

 **NIVEL**
bibliotheek

drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

verwijzingen door de huisarts

een onderzoek naar determinanten
van verwijscijfers

samenvatting

tekst: G.J. Visser

onderzoek verricht door:
J.P. Dopheide

december 1981

Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 2570 - 3500 GN Utrecht
Mariahoek 4 - tel.: 030 - 319946

Het NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT is een Stichting die grotendeels gesubsidieerd wordt door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Daarnaast werkt het NHI veel met externe projectfinanciering.

Het NHI houdt zich bezig met de ontwikkeling en ondersteuning van de huisartsgeneeskunde, zowel in relatie tot de eerstelijns hulpverlening als tot andere sectoren van de gezondheidszorg. De laatste jaren is een tendens merkbaar tot uitgroei naar een instituut dat zich bezighoudt met de gehele eerstelijnsgezondheidszorg.

De werkzaamheden van het NHI omvatten nascholing, training, advisering, begeleiding, documentatie en informatie, alsmede wetenschappelijk onderzoek.

Algemeen directeur is S. van der Kooij, arts

1.

De ene huisarts verwijst meer patiënten naar medisch specialisten dan de andere.

In de afgelopen jaren is al heel wat onderzoek gedaan naar de vraag waaraan die verschillen zijn te wijten. Sommige onderzoekers hebben daarbij de nadruk gelegd op de situatie waarin de huisarts zijn werk doet: opbouw en grootte van de praktijk, afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis, aanbod aan voorzieningen in de tweede lijn. Anderen betrokken de meer persoonsgebonden kenmerken van de arts zelf in hun onderzoek: zijn stijl van praktijkvoering, de manier waarop hij met onzekerheid omgaat, zijn taakopvatting en zijn relatie met specialisten.

In ons onderzoek hebben wij een poging gedaan om de invloed van beide groepen van variabelen - structurele kenmerken en kenmerken die horen bij de taakopvatting van de huisarts - op het verwijscijfer van de arts te meten.

Deze brochure geeft een samenvatting van de opzet, de uitwerking en de belangrijkste resultaten van dit onderzoek. Een uitgebreid onderzoeksverslag zal te zijner tijd bij het NHI verkrijgbaar zijn.

2.

Om onze vraag te kunnen beantwoorden hebben wij bij ruim achthonderd Nederlandse huisartsen gegevens verzameld over de situatie waarin zij werken, over hun taakopvatting en over de mate waarin zij ziekenfondspatiënten in hun praktijk naar specialisten doorverwijzen.

Juist omdat wij (ook) de invloed van persoonsge-

bonden kenmerken wilden meten, moesten wij ons bij het samenstellen van de steekproef beperken tot solo-werkende huisartsen; verwijzingen door artsen in groepspraktijken en gezondheidscentra worden door de ziekenfondsen niet per individuele arts geregistreerd. Omdat de praktijken van de artsen bovendien vergelijkbaar zouden moeten zijn, besloten wij alleen artsen aan te schrijven die werken op het platteland of in forensengemeenten.

De respons was goed. Van de 806 aangeschreven artsen vulden 615 artsen de enquêteformulieren in. Ruim driekwart van hen gaf ons toestemming om bij het Landelijk Informatiesysteem van de Ziekenfondsen (LISZ) verwijscijfers en leeftijdsopbouw van de praktijk op te vragen. Daardoor konden wij tevens nagaan waar deze artsen werken en hoeveel ziekenhuisbedden hun in de regio ter beschikking staan. Om er zeker van te zijn dat in de verwijscijfers geen verwijskaarten werden meegeteld die nog door de voorganger van een aangeschreven arts waren afgegeven, namen wij in de uiteindelijke analyse alleen artsen op die zich vóór 1978 hebben gevestigd. Praktijken met minder dan 750 ingeschreven patiënten lieten wij eveneens buiten beschouwing.

3.

De ingevulde enquêteformulieren gaven ons samen met de later bij het LISZ aangevraagde gegevens een vrij volledig beeld van het werkkterrein van de huisartsen.

