, zodra de specialistenbrief aan de huisarts is geschreven;
- twee patiënten geen toestemming hebben gegeven voor inzage in de verwijsbrief;
- bij één verwijzing de specialist meldt dat hij geen verwijsbrief heeft ontvangen;
- twee verwijsbrieven niet compleet zijn;
- in de resterende gevallen de specialist de verwijsbrief niet meer kan terug vinden.

Een kopie van de specialistenbrieven kon vrijwel altijd via de huisarts worden verkregen. Een enkele huisarts vat de specialistenbrieven samen en vernietigt de originele brief. In deze gevallen is de specialist gevraagd een kopie te verstrekken. Bij 307 verwijzingen zijn kopieën van de specialistenbrieven beschikbaar gesteld (99 %).

4.3 De demografische en algemene kenmerken

4.3.1 De huisartsengroep

Tabel 4.1 Leeftijd huisartsen

	respons- groep % (N=56)	non-respons- groep % (N=18)	populatie % (N=6275)
30-39 jaar	32.7	38.5	43.4
40-49 jaar	41.8	38.5	32.8
50- > jaar	25.4	23.1	23.8

het verschil tussen de responsgroep en de populatie is niet significant

Tabel 4.2 Aantal jaren werkzaam in de huidige praktijk¹⁾

	respons- groep % (N=56)	non-respons- groep % (N=18)	populatie % (N=6275)
0-5 jaar	21.8	11.8	27.9
6-10 jaar	16.4	11.8	24.3
11-15 jaar	23.6	35.3	19.1
16-20 jaar	21.8	23.6	9.5
21-25 jaar	9.1	5.9	6.9
26- > jaar 7.2	11.8	12.3	

het verschil tussen de responsgroep en de populatie is significant ($\text{Chi}^2=12.8$, $\text{df}=5$, $p=.03$).

- 1) in deze tabel is het aantal jaren werkzaam in de huidige praktijk opgenomen om een vergelijking met de populatie te kunnen maken. Deze variabele hangt sterk samen met 'het aantal jaren praktijkervaring van de huisarts' (Pearson's $R=.98$)

Tabel 4.3 Geslacht huisartsen

	respons- groep % (N=56)	non-respons- groep % (N=18)	populatie % (N=6275)	populatie Gron/Fries % (N=499)
man	80.4	88.9	89.8	91.0
vrouw	19.6	11.1	10.2	9.0

het verschil tussen de responsgroep en de populatie, respectievelijk de populatie Groningen/Friesland is significant (respectievelijk $\text{Chi}^2=4.39$, $\text{df}=1$, $p=.04$; $\text{Chi}^2=5.15$, $\text{df}=1$, $p=.02$).

Tabel 4.4 Praktijkvorm huisartsen

	respons- groep % (N=56)	non-respons- groep % (N=18)	populatie % (N=6275)	populatie Gron/Fries % (N=499)
solopraktijk 4.3	66.7	54.5	64.3	
associatie/duopraktijk	21.4	27.8	31.2	26.9
groepspraktijk	10.7	0.0	6.8	5.2
gezondheidscentrum	3.6	5.6	7.5	3.6

het verschil tussen de responsgroep en de populatie respectievelijk de populatie Groningen/Friesland is niet significant.

Tabel 4.5 Praktijkgrootte huisartsen (gemiddelde)

	respons- groep (N=56)	non-respons- groep (N=18)	populatie (N=6275)
aantal patiënten totaal	2210	2530	2345

vergelijking van de gemiddelde praktijkgrootte van de responsgroep en de populatie is niet mogelijk, omdat de standaarddeviatie van de gemiddelde praktijkgrootte van de populatie niet bekend is

Tabel 4.6 Apotheekhoudende huisartsen

	respons- groep % (N=56)	non-respons- groep % (N=18)	populatie % (N=6275)
apothekhoudend	28.6	33.3	12.2
niet-apothekhoudend	71.4	66.7	87.8

het verschil tussen de responsgroep en de populatie is significant ($\chi^2=12.26$, $df=1$, $p<.001$).

Tabel 4.7 Urbanisatiegraad huisartsen

	respons- groep % (N=56)	non-respons- groep % (N=18)	populatie % (N=6275)
landelijk gebied	23.2	27.8	11.2
verstedelijkt gebied	25.0	16.7	22.6
forensengemeenten	10.7	5.6	14.0
kleine steden (C1+C2)	8.9	5.6	10.6
middelgrote steden (C3+C4)	17.9	16.7	15.8
grote steden (C5)	14.3	27.8	25.8

het verschil tussen de responsgroep en de populatie is niet significant.

Uit de tabellen 4.1-4.7 blijkt dat voor de kenmerken leeftijd, praktijkvorm en urbanisatiegraad geen significant verschil bestaat tussen de responsgroep en de populatie Nederlandse huisartsen.* Wel zijn er in het onderzoek significant meer vrouwen vertegenwoordigd. De steekproef bevat tevens significant meer apothekhoudende huisartsen dan de populatie. Dit valt te verklaren uit het relatief grote aantal huisartsen woonachtig in landelijke gebieden en het relatief kleine aantal huisartsen in grote steden. In landelijke gebieden is bijna de helft van de huisartsen apothekhoudend en

* Bron voor gegevens huisartsen Nederland en Groningen/Friesland: Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg 1988¹

in grote steden zijn geen apotheekhoudende huisartsen.¹ Tenslotte is het aandeel van huisartsen dat 11-20 jaren werkzaam is in de huidige praktijk significant hoger dan in de populatie. In de populatie is het aantal artsen met 0-10 jaar ervaring groter. De verschillen tussen de responsgroep en de non-responsgroep zijn niet statistisch getoetst, gezien het geringe aantal artsen in de non-responsgroep.

