

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.

6 DE KWALITEIT VAN DE VERWIJSBRIEF

6.1 Inleiding

Nadat is besloten om tot verwijzing over te gaan, dient de huisarts de specialist van een aantal gegevens te voorzien, zoals de uitkomsten van het onderzoek en de behandeling van de huisarts, de medische voorgeschiedenis van de patiënt, geneesmiddelengebruik, de probleemdefinitie van de huisarts en de bedoeling van de verwijzing.

Dit hoofdstuk wordt begonnen met de resultaten van de onafhankelijke beoordeling van de verwijfsbrieven (6.2). In 6.3 volgt de beoordeling door de betrokken specialist, de subjectieve beoordeling. In 6.4 worden vier verklarende variabelen besproken die in 6.5 worden gebruikt voor het verklaren van de variantie in de verwijfsbriefscores (voor de keuze van de verklarende variabelen wordt verwezen naar paragraaf 2.4.3). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting en beschouwing.

6.2 De onafhankelijke beoordeling van de verwijfsbrief

6.2.1 Inleiding

De onafhankelijke beoordeling is uitgevoerd aan de hand van de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap.¹ De beoordeling levert drie deelscores - de minimumbrief, de 'overige' items en de verzorging - en een totaalscore op. De minimumbrief van de NHG-standaard bestaat uit de persoonsgegevens van de patiënt, de probleemdefinitie en de vraagstelling van de huisarts. Deze items dienen in elke verwijfsbrief aanwezig te zijn. In dit onderzoek is de minimumbrief uitgebreid met het item 'belangrijkste klacht/hulpvraag patiënt, verdere anamnese en lichamelijk onderzoek' (voor een toelichting zie bijlage IV). De 'overige' items hoeven alleen in de verwijfsbrief te worden opgenomen als ze in de gegeven situatie relevant zijn.

6.2.2 De minimumbrief

De persoonsgegevens van de patiënt

In 75 % van de brieven worden zowel de naam, het adres als de geboortedatum vermeld. De naam wordt altijd vermeld, het adres bij 76 % van de brieven en de geboortedatum bij 90 %.

De klachten van de patiënt, de anamnese, het lichamelijk onderzoek en de probleemdefinitie

Deze items van de verwijfsbrief zijn door 4 onafhankelijke artsen beoordeeld, waarbij de artsen konden kiezen uit twee antwoordmogelijkheden, namelijk voldoende of onvoldoende.

Uit tabel 6.1 valt op te maken dat de artsen de klacht c.q. hulpvraag van de patiënt en de probleemdefinitie meestal voldoende in de brief vinden vermeld. Over de verdere

anamnese en het lichamelijk onderzoek is het oordeel minder positief.

Tabel 6.1 De beoordeling van de items: klachten, anamnese, lichamelijk onderzoek en probleemdefinitie

	aantal artsen dat het vermelde als voldoende heeft beoordeeld (N=284) ¹⁾					gem. ²⁾
	4	3	2	1	0	
klachten/hulpvraag patiënt	49	31	11	6	3	3.17
verdere anamnese	14	24	29	23	11	2.09
lichamelijk onderzoek	17	23	22	23	15	2.04
probleemdefinitie	50	27	13	7	3	3.16

- 1) in de kolom staat het percentage verwijzingen waarbij respectievelijk 4, 3, 2, 1 of 0 artsen vinden dat over het betreffende item voldoende informatie is gegeven
- 2) in de laatste kolom staat het gemiddelde aantal artsen dat het betreffende item voldoende vindt (minimaal 0, maximaal 4)

In voorbeeldbrief 1 hebben de items: klachten, anamnese, lichamelijk onderzoek en probleemdefinitie een lage beoordeling gekregen. De beoordelende artsen vinden allen dat de anamnese, het lichamelijk onderzoek en de probleemdefinitie onvoldoende zijn. Twee van de vier beoordelaars vinden de klachten wel voldoende vermeld.

Amice,

Karin de K. heeft al langere tijd rugklachten, wordt al geruime tijd met wisselend succes behandeld door fysiotherapeut, maar valt steeds weer terug.

Nu ook nekklachten optreden met subj. verminderde visus R lijkt me een neurol. consult op z'n plaats.

Vr.Gr.