Uiteindelijk hadden wij gegevens over:

- de praktijkgrootte, uitgesplitst naar ziekenfondspatiënten en particuliere patiënten;
- de samenstelling van de ziekenfondspraktijk naar leeftijd en geslacht;
- de praktijkdruk, dat is het aantal patiënten dat de arts gemiddeld per dag ziet;
- de afstand tussen praktijk en dichtstbijzijnd ziekenhuis;
- het aantal ziekenhuisbedden per 1000 inwoners in de regio;
- de leeftijd van de arts;
- het jaar waarin hij zich als huisarts heeft gevestigd;
- de universiteit waar hij is afgestudeerd.

Zijn dergelijke structurele gegevens zonder al te veel moeite te achterhalen, het meten van de taakopvatting van de huisartsen bleek minder eenvoudig. Gezien onze vraagstelling hebben wij ons beperkt tot het vastleggen van de ideeën van de artsen over samenwerking met medisch specialisten. Wij legden de artsen een lijst voor van vijftwintig veel voorkomende aandoeningen en vroegen hun aan te geven of zij diagnose en therapie daarvan een taak van de huisarts vinden of juist een taak van de specialist.

Tevens vroegen wij hun mening over een aantal problemen die zich in de relatie tussen huisartsen en specialisten kunnen voordoen.

Een derde serie vragen had betrekking op de concrete samenwerking tussen deze artsen en specialisten. Daarbij kwam ook de vraag aan de orde of

de arts de gewoonte heeft 'zijn' patiënten in het ziekenhuis op te zoeken.

Tenslotte vroegen wij de artsen welke medische handelingen zij zelf in hun praktijk verrichten.

Het LISZ gaf ons - na toestemming van de betrokkenen - van ruim 450 van de deelnemende huisartsen het verwijscijfer: het aantal verwijzingen (in 1979) per 1000 ingeschreven ziekenfondspatiënten. Door deze cijfers te leggen naast de door de artsen gegeven cijfers over de praktijkdruk, konden wij - met enkele aannamen - tevens het aantal verwijzingen berekenen per 1000 *contacten* tussen arts en ziekenfondspatiënten. Beide cijfers verzamelden wij niet alleen voor het totaal van verwijzingen van iedere arts, maar ook afzonderlijk voor verwijzingen voor oogheelkunde, voor interne geneeskunde en voor chirurgie én voor alle verwijzingen minus die naar de oogarts. Op deze laatste heeft de huisarts zelf immers maar weinig invloed.

4.

Onze 'gemiddelde huisarts' is 44 jaar, heeft ruim dertien jaar praktijkervaring, werkt op minder dan tien kilometer van het dichtstbijzijnde ziekenhuis, en rijdt daar per auto binnen het kwartier naar toe. Er zijn in zijn regio per duizend inwoners vijf ziekenhuisbedden: één meer dan de door de overheid gehanteerde norm. Hij heeft 2700 patiënten in de praktijk, van wie hij er op een normale dag 36 ziet en op een drukke dag 53. Aangenomen dat hij zo'n 220 dagen per jaar werkt en dat er één drukke dag staat tegenover twee normale,

ziet hij iedere patiënt in zijn praktijk iets meer dan drie maal per jaar.

5.

In vier tabellen geven wij een cijfermatig beeld van de taakopvatting van de artsen uit onze steekproef.

In tabel 1 staan de 25 veel voorkomende aandoeningen die de artsen als volgt hebben gescored: 1 = taak van de huisarts, 4 = taak van de specialist, 2 en 3 zijn tussenliggende gevallen. Hoe hoger de gemiddelde score, hoe méér artsen de diagnose of therapie van de aandoening een zaak voor de specialist vonden. In het algemeen geldt dat - zo blijkt - vaker voor de therapie dan voor de diagnose. Ter vergelijking is aangegeven hoe het rapport 'Kenmerken van de huisarts' van het Instituut voor huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Utrecht deze aandoeningen beoordeelt; aandoeningen van niveau 1 worden door dat rapport eerder tot het takenpakket van de huisarts gerekend en aandoeningen van niveau 3 eerder tot dat van de specialist.