4.3.2 De specialistengroep

Tabel 4.8 Leeftijd specialisten

	respons- groep % (N=93)	specialisten Nederland ¹⁾ % (N=3252)
< -39 jaar 47.6	26.6	
40-49 jaar	25.6	40.9
50-59 jaar	20.7	21.8
60- > jaar 6.1	10.8	

het verschil tussen de responsgroep en de populatie is significant ($\text{Chi}^2=21.03$, $\text{df}=3$, $p<.001$)

- 1) geregistreerde specialisten werkzaam in de specialismen algemene interne, longziekten, cardiologie, gastro-enterologie, neurologie en dermatologie volgens de Landelijke Registratie Specialisten

Tabel 4.9 Praktijkervaring als geregistreerd specialist

	respons- groep % (N=93)
< - 9 jaar	48.4
10-19 jaar	32.9
20-29 jaar	16.5
30- > jaar 2.2	

Tabel 4.10 Specialisme

	respons- groep % (N=93)
algemene interne	35.5
cardiologie 7.2	
longziekten 5.4	
gastro-enterologie	6.5
neurologie	18.3
dermatologie	17.2

Tabel 4.11 Type ziekenhuis

	respons- groep % (N=93)
basisziekenhuis (< 250 bedden)	18.3
centrumziekenhuis (> 250 bedden)	53.7
academisch ziekenhuis	28.0

Van de specialisten uit de responsgroep is 10.8 % vrouw. De tabellen 4.8-4.11 laten zien dat bijna de helft van de specialisten in de responsgroep jonger is dan 40 jaar en minder dan 10 jaar ervaring heeft.* Bijna tweederde is werkzaam bij één van de interne specialismen en een meerderheid is werkzaam in een centrumziekenhuis.

De vergelijking met de populatiegegevens is alleen mogelijk voor de leeftijdsopbouw (tabel 4.8). De vergelijking laat zien dat in de responsgroep de jongste leeftijdscategorie oververtegenwoordigd is. Dit kan voor een deel worden verklaard uit het feit dat de populatiecijfers alleen betrekking hebben op geregistreerde specialisten, terwijl de responsgroep 15.4 % niet als specialist geregistreerde artsen bevat. Deze arts-assistenten zijn allen jonger dan 39 jaar.

4.3.3 De patiëntengroep

Tabel 4.12 Leeftijd patiënten

	respons- groep % (N=307)
< -30 jaar	22.5
31-40 jaar	17.0
41-50 jaar	17.6
51-60 jaar	19.5
61-70 jaar	13.1
71- > jaar	10.4

* Aan het onderzoek is door 14 assistent geneeskundigen meegewerkt, die op de variabele 'praktijkervaring als geregistreerd specialist' (tabel 4.9) de waarde '0' hebben gekregen.

Tabel 4.13 Verzekeringsvorm patiënten

	respons- groep % (N=307)	populatie Nederland ¹⁾ %	populatie Gron/Fries ¹⁾ %
ziekenfonds	61.4	63.4	
particulier	26.1	38.6	36.6

het verschil tussen de responsgroep en de populatie Nederland, respectievelijk de populatie Groningen/Friesland is significant (respectievelijk $\chi^2=19.49$, $df=1$, $p<.001$; $\chi^2=14.25$, $df=1$, $p<.001$)

1) bron: LISZ/IBIS²

Tabel 4.14 Opleiding patiënten

Studie ¹⁾	respons- groep % (N=307)	populatie Nat. % (N=199731)
basisonderwijs, lager onderwijs	26.4	27.4
lager beroepsonderwijs, of VGLO, LAVO	23.1	{
MULO/MAVO	14.3	{
HAVO/HBS/MMS/atheneum/gymnasium	6.5	59.6 {
middelbaar beroepsonderwijs	16.9	{
hoger beroepsonderwijs/universitair kandidaats	10.7	[
universiteit doctoraal	2.0	12.9 [

het verschil tussen de responsgroep en de populatie is niet significant

1) bron: Velden J van der et al³; < 18 jaar zijn niet opgenomen, evenals de personen waarvan de opleiding onbekend is

Tabel 4.15 Afstand tussen woonplaats patiënt en vestigingsplaats ziekenhuis

afstand in kilometers	respons- groep % (N=307)
0	44.0
5 of 10	28.6
15 of 20	15.6
25 of 30	8.1
meer dan 30	3.6