Vraagstelling

De vraagstelling (en de leesbaarheid van de brief) zijn, in afwijking van de andere items van de verwijsbrief, door 8 onafhankelijke artsen beoordeeld. De score op het item 'vraagstelling' is samengesteld uit het aantal beoordelaars dat dezelfde bedoeling uit de verwijsbrief heeft afgeleid en de gemiddelde score van de 8 beoordelaars op de duidelijkheidsschaal, beide zowel voor de bedoeling op diagnostisch gebied als de bedoeling op therapeutisch gebied (zie bijlage IV.2.2).

HET AANTAL BEOORDELAARS DAT DEZELFDE BEDOELING HEEFT AFGELEID UIT DE VERWIJSBRIEF

De overeenstemming tussen de 8 beoordelaars over de bedoeling op diagnostisch gebied is groter dan de overeenstemming op therapeutisch gebied (tabel 6.2). Het gemiddelde aantal beoordelaars met dezelfde mening op diagnostisch gebied is 6.15, op therapeutisch gebied 5.47.

Tabel 6.2 Overeenstemming bedoeling diagnostiek en therapie

maximum aantal beoordelaars dat dezelfde bedoeling heeft afgeleid uit de brief	diagnostiek (N=284) %	therapie (N=284) %
3	2	5
4	15	25
5	20	25
6	18	20
7	18	17
8	27	9

DE DUIDELIJKHEID VAN DE VRAAGSTELLING

De vraagstelling wordt op diagnostisch gebied over het algemeen duidelijker gevonden dan op therapeutisch gebied (tabel 6.3). Dit komt overeen met het gegeven dat het maximum aantal beoordelaars dat dezelfde bedoeling kiest op diagnostisch gebied groter is dan op therapeutisch gebied.

Tabel 6.3 Frequentieverdeling van de gemiddelde score op de duidelijkheidsschalen op diagnostisch en therapeutisch gebied (afgerond op hele getallen)¹⁾

gemiddelde score op de duidelijkheidsschaal	diagnostiek (N=284) %	therapie (N=284) %
1	-	-
2	1	19
3	11	42
4	60	28
5	28	11

1) 1=volledig onduidelijk, 5=volledig duidelijk

DE TOTAALSCORE OP DE VRAAGSTELLING IN DE VERWIJSBRIEF

De score, die theoretisch kan variëren van 0 tot 10, is weergegeven in tabel 6.4. De gemiddelde score op het onderdeel vraagstelling is 6.1 (SD=1.3), het maximum is 9.45 en het minimum is 2.33. Er is dus geen enkele verwijsbrief waarvan alle 8 beoordelaars dezelfde bedoeling uit de vraagstelling afleiden en die als volledig duidelijk door de beoordelaars is beoordeeld.

Tabel 6.4 De verdeling van de scores op het onderdeel 'vraagstelling' van de verwijfsbrief

score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aantal verwijfs- brieven % (N=284)	-	-	0	1	7	27	27	21	13	4	-

Ter illustratie volgen hieronder een brief met een hoge score en een met een lage score op het onderdeel 'vraagstelling'. Bij brief 2 zijn 6 van de 8 beoordelaars van mening dat de bedoeling op diagnostisch gebied is dat de specialist een bepaalde diagnose bevestigt of uitsluit (de gemiddelde score op de duidelijkheidsschaal is 4.5) en alle 8 dat de huisarts wil dat de specialist de behandeling beperkt tot een behandelingsadvies (gemiddelde score op de duidelijkheidsschaal is 4.75).

Brief 2 Een brief met een hoge score op de vraagstelling

30-11-89

G.C.

Mevr. de B., geb.04-03-28, had op 25/11 een 1 à 2 minuten durende afasie (ze wist wel wat ze zeggen wou maar er kwam niets uit). Vlak daarvoor had ze wat hoofdpijn. Het beeld past bij een TIA. Gaarne nader onderzoek.

RR 190-90. Behandeling gestart met dytenzide 1 dd1.

Neurol. geen verdere uitval, behalve dove vingers R hand (lijkt me los van staan).

Gaarne bevestiging diagnose TIA c.q. uitsluiting andere oorzaken en behandelingsadvies. Ik ben nog niet met ascal begonnen.