Tabel 1: Diagnostiek en therapie van 25 aandoeningen;
1 = huisarts, 4 = specialist

	diagnostiek	therapie	niveau
	gemiddelde score	gemiddelde score	
1. chalazion	1.35	2.97	2
2. orthostatische albuminurie	1.37	1.39	1
3. peritonsillair abces	1.43	3.30	1
4. acuut longoedeem	1.60	2.52	1
5. CVA in actieve fase	1.66	3.02	3
6. allergische purpura	1.67	2.23	2
7. syndroom van Parkinson (arteriosclerotische vorm)	1.68	2.16	1
8. epiglottitis	1.86	3.14	2
9. pleuritis	1.92	2.88	3
10. carpaal tunnelsyndroom	2.03	3.64	3
11. contusio cerebri	2.06	2.92	1
12. acute glomerulonefritis	2.08	3.19	2
13. leukoplakie	2.14	3.39	2
14. hyperthyreoidie	2.15	3.51	2
15. lichen ruber planus (excl. slijmvlies)	2.16	2.55	2
16. hernia nucleii pulposi	2.32	3.02	1
17. toxoplasmose	2.35	2.71	1
18. colitis ulcerosa	2.77	3.08	2
19. endometriose	2.78	3.02	1
20. hepatose t.g.v. geneesmiddelen	2.83	3.18	2
21. pericarditis	2.88	3.82	3
22. lupus erythematosus	2.91	3.59	3
23. enteritis regionalis	3.00	3.49	3
24. bronchiectasie	3.04	2.79	2
25. haemofilie	3.37	2.87	3

Tabel 2 geeft aan hoe de artsen denken over taakafbakening met specialisten. 'De' Nederlandse huisartsen zijn het er vrij algemeen over eens dat specialistische diagnostiek gedeeltelijk door de huisarts kan worden overgenomen (78%, item 4), dat de huisarts in principe de controle van chronische patiënten moet doen (91%, item 7), dat de specialist zich meer als consulent van de huisarts zou moeten opstellen (87%, item 8) en dat de rol van de huisarts niet is uitgespeeld als hij 'zijn' patiënt naar de specialist heeft verwezen (84%, item 12). Kortom, het ideaal van versterking van de eerste lijn leeft niet alleen in beleidsstukken maar evenzeer onder de hulpverleners zelf.

Tabel 2: Mening over een aantal aspecten van de taak van huisarts en specialist, in procenten; n = 604

	volledig of grotendeels eens
1. de huisarts die dat wil zou in het ziekenhuis sommige van zijn patiënten moeten kunnen meebehandelen	56%
2. je moet je als huisarts bij alles wat je doet afvragen of je niet op het terrein van de specialist dreigt te komen	22%
3. een patiënt bij wie de specialist geen afwijkingen heeft gevonden behoort door die specialist niet terugbesteld te worden voor controle	93%
4. een deel van het diagnostisch werk dat uitsluitend door specialisten wordt gedaan zou eigenlijk even goed door huisartsen gedaan kunnen worden	78%

	volledig of groten- deels eens
5. als de specialist de huisarts verzoekt om na een jaar een nieuwe verwijskaart af te geven, behoort de huisarts éérst te vragen of dat wel echt nodig is	66%
6. als huisarts en specialist van mening verschillen over de wenselijkheid van een ziekenhuisopname, dient het oordeel van de specialist de doorslag te geven	36%
7. controle van chronische patiënten hoort, als het ook maar enigszins mogelijk is, plaats te vinden door de huisarts	91%
8. specialisten zouden zich meer dan nu het geval is moeten opstellen als consulenten voor de huisarts	87%
9. als een patiënt om een verwijskaart of verwijzing vraagt, behoort de huisarts zonder meer aan dat verzoek te voldoen	20%
10. een huisarts die een ziekenhuispatiënt bezoekt heeft, óók zonder tussenkomst van de specialist, recht op inzage van de status	77%
11. wat betreft de zorg voor chronische patiënten is het aandeel van de specialist in de praktijk groter dan eigenlijk gewenst is	59%
12. wat er met een verwezen patiënt gebeurt is geen zaak voor de huisarts, maar uitsluitend voor de specialist	12%
13. bij de behandeling van ziekenhuispatiënten zou de inbreng van de huisarts even groot moeten zijn als die van de specialist	29%
14. de zorg voor de diabetici is in de eerste plaats een taak voor de specialist	35%

Tabel 3 geeft aan hoe de artsen denken over hun relatie met specialisten. Statistische verwerking van het materiaal liet zien dat de items 1, 4, 6, 8 en 9 met elkaar samenhangen: samen wijzen zij op een, wat we kunnen noemen, positief kritische instelling tegenover de specialist. Item 5 hoort daar - maar dan in spiegelbeeld - óók bij.