Uit tabel 4.12 blijkt dat in het onderzoek patiënten uit alle leeftijdscategorieën zijn vertegenwoordigd. De responsgroep bevat meer ziekenfondspatiënten dan de populatie Nederland en Groningen/Friesland (tabel 4.13). Dit komt overeen met gegevens uit andere onderzoeken, waaruit blijkt dat ziekenfondspatiënten vaker worden verwezen

dan particuliere patiënten.^{4,5} De opleiding van de patiënten uit de responsgroep komt overeen met die van de totale populatie in de Nationale Studie (tabel 4.14). Het effect van opleiding op de kans om verwezen te worden is onduidelijk. Sommige auteurs zijn van mening dat lager opgeleiden een grotere kans hebben om verwezen te worden, terwijl volgens anderen juist hoger opgeleiden een grotere kans op een specialistenconsult hebben.⁴ Bijna de helft van de patiënten woont in de vestigingsplaats van het ziekenhuis waarnaar men is verwezen (tabel 4.15, afstand '0' kilometer). De man/vrouw verhouding bij de patiënten is 41.7 : 58.3. In de Nationale Studie is de man/vrouw verhouding bij verwezen patiënten 45.8 : 54.2.⁴ Het verschil is niet significant.

De kenmerken van de responsgroep zijn niet vergeleken met de non-responsgroep, omdat de non-responsgroep relatief klein is (7 %) en de gegevens over de non-responsgroep onvolledig zijn.

4.3.4 Twee verwijzings specifieke kenmerken

Tabel 4.16 De ziekenhuizen waarnaar de patiënten zijn verwezen

Ned.zkhn	respons- groep	
	% (N=307)	% (N=63075) ¹⁾
basisziekenhuizen (< 250 bedden)	17.0	11.7
centrumziekenhuizen (> 250 bedden)	71.6	76.1
academisch ziekenhuis	11.4	12.2

het verschil tussen het aantal verwijzingen en het aantal bedden in de Nederlandse ziekenhuizen is significant ($\text{Chi}^2=8.10$, $\text{df}=2$, $p=.02$)

1) aantal bedden

Bij de vergelijking tussen het aantal verwijzingen en het aantal bedden per type ziekenhuis in tabel 4.16 is ervan uitgegaan dat de verhouding tussen de typen ziekenhuizen wat betreft het aantal bedden een redelijke indicatie is voor de verhouding van het aantal verwijzingen. De (geringe) oververtegenwoordiging van verwijzingen naar kleine ziekenhuizen in het onderzoek kan samenhangen met het onderzoeksgebied, dat uit relatief veel landelijk gebied bestaat.

Tabel 4.17 De vijf meest voorkomende verwijfsdiagnoses per specialisme¹⁾

interne specialismen ²⁾	neurologie	dermatologie
angina pectoris (*,#)	hernia nucleii pulposi (*,#)	maligne neoplasma huid (*,#)
CARA (*,#) ³⁾	carpale tunnel syndr. (*,-)	eczeem NEC (*,-)
spastisch colon (-,#)	aand. perif. zenuwst. (*,-)	contact eczeem (-,#)
aambeien (-,-)	(spannings) hoofdpijn (*,#)	varices (*,-)
ziekten oesophagus (-,#)	afwijking CWK (-,-)	wrat (-,#)/seb.eczeem (-,-)

- 1) tussen haakjes: * betekent dat deze diagnose voorkomt in de top 10 van de verwijfsdiagnoses in de Nationale Studie, # betekent dat deze diagnose voorkomt in de top 5 van de verwijfsdiagnoses van het Transitieproject
- 2) interne specialismen is een samenvoeging van algemene interne, cardiologie, gastro-enterologie en longziekten
- 3) CARA is een samenvoeging van R91 en R96

Uit tabel 4.17 blijkt dat de morbiditeit in de responsgroep redelijk overeenkomt met de morbiditeit in de Nationale Studie⁴ en het Transitieproject.⁶ Slechts drie diagnoses staan niet in de top 10 van de Nationale Studie of de top 5 van het Transitieproject, namelijk ‘aambeien’, ‘afwijkingen cervicale wervelkolom’ en ‘seborroisch eczeem’. De vergelijking met de Nationale Studie heeft als beperking dat bij deze studie van elke verwijzing een werkhypothese van de huisarts is geregistreerd. Dit kan zowel een ziektediagnose (component 7 uit de ICPC) als een symptoomdiagnose (component 1) zijn. In ons onderzoek is de diagnose van de huisarts alleen gecodeerd, als de huisarts een waarschijnlijkheidsdiagnose had. In de overige gevallen is ‘geen diagnose’ gecodeerd.

4.4 De verwachtingen en opvattingen van de patiënt en de artsen

4.4.1 De taakafbakening tussen huisarts en specialist

Uit de antwoorden op de uitsprakenlijst (tabel 4.18) blijkt dat huisartsen zichzelf een bredere taak toebedelen dan de specialisten de huisartsen toebedelen. Het meest uitgesproken komt dat naar voren bij de zorg voor chronische patiënten (item 7). De gemiddelde score van de huisartsen is 6.4 (SD=1.1; bereik 0-10) en van de specialisten 4.4 (SD=1.4). Het verschil in gemiddelden tussen beide groepen is significant ($t=9.24$, $p<.001$).