Met vriendelijke groet,

Bij brief 3, die een lage score op het onderdeel vraagstelling heeft gekregen, komen 5 van de 8 beoordelaars tot de conclusie dat de huisarts de specialist vrij laat op diagnostisch gebied; de beoordelaars vinden dit onduidelijk geformuleerd (gemiddelde score op de duidelijkheidsschaal 2.22). Op therapeutisch gebied zijn drie beoordelaars van mening dat de huisarts alleen een behandelingsadvies wil, drie anderen denken dat de huisarts de specialist vrij laat het therapeutisch beleid te bepalen (gemiddelde score op de duidelijkheidsschaal 2.00).

Brief 3 Een brief met een lage score op de vraagstelling

6-3-90

Geachte collega,
 Mevrouw P., geboren 24-07-'20, wonende Esweg 20 te Bedum, is bij collega neuroloog J. geweest, wegens een tremor van de rechter hand. Hij deed bloedonderzoek, ze bleek een vitamine B12 gebrek te hebben en verder rolt er een hypothyreoidie uit.
 Ze kreeg hydrocobalamine injecties, waarvan ze nu vier heeft gehad.
 In 1965 uterusextirpatie wegens een myoom. Wegens allerlei spanningen in de familie heeft ze vrij lang seresta gebruikt. Haar tensie was jaren lang iets aan de hoge kant: 170/100. Ze heeft hiervoor en poosje tenormin gehad, later viskeen 5 mg. In '89 zonder medicatie geprobeerd, bloeddruk wisselend 145/90 tot 160/90. In '75 gezien door collega internist voor buikklachten, waar geen narigheden uit kwamen. Ze is in '88 gezien door de dermatoloog wegens spataderen.
 Graag jouw adviezen hierover.

Vriendelijke groet,

De samenhang tussen de items van de minimumbrief

Tussen de items: persoonsgegevens, klachten, anamnese, lichamelijk onderzoek en probleemdefinitie bestaat een positieve samenhang, zoals uit tabel 6.5 blijkt. De duidelijkheid van de vraagstelling hangt alleen significant samen met de anamnese en deze samenhang is zeer zwak.

Tabel 6.5 Correlatie tussen de items van de minimumbrief (Pearson's R)

	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
(1) persoonsgegevens	<u>.21</u>	<u>.24</u>	<u>.17</u>	<u>.14</u>	-.08
(2) klachten	-	<u>.52</u>	<u>.31</u>	<u>.17</u>	.08
(3) anamnese	-	-	<u>.49</u>	<u>.30</u>	*.14
(4) lichamelijk onderzoek	-	-	-	<u>.31</u>	.03
(5) probleemdefinitie	-	-	-	-	.08
(6) vraagstelling	-	-	-	-	-

* betekent $p < .05$, enkel onderstreept $p < .01$ en dubbel onderstreept $p < .001$

De totaalscore op de minimumbrief

In tabel 6.6 zijn de beoordelingen van persoonsgegevens, klachten, anamnese, lichamelijk onderzoek, probleemdefinitie en vraagstelling samengevoegd. De gemiddelde score is 69 (SD=13.4). Wanneer deze score als een rapportcijfer wordt beschouwd behaalt 85 % van

de verwijfsbrieven een voldoende op dit onderdeel.

Tabel 6.6 De verdeling van de totaalscores op de minimumbrief (de scores zijn afgerond op tientallen)

score	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
aantal verwijfs- brieven % (N=284)	-	-	0	1	4	10	19	30	25	11	-

6.2.3 De ‘overige’ items van de verwijfsbrief

De ‘overige’ items zijn door de 4 artsen beoordeeld die ook een aantal onderdelen van de minimumbrief hebben beoordeeld. Bij de beoordeling is door de onderzoekers eerst nagegaan of het betreffende item in de verwijfsbrief aanwezig is. Wanneer het betreffende item in de verwijfsbrief is opgenomen, is de beoordelaars gevraagd of zij de gegeven informatie voldoende dan wel onvoldoende vinden. Als het item echter niet is opgenomen, moesten de beoordelaars aangegeven of zij het item in de verwijfsbrief hebben gemist. Op de items ‘aanvullend onderzoek’ en ‘reeds ingestelde behandeling’ wordt apart ingegaan, omdat de volledigheid van de informatie op deze twee gebieden ook nog door de onderzoekers is beoordeeld.

De beoordeling van de aanwezige items

De twee onderdelen die het meest frequent in de verwijfsbrief zijn opgenomen, ‘reeds ingestelde behandeling’ en ‘aanvullend onderzoek’, worden het minst positief door de artsen beoordeeld (tabel 6.7). Het meest positief zijn de artsen over de wijze waarop de huisarts de medicatie van de patiënt in de verwijfsbrief heeft vermeld.