Tabel 3: Items over de concrete relatie met de specialist, in percentages; n = 604

	volledig of groten- deels eens
1. ik vind het heel gemakkelijk om op een ontspannen manier met een specialist te praten	70%
2. ik vind dat de gemiddelde specialist de patiënten eigenlijk veel te lang bij zich houdt	30%
3. het voortdurend alleen moeten nemen van belangrijke beslissingen in de huisartspraktijk vind ik een zeer zware belasting	27%
4. ik voel mij in het ziekenhuis uitstekend op mijn gemak	51%
5. in een gesprek met een specialist voel ik mij al gauw de mindere	10%
6. ik heb voldoende invloed op wat er met een patiënt die ik verwezen heb gebeurt	27%
7. ik vind dat de meeste specialisten zich tegenover de huisarts teveel als een leermeester opstellen	14%
8. het gaat mij heel gemakkelijk af om, als dat nodig is, tegen de mening van de specialist in te gaan	36%
9. de samenwerking tussen mij en de meeste specialisten is uitstekend	74%

In tabel 4 staan de antwoorden van de artsen op de vragen naar het verrichten van bepaalde medische handelingen.

Tabel 4: Medische handelingen

	percentage 'doe ik'
- panaritium-incisie	62.4
- tonsilabces-incisie	18.1
- wigexcisie	36.0
- uitpellen atheroom	67.3
- nagelextractie	88.2
- wrat verwijderen	94.8
- inzetten IUD	38.0
- aanmeten pessarium	58.2
- corpus alienum op cornea verwijderen	97.3
- 'roestring' van corpus alienum van cornea verwijderen	61.8
- funduscopie	65.2
- gewrichtspunctie	52.8

Tenslotte enkele cijfers over het ziekenhuisbezoek van deze huisartsen: 4% van de respondenten bezoekt nooit een 'eigen' ziekenhuispatiënt, 34% doet dat soms, 37% vaak en 25% altijd.

Van de artsen die soms of nooit op bezoek gaan, geeft 36% de afstand tot het ziekenhuis als reden op, 39% zegt geen tijd te hebben en 4% ziet er het nut niet van in. 53% van de respondenten vindt het ziekenhuisbezoek goed zoals het nu is; 47% zou vaker willen gaan.

6.

Zonder volledig te kunnen zijn zullen wij hieronder enkele van de verbanden bespreken, die wij in het materiaal hebben gevonden. Wij beperken ons daarbij eerst tot verbanden tussen verklarende variabelen onderling en laten de verwijscijfers nog even buiten beschouwing.

In grotere praktijken ziet de arts patiënten minder vaak dan in kleinere.

Het is niet eenvoudig om een afdoende verklaring te vinden voor deze al vaak vastgestelde samenhang van praktijkgrootte en aantallen contacten tussen arts en patiënten.

Immers, ziet een arts met een grote praktijk zijn patiënten minder vaak, dan kan dat komen doordat deze laatsten minder snel uit zichzelf naar de dokter gaan of doordat de arts de mensen minder vaak voor controle terug laat komen. In beide gevallen beperkt de arts - uit pure noodzaak? - het aantal mensen dat hij op zijn spreekuur ziet: in het eerste geval door zijn patiënten te leren niet met elke klacht direct naar de dokter te gaan, in het tweede geval door patiënten na een eerste gesprek niet 'terug te bestellen' - wat een zeker risico inhoudt - of ... meteen te verwijzen naar een specialist. Op deze laatste mogelijkheid komen we nog terug.

'Oude' praktijken zijn kleiner dan jongere en de arts ziet patiënten er vaker.

Dat de gemiddelde leeftijd van de ingeschreven patiënten van invloed is op het aantal contacten

tussen arts en patiënten ligt voor de hand: oudere patiënten hebben meer medische zorg nodig dan jongere.