Tabel 4.18 De antwoorden van de huisartsen (N=56) en specialisten (N=96) op de uitspraken¹⁾

		mee eens/			
		eens	oneens	oneens	
		%	%	%	
1.	Bij een verwijzing komt de verantwoordelijkheid voor de zorg volledig bij de specialist te liggen.	ha	23	46	31
		sp	35	38	27

2. Een deel van het diagnostisch werk dat uitsluitend door specialisten wordt gedaan zou eigenlijk evengoed door huisartsen gedaan kunnen worden.	ha	46	43	11
	sp	23	35	41
3. De huisarts moet er voor oppassen dat hij niet te veel op het terrein van de specialist komt.	ha	11	30	59
	sp	37	42	21
4. De specialist, die een patiënt wil laten behandelen door een collega van een ander specialisme, dient eerst de mening van de huisarts van die patiënt daarover te vragen.	ha	79	13	9
	sp	41	37	22
5. Specialisten moeten zich in de eerste plaats opstellen als consulenten voor de huisarts.	ha	57	34	9
	sp	39	34	27
6. Als de specialist de huisarts verzoekt om na een jaar een nieuwe verwijskaart af te geven, behoort de huisarts aan dat verzoek te voldoen.	ha	23	57	20
	sp	65	25	10
7. Wat betreft de zorg voor chronische patiënten is het aandeel van de specialist in de praktijk groter dan eigenlijk gewenst is.	ha	64	29	7
	sp	7	34	60
8. Als huisarts en specialist van mening verschillen over de wenselijkheid van een ziekenhuisopname, dient het oordeel van de spec. de doorslag te geven.	ha	11	39	50
	sp	44	33	22
9. De huisarts zou meer invloed moeten hebben op wat er met zijn verwezen patiënt gebeurt.	ha	50	38	13
	sp	23	41	36

1) de antwoordcategorieën 'helemaal mee (on)eens' en 'mee (on)eens' zijn samengevoegd tot 'mee (on)eens'

Uit tabel 4.19 blijkt dat de huisartsen vaker dan de specialisten vinden dat de diagnostiek respectievelijk de therapie van de aandoeningen een taak voor de huisarts is. De grootste verschillen bestaan bij pneumonie en angina pectoris; bij de ziekte van Parkinson is het verschil tussen de huisartsen en specialist het geringst.

In tabel 4.20 zijn de gemiddelde scores van de huisartsen en de specialisten voor de taakafbakening bij de diagnostiek en de therapie weergegeven. Voor beide is het verschil in gemiddelden tussen de huisartsen en de specialisten significant (respectievelijk $t = 8.14$, $p < .001$; $t = 6.32$, $p < .001$).

Tabel 4.19 De antwoorden van huisartsen en specialisten in hoeverre diagnostiek resp. therapie van de aandoeningen een taak van de huisarts is (in percentages)^{1,2)}

	diagnostiek		therapie	
	ha	sp	ha	sp
ulcus duodeni	77	31	100	79
colitis ulcerosa	*4	1	20	7
chronische bronchitis	79	63	89	81
pneumonie	98	54	*91	54
hyperthyreoïdie	43	12	14	9
diabetes mel. type II	96	68	96	79
angina pectoris	61	23	74	40
hypertensie	80	*100	91	
ziekte van Parkinson	25	22	25	28
hernia nucleus pulposi	38	18	29	19
CVA in actieve fase	54	23	36	25
migraine	91	75	*96	91
ulcus cruris	69	88	53	
psoriasis	73	56	55	51
eczeem	95	60	91	69

- 1) een vierpuntsschaal met aan de ene zijde 'huisartsentaak' en aan de andere zijde 'specialistentaak'; de percentages zijn een samenvoeging van de twee punten aan de zijde 'huisartsentaak'
- 2) de items met een asterix zijn niet in de schaal opgenomen

Tabel 4.20 De gemiddelde scores van de huisartsen en de specialisten op de taakafbakening bij diagnostiek en therapie (bereik 0-10)

	gemiddelde	SD
<i>diagnostiek</i>		
huisartsen	5.8	.99
specialisten	4.0	
<i>therapie</i>		
huisartsen	5.8	1.0
specialisten	4.5	

4.4.2 Het gedrag van huisartsen in de arts-patiënt relatie

Zoals in tabel 4.21 is te zien verschillen de verwachtingen van de patiënt en de opvattingen van de huisarts over het gedrag van de huisarts in de arts-patiënt relatie bij de meeste items. De patiënten zijn veel vaker dan de huisartsen van mening dat de huisarts tegemoet moet komen aan de wensen van de patiënt (uitgezonderd het voorschrijven van een slaapmiddel) en het zekere voor het onzekere moet nemen. De gemiddelde score voor de verwachtingen van de patiënt is 6.8 (SD=1.3; bereik 0-10) en voor de opvattingen van de huisarts 4.3 (SD=1.1). Patiënten en huisartsen verschillen significant van mening ($t=-13.10$, $df=288$, $p<.001$).