Tabel 6.7 De beoordeling van de 'overige' items die in de verwijfsbrief zijn opgenomen

	aantal malen in de verwijfsbrief vermeld (N=284)	aantal artsen dat het vermelde als voldoende heeft beoordeeld ¹⁾					gem. ²⁾
		4	3	2	1	0	
aanvullend onderzoek	86	23	29	25	7	2	2.74
reeds ingestelde behandeling	132	51	29	27	17	8	2.74
vroegere ziekten en operaties	84	50	20	11	3	0	3.39
andere ziekten waarvoor de patiënt onder behandeling is	33	15	9	6	3	0	3.09
gebruik geneesmiddelen	44	29	13	1	1	0	3.59
allergieën/intoxicaties	15	4	6	3	2	0	2.80
familie-anamnese	27	11	9	7	0	0	3.15
psychosociale factoren	44	18	12	12	2	0	3.05

- 1) in de kolom staat het aantal verwijfsbriefen waarbij respectievelijk 4, 3, 2, 1 of 0 artsen vinden dat over het betreffende item voldoende informatie gegeven is
- 2) in de laatste kolom staat het gemiddelde aantal artsen dat het betreffende item voldoende vindt

De beoordeling van de afwezige items

In tabel 6.8 is te zien dat het onderdeel 'psychosociale factoren' het meest frequent door de beoordelende artsen wordt gemist in de verwijfsbrief. Ook het niet vermelden van de medicatie van de patiënt wordt relatief vaak als een tekortkoming beoordeeld.

Tabel 6.8 Het aantal malen dat de artsen de 'overige' items in de brief hebben gemist

	aantal malen <u>niet</u> in de verwijfsbrief vermeld (N=284)	aantal artsen dat dit onder- deel in de brief heeft gemist ¹⁾				gem. ²⁾
		3	2	1	0	
aanvullend onderzoek	198	1	5	39	153	.26
reeds ingestelde behandeling	152	4	12	57	79	.61
vroegere ziekten en operaties	190	3	15	71	101	.58
andere ziekten waarvoor de patiënt onder behandeling is	251	0	8	64	179	.32
gebruik geneesmiddelen	221	4	28	86	103	.70
allergieën/intoxicaties	262	0	10	74	178	.36
familie-anamnese	253	0	8	44	201	.24
psychosociale factoren	240	7	27	54	152	.95

- 1) in de kolom staat het aantal verwijfsbriefen waarbij respectievelijk 3, 2, 1 of 0 artsen het betreffende item in de verwijfsbrief heeft gemist
- 2) in de laatste kolom staat het gemiddelde aantal artsen dat het betreffende item heeft gemist

Van enkele items wordt soms in de brief een 'negatieve' vermelding gegeven, bijvoorbeeld 'medicatie: geen' of 'familie-anamnese blanco'. Deze vermeldingen zijn niet

door de artsen beoordeeld en ook niet in tabel 6.7 en 6.8 opgenomen. Een ‘negatieve’ vermelding komt voor bij de volgende onderdelen: vroegere ziekten en operaties (10x), gebruik geneesmiddelen (19x), allergieën/intoxicaties (7x) en familie-anamnese (4x). Als we kijken naar het item waarover het meest frequent een ‘negatieve’ vermelding wordt gegeven, namelijk ‘gebruik geneesmiddelen’, dan betreft dit minder dan 10 % van het aantal keren dat helemaal niets over geneesmiddelengebruik in de verwijsbrief wordt vermeld. Voor de andere items is dit percentage nog geringer. Met andere woorden, als een huisarts over een bepaald item niets heeft te melden in de verwijsbrief maakt deze slechts in geringe mate gebruik van een ‘negatieve’ vermelding.

De informatie over aanvullend onderzoek en reeds ingestelde behandeling

Uit een vergelijking door de onderzoekers van de informatie in de verwijsbrief met informatie uit de vragenlijst van de huisarts (T1) blijkt dat, als de huisarts aanvullend onderzoek heeft verricht, dit in 40 % van de verwijsbrieven niet, of slechts deels, staat vermeld (zie tabel 6.9). Het blijkt vaak om bloed- en urineonderzoek te gaan. Andere onderzoeken, zoals röntgenonderzoek of een ECG, worden meestal wel in de verwijsbrief vermeld. Als de onderzoeken wel vermeld staan ontbreekt in een meerderheid van de gevallen de datum waarop het onderzoek heeft plaatsgevonden. Voor de therapie geldt eveneens dat deze nogal eens niet of slechts gedeeltelijk wordt vermeld.