Dit verband wordt versterkt doordat 'oude' praktijken gemiddeld ook kleiner zijn dan praktijken met veel jonge mensen: waar veel ouderen zitten, zitten veel dokters. Er zijn twee verklaringen voor dat verband denkbaar. Het kan zijn dat artsen zich graag vestigen in gebieden waar veel medische zorg gegeven moet worden, omdat dat - indien per verrichting wordt betaald - financieel aantrekkelijk is; ook met een kleinere praktijk is daar een economisch verantwoorde praktijkvoering mogelijk. Het kan ook zo zijn dat een al gevestigde arts zijn praktijk kleiner én ouder ziet worden doordat jonge mensen wegtrekken uit een gebied dat hun weinig heeft te bieden. Het feit dat praktijken met veel oude mensen meestal ook oude dokters hebben wijst in deze richting. Omdat de economisch minst aantrekkelijke gebieden, zoals de oude wijken van de grote steden, in onze steekproef ontbreken, kunnen wij echter geen uitspraak doen over de juistheid van één van beide verklaringen.

Vereisen 'oude' praktijken meer zorg dan 'jongere', de tweedelijnsvoorzieningen lijken er ook beter toegankelijk te zijn. In onze steekproef praktiseren artsen met een oude praktijk doorgaans dichter bij een ziekenhuis dan hun collega's; ook zijn er in hun regio per 1000 inwoners meer ziekenhuisbedden.

7.

Het verwijscijfer van de artsen uit onze steekproef wijkt niet af van het landelijk gemiddelde van artsen in vergelijkbare omstandigheden: per 1000 ziekenfondspatiënten schrijven deze artsen jaarlijks ruim vierhonderd verwijskaarten uit. Daarvan zijn er honderd voor de oogarts, ruim zestig voor de chirurg en bijna vijftig voor de internist.

Op basis van de door de artsen gegeven cijfers hebben we ook kunnen nagaan hoeveel verwijskaarten zij gemiddeld uitschrijven per 1000 *contacten* met ziekenfondspatiënten: 30,1 voor oogheelkunde, 19,2 voor chirurgie, 13,1 voor interne geneeskunde en 123,7 voor alle specialismen bij elkaar.

8.

Wij zullen tenslotte enkele van de meest in het oog vallende verbanden bespreken tussen structurele kenmerken en taakopvatting enerzijds en de verwijscijfers anderzijds. Ook hierin kunnen wij in dit boekje niet volledig zijn.

Artsen in het zuiden verwijzen méér dan artsen in de rest van Nederland.

Aanvankelijk dachten wij de verklaring voor dit verband te moeten zoeken in verschillen in werkwijze tussen artsen in het zuiden en hun collega's boven de grote rivieren. Temeer daar de zuidelijke artsen niet vaker bleken te verwijzen naar de oogarts: een type verwijzing waarop de huisarts zelf weinig invloed heeft.

Wij vonden in ons materiaal geen steun voor deze

verklaring: zuidelijke artsen wijken in hun taakopvatting niet van hun collega's in het noorden af; evenmin hadden zij duidelijk andere opvattingen over de meest wenselijke taakverdeling tussen huisarts en specialist. Een verklaring in termen van een objectief slechtere gezondheidstoestand van de patiënten in het zuiden ligt - althans in ons materiaal - ook niet zo voor de hand: de gemiddelde leeftijd in het zuiden ligt aanmerkelijk lager dan in de rest van het land, zodat we er eerder een gezondere bevolking zouden verwachten. Uit ander onderzoek is echter gebleken dat vooral in (Zuid-)Limburg de gezondheid van de mensen bepaald slechter is dan in overig Nederland. Mogelijk kunnen we het door ons gevonden verband ook verklaren uit verschillen in opvatting onder patiënten over de vraag wat de huisarts nog 'mag' doen en wat hij maar beter aan de specialist kan overlaten: in Brabant en Limburg zouden patiënten eerder aandringen op een verwijzing. Nader onderzoek zal de juistheid van deze hypothese moeten aantonen, want ons materiaal staat daarover geen definitieve uitspraak toe.

Artsen in de nabijheid van een ziekenhuis en artsen die praktiseren in een regio met een ruim aanbod aan ziekenhuisbedden verwijzen wat vaker dan anderen.

Het verband tussen deze twee structurele variabelen en de verwijscijfers is niet onverwacht en past in de opvatting dat het aanbod aan medische voorzieningen althans ten dele de vraag beïnvloedt. Opvallend is dat de taakopvatting van de

huisartsen daarbij geen eigen rol van betekenis speelt: artsen die veel willen verwijzen, vestigen zich niet om die reden dichtbij een ziekenhuis en artsen die in een regio met een ruim aanbod praktiseren, rekenen niet per definitie minder diagnostiek en therapie tot het takenpakket van de huisarts.