Tabel 4.21 Verwachtingen van de patiënt (N=256) en opvattingen van de huisarts (N=50) over het gedrag van de huisarts in de arts-patiënt relatie (percentages)^{1,2)}

	mee eens		verschil ha-pat ³⁾
	patiënt	huisarts	
1. Ik heb het recht om naar een specialist te worden verwezen, als ik dat wil.	90	52	*
2. Als de huisarts er niet uit kan komen waardoor mijn klachten worden veroorzaakt, moet hij mij altijd verwijzen.	98	36	*
3. Als ik de huisarts met nadruk vraag om een slaapmiddel voor te schrijven, moet hij dat altijd doen.	22	12	-
4. Ik vind dat ik alle tijd van de huisarts moet krijgen om mijn verhaal kwijt te kunnen, ook al loopt het spreekuur daardoor uit.	67	42	*
5. Ik vind dat de huisarts altijd met onderzoek door moet gaan, tot hij precies weet waardoor de klachten worden veroorzaakt.	78	8	*
6. Als ik de huisarts met klem om een verwijzing naar de fysiotherapeut vraag, moet hij dat doen.	68	20	*
7. Ik vind dat de huisarts altijd het zekere voor het onzekere moet nemen, wanneer ik met lichamelijke klachten bij hem kom.	98	32	*
8. Als ik ontevreden ben over de hulp van een specialist en ik wil naar een andere specialist, dan moet de huisarts mij doorsturen.	91	42	*
9. Als ik met nadruk om een bepaald onderzoek vraag, omdat ik mij zorgen maak over de klachten, dan moet de huisarts dat onderzoek (laten) doen.	89	38	*

1) de categorieën 'helemaal mee eens' en 'mee eens' samen (totaal 4 categorieën).

2) voor de huisartsenantwoorden dienen de zinnen te worden gelezen als: 'Ik vind dat een patiënt het recht heeft om naar een specialist verwezen te worden als de patiënt dat wil'.

3) * betekent dat het verschil in de gemiddelde score tussen de huisartsen en de patiënten significant is voor $p < .001$ (Mann-Whitney toets)

4.4.3 Het gedrag van specialisten in de arts-patiënt relatie

Wanneer patiënten naar hun verwachtingen over het gedrag van specialisten worden gevraagd, kiest een groot aantal van de patiënten voor de neutrale middencategorie (tabel 4.22). De patiënten hebben geen erg hoge verwachtingen van de specialisten, getuige de gemiddelde score op de schaal van 5.6 (SD=1.4; bereik 0-10).

Tabel 4.22 De verwachting van de patiënt over het gedrag van specialisten (N=307)¹⁾

	mee eens %	eens/ oneens %	oneens %
1. spec betrekken altijd de mening van pat bij hun beslissingen	<u>30</u>	35	35
2. spec besteden onvoldoende aandacht aan de klachten van pat	17	23	<u>60</u>
3. spec leggen pat informatie in begrijpelijke taal uit	<u>49</u>	25	26
4. spec geven pat voldoende informatie over de aandoening die ze hebben	<u>51</u>	27	22
5. spec geven pat voldoende ruimte om vragen te stellen	<u>55</u>	25	20
6. spec zijn vaak karig in hun mededelingen naar pat	39	30	<u>31</u>
7. spec leggen pat voldoende uit waarom het onderzoek/ de behandeling nodig is	<u>60</u>	21	19
8. spec doen soms te weinig om de klachten te behandelen of de oorzaak van de klachten vast te stellen	17	25	<u>58</u>
9. spec behandelen pat als een nummer	22	25	<u>53</u>
10. spec zijn vaak ongeduldig als een pat iets vraagt	19	28	<u>53</u>
11. spec nemen rustig de tijd voor een pat	40	36	24

- 1) de antwoordcategorieën 'helemaal mee (on)eens' en 'mee (on)eens' zijn samengevoegd tot 'mee (on)eens'; de percentages die betrekking hebben op een positieve verwachting zijn onderstreept

4.4.4 De Health Locus of Control schaal

De gemiddelde scores op de intern-schaal, de arts-schaal en de toeval-schaal zijn respectievelijk 4.18 (SD=1.7), 3.80 (SD=1.8) en 4.07 (SD=1.9). Het bereik van de drie schalen loopt van 0 tot 10 en hoe hoger de score, hoe meer de patiënt van mening is dat zijn gezondheid door zichzelf, door artsen of door het toeval wordt beïnvloed. De intern-schaal hangt niet samen met de arts-schaal; tussen de intern-schaal en de toeval-schaal en de arts-schaal en de toeval-schaal is wel een significante samenhang (zie bijlage VI).

4.5 De samenhang tussen de niet-verwijzingsspecifieke verklarende variabelen

De samenhang tussen huisartsenkenmerken

Tabel 4.23 laat zien dat tussen leeftijd en praktijkervaring van de huisarts een zeer sterke positieve samenhang bestaat, evenals tussen het hebben van een apotheek en vestiging in landelijke gebieden, tussen het kennen van en het schrijven volgens de NHG-standaard, tussen de taakopvatting op diagnostisch en therapeutisch gebied.

Alleen de algemene kenmerken praktijkervaring en praktijkgrootte blijken samen te hangen met de opvattingen van de huisarts. Huisartsen met meer praktijkervaring en een grotere praktijk laten het therapeutisch handelen vaker aan de specialist over, dan minder ervaren huisartsen en huisartsen met een kleinere praktijk. Daarnaast blijken oudere en meer ervaren huisartsen en huisartsen met een smalle taakopvatting op

therapeutisch gebied meer 'dienstbaar' naar de patiënt te willen zijn dan jongere en minder ervaren huisartsen en huisartsen die een brede taakopvatting hebben op therapeutisch gebied.