Tabel 6.9 Aantal malen dat onderzoek en behandeling van de huisarts in de verwijsbrief is vermeld

	aantal malen in vragenlijst vermeld (N=284)	aantal malen in verwijsbrief vermeld (%)		
		volledig	deels	niet
onderzoeken	126	60	15	25
datum onderzoeken vermeld ¹⁾	-	40	4	55
plaats onderzoeken vermeld ²⁾	-	62	24	14
behandeling	171	65	18	18

1) de beoordeling heeft alleen betrekking op de onderzoeken die geheel of gedeeltelijk in de brief vermeld zijn (n=94)

2) de beoordeling heeft niet betrekking op bloed- en urineonderzoek; alle overige onderzoeken die in de vragenlijst zijn vermeld zijn beoordeeld (n=50)

Vergelijking van deze beoordeling met de beoordeling van de items ‘aanvullend onderzoek’ en ‘reeds ingestelde behandeling’ door de 4 onafhankelijke artsen laat het volgende zien. Bij het aanvullend onderzoek hangt de onafhankelijke beoordeling (voldoende/onvoldoende) samen met het al dan niet vermelden van de datum waarop het onderzoek heeft plaatsgevonden (Kendall's tau-(b)=.50). Bij de therapie bestaat er een geringe samenhang tussen het al dan niet gemist hebben van deze informatie en het al dan niet vermeld staan van de door de huisarts verrichte therapie in de verwijsbrief (Kendall's tau-(b)=.18).

De samenhang tussen de ‘overige’ items

Tabel 6.10 De correlaties tussen de 'overige' items (Pearson's R)

	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
(1) aanvullend onderzoek	<u>.14</u>	.08	.02	.07	-.03	.02	.10
(2) reeds ingestelde behandeling	-	.07	.03	<u>.17</u>	.11	.11	.11
(3) vroegere ziekten en operaties	-	-	<u>.31</u>	<u>.42</u>	<u>.15</u>	<u>.22</u>	*.12
(4) andere ziekten	-	-	-	<u>.32</u>	.08	.10	.10
(5) gebruik geneesmiddelen	-	-	-	-	<u>.23</u>	<u>.25</u>	.10
(6) allergieën/intoxicaties	-	-	-	-	-	<u>.23</u>	<u>.19</u>
(7) familie-anamnese	-	-	-	-	-	-	<u>.18</u>
(8) psychosociale factoren	-	-	-	-	-	-	-

* betekent $p < .05$, enkel onderstreept $p < .01$ en dubbel onderstreept $p < .001$

De correlaties tussen de beoordelingen van de items zijn over het algemeen laag (tabel 6.10). Opvallend is dat de correlatie tussen 'gebruik geneesmiddelen' en 'vroegere ziekten' relatief hoog is. Deze twee items hangen ook frequent samen met andere items. De correlaties tussen de items zijn steeds positief. Dit betekent dat een goede beoordeling van een item vaak samengaat met een goede beoordeling van andere items.

De totaalscore voor de 'overige' items

Bij de berekening van de totaalscore voor de verwijfsbrief zijn de scores op de minimumbrief (met 2 vermenigvuldigd) en de verzorging van de brief bij elkaar opgeteld, waarvan vervolgens de score op het onderdeel 'overige' items is afgetrokken. Dit betekent dus dat hoe hoger de score op dit onderdeel, hoe frequenter de beoordelende artsen de informatie van de in de brief vermelde items onvoldoende vinden of andere items in de brief hebben gemist. De score kan theoretisch variëren van 0 tot 100. In de praktijk blijkt de hoogste score op dit onderdeel 45.7 en de gemiddelde score 12.8 (SD=9.3).