Kennelijk houdt een arts in zijn verwijsbeleid rekening met de wensen van de patiënt en bespaart hij hem zo mogelijk een lastige reis naar een verlegen ziekenhuis.

Artsen met een grote praktijk verwijzen minder vaak dan artsen met een kleine praktijk.

Zo op het oog is dit een wat onwaarschijnlijke uitkomst. Het lijkt immers veel logischer om te veronderstellen dat een arts met een grote praktijk en een druk spreekuur vaak verwijst; alleen met een kleine praktijk zou een arts veel klachten zelf kunnen afhandelen.

Laten wij het gevonden verband wat nader bekijken. Het verwijscijfer van een arts - dat is het aantal verwijzingen per duizend in zijn praktijk ingeschreven ziekenfondspatiënten - wordt niet alleen bepaald door het aantal verwijskaarten dat hij bij een gegeven aantal contacten met patiënten uitschrijft, maar ook door het aantal malen dat hij ieder van zijn patiënten ontmoet. In een grote praktijk verwijst de arts de patiënt die op zijn spreekuur komt of die hij bezoekt weliswaar wat vaker, maar daar staat tegenover dat hij - zoals we al zagen - minder contacten heeft. Met andere woorden: hij ziet patiënten minder vaak, maar als

hij ze ziet schrijft hij eerder een verwijskaart uit.

Statistische verwerking van het materiaal toonde aan dat het eerste effect van praktijkvergroting - minder contacten met de patiënten - zwaarder weegt dan het tweede - meer verwijzingen bij een gegeven aantal contacten. De verwijscijfers van artsen met een grote praktijk liggen om die reden *lager* dan die van hun collega's.

Artsen met een "brede" taakopvatting in verhouding tot de taak van de specialist verwijzen minder dan artsen met een "smalle" taakopvatting.

Artsen die van véél aandoeningen de diagnostiek typisch huisartsenwerk vinden, verwijzen minder dan artsen die in dit opzicht meer aan de specialist willen overlaten.

Artsen die veel medische handelingen verrichten, verwijzen minder dan artsen die weinig zelf doen.

De taakopvatting van de huisarts blijkt dus een belangrijke factor te zijn. De huisarts die zich enigszins "strijdbaar" opstelt tegenover de specialist, die wil meebeslissen over wat de specialist met de patiënt doet, die veel diagnostiek zelf wil afhandelen en ook in therapeutisch opzicht veel zelf doet, verwijst bepaald minder. Zo schrijft een arts die één van de in het vragenformulier genoemde handelingen zelf verricht, gemiddeld per 1000 patiënten elf verwijskaarten minder uit.

9.

Versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg is een belangrijke doelstelling van het overheidsbeleid en leeft als ideaal ook onder de hulpverleners zelf. Welke concrete maatregelen daartoe kunnen bijdragen is een punt van discussie.

Veelal wordt gesteld dat praktijkverkleining het verwijscijfer zal doen dalen en zal leiden tot een verschuiving in de medische zorg van de specialist naar de huisarts. Ons onderzoek wijst erop dat dit waarschijnlijk niet het geval zal zijn: daarin vonden wij immers dat in een kleinere praktijk juist iets méér wordt verwezen.

Wij verwachten méér effect van een aantal op korte termijn te nemen maatregelen: terugdringing van het aantal specialisten door het aantal opleidingsplaatsen te verkleinen en vermindering van het aanbod aan ziekenhuisbedden door strikt de hand te houden aan de 4-promille norm.

Daarnaast kan gewerkt worden aan een verandering van de houding van de huisarts. Al tijdens de opleiding zou aankomende artsen duidelijk gemaakt moeten worden dat zij zelf een groot aantal aandoeningen zonder te verwijzen aan kunnen; nascholing kan onder gevestigde huisartsen een verbreding van de taakopvatting bewerkstelligen. Onderlinge toetsing en wederzijdse stimulering in groepsverband kan een zelfde effect hebben. Tenslotte de patiënt: over zijn preciese rol bij het tot stand komen van een verwijzing kunnen wij geen uitspraken doen. Onze suggestie dat sommige patiënten vaker op een verwijzing aandringen dan anderen zou zeker een nader onderzoek waard zijn.