Verder blijkt dat hoe breder de taakopvatting, hoe vaker de huisarts aangeeft de NHG-standaard te kennen en dat huisartsen in samenwerkingsverbanden vaak een kleinere praktijk hebben dan solisten.

Tabel 4.23 De samenhang tussen de huisartsenkenmerken (N=55)¹⁾

	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
(1) leeftijd	<u>.93^P</u>	.23 ^E	.24 ^P	.06 ^E	.06 ^E	-.17 ^P	-.26 ^P
(2) praktijkervaring	-	.20 ^E	*.29 ^P	.04 ^E	.06 ^E	-.21 ^P	-.24 ^P
(3) praktijkvorm	-	-	*.37 ^E	.24 ^C	.35 ^C	.36 ^E	.15 ^E
(4) praktijkgrootte	-	-	-	.07 ^E	.13 ^E	-.16 ^P	-.18 ^P
(5) apotheekhoudend	-	-	-	-	<u>.57^C</u>	.10 ^P	.07 ^P
(6) urbanisatiegraad	-	-	-	-	-	.08 ^E	.12 ^E
(7) taakopvat.uitspraken	-	-	-	-	-	-	*.29 ^P

	(9)	(10)	(11)	(12)
(1) leeftijd		-.25 ^P	.26 ^E	.06 ^E
(2) praktijkervaring		*.31 ^P	.20 ^E	.01 ^E
(3) praktijkvorm		.26 ^E	.28 ^C	.28 ^C
(4) praktijkgrootte		*.32 ^P	.06 ^E	.04 ^E
(5) apotheekhoudend		.03 ^P	.12 ^C	.08 ^C
(6) urbanisatiegraad		.01 ^E	.04 ^E	.10 ^E
(7) taakopvat.uitspraken		*.31 ^P	.12 ^E	.07 ^E
(8) taakopvat.aandoen.diagnostiek		<u>.63^P</u>	<u>.34^E</u>	.13 ^E
(9) taakopvat.aandoen.therapie		-	*.29 ^E	.01 ^E
(10) NHG-standaard verw.brf. bekend		-	-	<u>.42^C</u>
(11) schrijven vlgs. NHG-standaard		-	-	-.02 ^E
(12) opvatting gedrag huisarts		-	-	-

1) * betekent $p < .05$, enkel onderstreept $p < .01$ en dubbel onderstreept $p < .001$; P=Pearson's R, E=eta; C=Cramér's V of phi

De samenhang tussen de specialistenkenmerken

Uit tabel 4.24 blijkt dat bij de specialisten een zeer sterke samenhang bestaat tussen leeftijd en praktijkervaring, tussen praktijkervaring en het type ziekenhuis. Dit komt, omdat de jonge artsen in opleiding tot specialist, alleen in een academisch ziekenhuis of een centrumziekenhuis werken en niet in een basisziekenhuis.

Tussen de demografische, algemene kenmerken en de opvattingen van de specialisten bestaat in het geheel geen samenhang.

Tabel 4.24 De samenhang tussen de specialistenkenmerken (N=93)¹⁾

	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
(1) leeftijd	<u>.93^P</u>	.27 ^E	<u>.48^E</u>	-.06 ^P	-.15 ^P	-.10 ^P
(2) praktijkervaring	-	.28 ^E	<u>.51^E</u>	-.06 ^P	-.09 ^P	-.03 ^P
(3) specialisme	-	-	.31 ^C	.27 ^E	.27 ^E	.12 ^E
(4) type ziekenhuis	-	-	-	.23 ^E	.19 ^E	.12 ^E
(5) taakopvat.uitspraken	-	-	-	-	.10 ^P	<u>.29^P</u>
(6) taakopvat.aandoen.diagnostiek	-	-	-	-	-	.19 ^P
(7) taakopvat.aandoen.therapie	-	-	-	-	-	-

1) * betekent $p < .05$, enkel onderstreept $p < .01$ en dubbel onderstreept $p < .001$; P=Pearson's R, E=eta; C=Cramér's V of phi

De samenhang tussen de patiëntenkenmerken

Tabel 4.25 De samenhang tussen de patiëntenkenmerken (N=256)¹⁾

	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
(1) leeftijd	.07 ^E	<u>.46^E</u>	.01 ^E	<u>.16^P</u>	<u>.25^P</u>	.01 ^P	<u>.46^P</u>	<u>.26^P</u>
(2) geslacht	-	<u>.31^C</u>	.08 ^C	.03 ^E	.12 ^E	.07 ^E	.03 ^E	.01 ^E
(3) opleiding	-	-	<u>.37^C</u>	<u>.24^E</u>	*.23 ^E	.19 ^E	<u>.40^E</u>	*.21 ^E
(4) verzek.vorm	-	-	-	.04 ^E	.10 ^E	-.07 ^E	.06 ^E	.01 ^E
(5) verw. gedrag specialist	-	-	-	-	.07 ^P	-.10 ^P	<u>.23^P</u>	.09 ^P
(6) verw. gedrag huisarts	-	-	-	-	-	-.03 ^P	<u>.34^P</u>	*.15 ^P
(7) locus of control:intern	-	-	-	-	-	-	.09 ^P	<u>.23^P</u>
(8) locus of control:arts	-	-	-	-	-	-	-	<u>.37^P</u>
(9) locus of control:toeval	-	-	-	-	-	-	-	-