Tabel 6.11 De verdeling van de scores op de 'overige' items

score	aantal verwijfsbrieven (N=284) %
0	7
0-5	20
6-10	18
11-15	21
16-20	12
21-25	11
26-30	9
31-35	2
36-40	0
41-45	0
46-50	0

Ter illustratie volgen hieronder de brieven 4 en 5, die veel kritiek hebben gekregen op dit onderdeel van de verwijfsbrief. Bij brief 4 hebben de beoordelende artsen een groot aantal items gemist, nl.: aanvullend onderzoek (3×), reeds ingestelde behandeling (4×), vroegere ziekten (1×), andere ziekten waarvoor patiënt onder behandeling is (1×), gebruik geneesmiddelen (2×), allergieën/intoxicaties (2×), familie-anamnese (1×) en psychosociale omstandigheden (3×).

Brief 4 Een brief waarbij veel kritiek op de ‘overige’ items is gegeven

16-03-90

AC,

Mevr. de V., in geen jaren ziek geweest, heeft de laatste tijd bizarre verschijnselen als pijn, beklemd gevoel in bovenbuik, uitstralend naar hart en schouder regio links. Ik durf maar amper een DD op te stellen, maar ik vind wel opvallend dat er duidelijk drukpijn in epigastrio is. Analyse lijkt me gewenst.

Brief 5 heeft vooral aftrek van punten gekregen, omdat uit de vragenlijst van de huisarts blijkt dat de huisarts, voordat de patiënt werd verwezen, bloedonderzoek heeft gedaan (Hb, BSE en leverfuncties) en een echo van de buik heeft laten verrichten, terwijl deze informatie niet in de verwijfsbrief is vermeld. De huisarts heeft deze informatie ook niet op een andere manier aan de specialist meegedeeld.

Brief 5 Een brief waarbij veel kritiek op de ‘overige’ items is gegeven

Bedum, 19-10-89

Geachte collega,

Mevr.K.de K., geboren 12/07/61, Esweg 333 te Bedum

*Patiënte heeft sinds ruim 3 weken pijn in epigastrio, ructus, nausea.
Er is geen pyrosis, emesis of opgeblazen gevoel.
Koffie verdraagt ze minder goed dan eerder.
De klachten/pijn verbeteren soms tijdens eten.
Is er sprake van een ulcus?
Graag je onderzoek.*

Met vriendelijke groeten,

De brieven 6 en 7 zijn voorbeelden van brieven die op dit onderdeel geen kritiek hebben gekregen. Veel brieven die 0 punten hebben gescoord zijn brieven naar de dermatoloog. Dit is ook niet zo verwonderlijk, omdat in deze brieven vaak maar weinig items uit het onderdeel 'overige' items hoeven te worden opgenomen. De twee voorbeelden zijn brieven naar respectievelijk de neuroloog en de gastro-enteroloog.

Brief 6 Een brief waarbij geen kritiek op de 'overige' items is gegeven

17-11-89

Geachte collega,

Dhr S., geb. 17-4-46, Brink 6, komt ivm ischialgie rechts, waarbij de vraag is of we rekening moeten houden met een HNP. Dhr. doet fijn mechanisch werk in de optische industrie. Er bestaan al langere tijd lage rugklachten, van wisselende hevigheid. Stress speelt wel een rol (problemen werk en thuis) Frequent ziekteverzuim verslechtert de arbeidssituatie vrees ik. Recent was er een episode met hevige lumbago na verbetering door rust en analgetica constateerde de fysiotherapeut, reflexverlaging en krachtsvermindering rechts. De dag daarop vond ik geen reflexverschil, geen krachtsverlies van betekenis. De rug was gevoelig functie beperkt m.n. lateroflexie naar rechts (tractiepijn). Verder Lasègue re 45° li 30° (contralat. pijn). Ik ben zelf niet zo bang voor een HNP op dit moment. Ten behoeve van een consistent beleid graag uw advies tav. de diagnose. Ik zou zelf door willen gaan met roborerende oefen therapie en zonodig pijnstilling.

Daarnaast graag uw advies ten aanzien van neuralgieachtige pijn in het rechter (boven)been, ontstaan na een catheterisatie in de re.lies, waarschijnlijk tgv een vals aneurysma, dat ca 5 mnd later operatief werd behandeld. Hoe ernstig is het letsel, is er een prognose te geven; heeft een neuromod zin.

Voorgeschiedenis: myocardinfarct sept. '88 (naam cardioloog).

coll.groeten

Brief 7 Een brief waarbij geen kritiek op de 'overige' items is gegeven

31-02-1990

Aan de heer M., gastro-enteroloog
Juliana ziekenhuis

Beste Karel,

Dhr. L. de L., geb. 09-03-'53, wonende Bosstraat 3 te Bedum, heeft al
verscheidene jaren last van anaal bloedverlies. Het defaecatiepatroon is
ongestoord. Het blijkt te gaan om een bloedend haemorrhoid.

Derhalve gaarne jouw visie met behandeling.
Voorgeschiedenis: blanco. Medicatie: geen.

Met vriendelijke groeten,

6.2.4 De verzorging van de verwijsbrief

Leesbaarheid

Bij de beoordeling van de leesbaarheid konden de 8 artsen, die ook de vraagstelling hebben beoordeeld, kiezen uit goed, matig of slecht leesbaar. De oordelen zijn gesommeerd tot een *leesbaarheidsscore*, die varieert van 0 (slecht leesbaar) tot 10 (uitstekend leesbaar). Ruim een derde van de verwijsbrieven krijgt minder dan zes punten op dit onderdeel (tabel 6.12). Deze brieven zijn matig tot slecht leesbaar.

Tabel 6.12 De scores op leesbaarheid van de verwijsbrief

score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aantal verwijs- brieven % (N=284)	2	5	5	8	11	6	10	4	8	12	30

Getypt, kopie en gebruikte formaat en indeling

Van de 284 beoordeelde brieven zijn 98 getypt (35 %). De overige brieven zijn handgeschreven. Bij 138 verwijzingen bleek de huisarts zelf over een kopie van de verwijsbrief te beschikken (49 %). Brieven zonder indeling zijn het meest frequent gebruikt (tabel 6.13). Door 4 huisartsen is steeds een receptpapiertje gebruikt om de verwijsbrief te schrijven, 2 huisartsen gebruikten soms een receptpapiertje en soms een blanco A5 velletje. Bij 9 % van de verwijzingen is een verwijsbrief gebruikt met voorge-
drukte kopjes, hetgeen volgens de standaard de voorkeur geniet.

Tabel 6.13 De frequentieverdeling van formaat en indeling van de verwijfsbrieven (tussen haakjes het aantal punten dat aan elke categorie is toegekend)

aantal verwijfszingen indeling/formaat	(N=284) %
receptpapiertje (0)	8
voorgedrukte kopjes, fout gebruikt (5)	3
blanco zonder indeling (10)	78
blanco met eigen indeling (15)	5
voorgedrukte kopjes, goed gebruikt (15)	6

De samenhang tussen de items van de verzorging van de verwijfsbrief

Het is niet verwonderlijk dat de leesbaarheid en het al dan niet getypt zijn van de brief sterk samenhangen. De getypte brieven krijgen een gemiddelde leesbaarheidsscore van 9.7, de handgeschreven brieven 5.1 ($t=-20.72$, $p<.001$). Van getypte verwijfsbrieven is in 82 % van de gevallen een kopie bij de huisarts aanwezig, van de handgeschreven brieven is dit slechts bij 31 % van de brieven het geval ($\chi^2=65.4$, $df=1$, $p<.001$). De brieven, waarbij een indeling wordt gebruikt, krijgen van de beoordelende artsen geen hogere leesbaarheidsscore, dan de brieven zonder indeling. De leesbaarheid van verwijfsbrieven op een receptpapiertje blijkt minder goed te zijn dan van de overige brieven (gemiddelde leesbaarheidsscore resp. 3.6 en 6.9; $t=-5.04$, $p<.001$). Het gebruikte formaat/indeling van de verwijfsbrief hangt ook samen met het al dan niet typen en het bewaren van een kopie van de verwijfsbrief. Brieven met een eigen indeling worden het meest frequent getypt, het betreft meestal brieven die met behulp van de computer zijn geschreven. Van de brieven met een eigen indeling is ook het meest frequent een kopie bij de huisarts aanwezig. Zoals te verwachten was, blijken brieven op een receptpapiertje nooit getypt en beschikt de huisarts ook nooit over een kopie van de verwijfsbrief.

De totaalscore voor de verzorging van de verwijfsbrief

De totaalscore voor de verzorging (tabel 6.14) is als volgt samengesteld: 55 punten voor de leesbaarheid, 15 punten voor het typen van de brief, 15 punten voor het bewaren van een kopie en 15 punten voor het formaat/indeling van de verwijfsbrief.