1) * betekent $p < .05$, enkel onderstreept $p < .01$ en dubbel onderstreept $p < .001$; P=Pearson's R, E=eta; C=Cramér's V of phi

Mannen hebben vaker een hogere opleiding gevolgd dan vrouwen en naarmate de patiënt ouder is heeft deze vaker alleen lager onderwijs gevolgd. Oudere patiënten hebben vaker een positiever beeld over het gedrag van de specialist dan jongere. Patiënten met lager(beroeps)onderwijs, MULO/MAVO of middelbaarberoepsonderwijs hebben hogere verwachtingen van het gedrag van de specialist dan patiënten met HAVO/HBS/atheneum/gymnasium, HBO/universitair onderwijs of alleen basis-onderwijs.

Hoe ouder de patiënt is hoe meer de patiënt van mening is dat de huisarts zich 'dienstbaar' op moet stellen. Patiënten met een lagere opleiding verwachten deze opstelling van de huisarts vaker dan de patiënten met een hogere opleiding.

Met betrekking tot de Health Locus of Control komt naar voren dat hoe ouder de patiënt en hoe lager het opleidingsniveau van de patiënt, hoe meer de patiënt van mening is dat hun gezondheid wordt beïnvloed door artsen of door het toeval.

Verder blijkt dat: hoe positiever het beeld van de patiënt over het gedrag van de specialist, hoe frequenter de patiënt van mening is dat zijn gezondheid door artsen wordt bepaald; hoe meer de patiënt van mening is dat de huisarts zich 'dienstbaar' op moet stellen, hoe meer de patiënt van mening is dat hun gezondheid wordt beïnvloed door artsen of door het toeval.

4.6 Samenvatting en beschouwing

Samenvatting

Er zijn 309 verwijzingen in het onderzoek opgenomen. De respons is hoog: bij de huisartsen 77 %, bij de patiënten 93 % en bij de specialisten 96 %. Bij vrijwel alle verwijzingen is een kopie van de verwijsbrief en de specialistenbrief achterhaald.

De deelnemende huisartsen wijken op de kenmerken leeftijd, praktijkvorm en urbanisatiegraad niet af van de populatie Nederlandse huisartsen. De steekproef bevat significant meer vrouwelijke huisartsen, apotheekhoudende huisartsen en huisartsen met 11-20 jaar ervaring.

Eén op de tien deelnemende specialisten is vrouw. Bijna tweederde is werkzaam bij één van de interne specialismen en een meerderheid is werkzaam in een centrum-ziekenhuis. Bijna de helft van de specialisten heeft minder dan 10 jaar ervaring als geregistreerd specialist. Vergelijking met populatiegegevens laat zien dat de jongste leeftijdscategorie oververtegenwoordigd is.

Bijna drie van de vijf deelnemende patiënten is vrouw, alle leeftijdscategorieën zijn in het onderzoek vertegenwoordigd. Bijna de helft van de patiënten woont in de vestigingsplaats van het ziekenhuis. De verzekeringvorm en de opleiding komen in grote lijnen overeen met populatiegegevens.

In het onderzoek is een geringe oververtegenwoordiging van verwijzingen naar kleine ziekenhuizen. De morbiditeit komt in grote lijnen overeen met andere onderzoeken naar het verwijzen van huisartsen.

De huisartsengroep kent huisartsen een bredere taak toe dan de specialistengroep. Patiënten zijn vaker dan de huisartsen van mening dat de huisarts tegemoet moet komen aan de wensen van de patiënt. De verwachtingen van de patiënten over het gedrag van de specialist zijn niet erg hoog.

Bij de huisartsen en de specialisten is er nauwelijks een samenhang tussen de demografische/algemene kenmerken en de opvattingen van de artsen. Bij de patiënten is dit wel het geval. De verwachtingen van de patiënt over het gedrag van huisarts en specialist en de gezondheidsoriëntatie hangen samen met de leeftijd en de opleiding van de patiënt.

Beschouwing

In hoeverre kan met de beschikbare steekproef en respons de eerste vraag - Hoe is de kwaliteit van verwijzingen? - beantwoord worden voor een 'bredere' populatie?; is de steekproef representatief voor Nederland?

Uit vergelijking van de deelnemende huisartsen met populatiecijfers en andere onderzoeken blijkt dat in ons onderzoek relatief veel vrouwelijke huisartsen zijn opgeno-

men. Dit is ook bij deelnemers aan de Nationale Studie het geval.⁷ Dit suggereert dat vrouwelijke huisartsen meer bereid zijn tot deelname aan onderzoek. De toename van het aantal vrouwelijke huisartsen heeft vooral de laatste jaren plaatsgevonden; vrouwen werken vaker part-time dan mannen. Dit zou er toe kunnen leiden dat in onze steekproef meer jonge huisartsen en huisartsen met een kleine praktijk, werkzaam in een samenwerkingsverband bevat. Dit blijkt niet het geval. Alleen de gemiddelde praktijkomvang is in de steekproef iets kleiner dan het landelijk gemiddelde. Een additioneel effect van het geslacht van de huisarts op de kwaliteit van verwijzingen is niet waarschijnlijk. In hoofdstuk 2 is het geslacht van de arts ook niet opgenomen als verklarende variabele voor de kwaliteit van de verwijzing. De conclusie luidt dat de oververtegenwoordiging van vrouwen in de steekproef geen gevolgen heeft voor de generaliseerbaarheid van de resultaten met betrekking tot de onderzoeksvragen in dit onderzoek.

Op andere kenmerken vormt de huisartsengroep een getrouwe afspiegeling van de Noordelijke regio: in vergelijking met Nederland werken er veel apotheekhoudende huisartsen in een solopraktijk in landelijke gebieden. Het relatief geringe aantal huisartsen met minder dan 10 jaar ervaring is geen gevolg van de non-respons. In de non-responsgroep is het aantal van deze leeftijdscategorie juist lager. Mogelijk hangt de leeftijdsopbouw in de steekproef ook samen met het onderzoeksgebied.

Van de specialistengroep kan slechts de leeftijdsopbouw worden vergeleken met populatiecijfers. De oververtegenwoordiging van jonge specialisten in de responsgroep kan worden verklaard uit het feit dat de populatiecijfers alleen betrekking hebben op geregistreerde specialisten, terwijl de responsgroep 15.4 % niet als specialist geregistreerde artsen bevat. Deze arts-assistenten zijn allen jonger dan 39 jaar. Van belang voor de representativiteit is ook dat ongeveer tweederde van de populatie specialisten, werkzaam in de bij het onderzoek betrokken specialismen, deel uitmaakt van de steekproef en dat de respons van de specialisten 96 % is.

De gevonden verschillen in taakopvatting tussen huisartsen en specialisten komt ook uit ander onderzoek naar voren.⁸ Vergelijking van de opvattingen van patiënt en huisarts over het gedrag van de arts in de arts-patiënt relatie met ander onderzoek is niet mogelijk.

Het vrijwel ontbreken van een relatie tussen demografische kenmerken en opvattingen van huisarts en specialist wordt deels bevestigd door het onderzoek van van der Wouden.⁹ Uit een meta-analyse van twee onderzoeksbestanden blijkt dat bij het ene bestand een relatie bestaat tussen praktijkervaring en taakopvatting, in het andere bestand niet. Voor de praktijkgrootte is geen samenhang gevonden met de taakopvatting.

De patiëntengroep komt op de kenmerken geslacht, verzekeringsvorm en opleiding overeen met populatiecijfers. De morbiditeit, één van de belangrijkste kenmerken van de verwijzingen, komt eveneens redelijk overeen met de morbiditeit van verwijzingen in ander onderzoek.^{4,5}

Op grond van het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat de bevindingen een betrouwbaar beeld geven van het onderzochte type verwijzing - niet-acute nieuwe verwijzingen naar de interne geneeskunde, neurologie en dermatologie. Mogelijk is er

wel sprake van enige regionale verschillen, waardoor de situatie in Noord-Nederland niet volledig vergelijkbaar is met de situatie in met name de grote steden in de randstad.

Wat betreft de tweede onderzoeksvraag - Wat verklaart de kwaliteit van verwijzingen? - kan worden geconcludeerd dat de bevindingen ten aanzien van het onderzochte type verwijzingen generaliseerbaar zijn voor het gehele land. Bij deze vraag gaat het om het onderkennen van mechanismen in het verwijzingsproces. Als bijvoorbeeld mocht blijken dat een grotere afstand tot het ziekenhuis samengaat met het minder lang onder controle houden van de patiënt door de specialist, is er geen reden om aan te nemen dat dit mechanisme niet in de rest van het land zal optreden. De variabelen waarvan wordt verondersteld dat zij samenhangen met de kwaliteit van de verwijzing, variëren voldoende in de steekproef, zoals uit hoofdstuk 4 en 5 blijkt, om een eventuele samenhang te kunnen aantonen.

Tenslotte is, op grond van de sterke samenhang tussen leeftijd en praktijkervaring bij zowel huisarts als specialist, besloten dat alleen de praktijkervaring wordt meegenomen in de verdere analyses.

Literatuur

1. Dam F van, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: Nivel, 1988.
2. Jaarboek LISZ/IBIS '86. Zeist: Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, 1988.
3. Velden J van der, Bakker DH de, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk; basisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
4. Gloerich ABM, Zee J van der. Determinanten van verwijzen door de huisarts naar de tweedelijns; deelproject van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1992.
5. Ven WPMM van de, Nauta FA, Vliet RCJA van, Rutten FFH. Inventarisatie en achtergronden van de consumptieverschillen tussen ziekenfonds en particulier verzekerden. *Gezondh & Samenl* 1980;4:224-54.
6. Lamberts H. In: Een huisarts wel-beschouwd. Red: Schure LM, Wachters-Kaufmann CSM, Meyboom-de Jong B, Hoekstra GR. Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1989.
7. Bensing JM, Foets M, Velden J van der, Zee J van der. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wet* 1991;34:51-61.
8. Beek M, Eyk J van, Rutten G. Huisartsen en specialisten over hun onderlinge taakafbakening. *Med Contact* 1984;39:1247-51.
9. Wouden JC van der. Taakopvattingsonderzoek bij huisartsen. Rotterdam: Erasmusuniversiteit, 1993. Proefschrift.