Tabel 6.14 Frequentieverdeling van de totaalscores op de verzorging van de verwijfsbrief (de scores zijn afgerond op tientallen)

score	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
aantal verwijfs- brieven % (N=284)	1	4	6	11	18	12	9	4	8	4	24

Ruim de helft van de verwijfsbrieven krijgt een onvoldoende (< 60 punten) als rapport-

cijfer op het onderdeel verzorging. De gemiddelde score is 59 (SD=28). De brieven die op dit onderdeel 0 punten krijgen, zijn handgeschreven brieven op een receptpapiertje die door vrijwel alle beoordelaars als slecht leesbaar zijn beoordeeld.

6.2.5 Het totaaloordeel over de verwijsbrief

In tabel 6.15 zijn de correlaties tussen de onderdelen van de verwijsbrief weergegeven.

Tabel 6.15 Samenhang tussen beoordelingen van de vier onderdelen van de verwijsbrief (Pearson's R)

	(2)	(3)	(4)
(1) vraagstelling	.08	.07	.10
(2) minimumbrief excl. vraagst.	-	<u>.45</u>	<u>.30</u>
(3) 'overige' items	-	-	.03
(4) verzorging	-	-	-

dubbel onderstreept betekent $p < .001$

Het al dan niet duidelijk vermelden van de vraagstelling hangt niet samen met één van de andere onderdelen van de verwijsbrief. Wel blijkt dat de score op de minimumbrief significant samenhangt met de 'overige' items en de verzorging.

In tabel 6.16 is de frequentieverdeling van de totaalscore op de verwijsbrief gegeven. De hoogste totaalscore is 94, het gemiddelde is 61 (SD=16). Als we de totaalscore als een rapportcijfer beschouwen krijgt 35 % van de brieven een onvoldoende.

Tabel 6.16 Frequentieverdeling van de totaalscore op de verwijsbrief (de scores zijn afgerond op tientallen)

score	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
aantal verwijs- brieven % (N=284)	-	-	2	4	9	20	21	22	14	8	-

Ter afsluiting van deze paragraaf volgen twee brieven met een hoge totaalscore.

Brief 8 Een brief met een hoge totaalscore

Bedum, 13 december 1989

Geachte collega,

Betreffende: *A de L.-P.
Boslaan 34
Bedum*

Geb.datum: *14-11-1938*

Klachten: *Sinds een jaar veel hoofdpijn. Het zijn steken door het hoofd welke met lichtflitsen gepaard gaan. Patiënte dacht aan een bijwerking van medicatie (tenoretic ivm hypertensie), stoppen hiervan gaf stijging van de tensie maar geen verbetering van de klachten.*

Aanknopingspunten kan ze verder niet benoemen, ze maakt zich er ongerust over, wil 'hersendonderzoek'.

Onderzoek: *gda*

Aanvullend onderzoek: *RR wisselend tussen 130/90 en 180/100.*

Reden van verwijzing/vraagstelling: *Onderzoek naar oorzaak van de hoofdpijn, adviezen tav de behandeling.*

Relevante voorgeschiedenis: *--*

Medicatie: *Thans: inderal 3 x 40 mg. hydrochloorthiazide 1 x 25 mg.*

NB: Tijdens gebruik van renitec sterke toename van de klachten.

Met collegiale hoogachting,

Brief 8 heeft 90 punten gekregen. Het verlies van punten is te wijten aan de volgende items: Bij de minimumbrief heeft de vraagstelling ruim drie punten minder gekregen en vindt één beoordelaar het lichamelijk onderzoek onvoldoende (2 punten). Bij de 'overige' items is 5 punten verloren, omdat twee artsen de psychosociale omstandigheden van de patiënt onvoldoende vermeld vinden, één arts de informatie over andere ziekten onvoldoende vindt en omdat het door de huisarts uitgevoerde bloedonderzoek (Hb en BSE) niet in de verwijfsbrief is vermeld. De verzorging krijgt het maximaal haalbare aantal punten.

Dat een kwalitatief goede brief niet een lange brief hoeft te zijn blijkt uit brief 9, die de hoogste score van 94 punten heeft gekregen. De items van de minimumbrief zijn allen voldoende beoordeeld, behalve het item 'vraagstelling', waarvoor circa 4 punten in mindering zijn gebracht. Bij de 'overige' items wordt alleen door één beoordelaar het item 'psychosociale omstandigheden' gemist (verlies van ruim een halve punt). Op het onderdeel 'verzorging' is 1½ punt afgetrokken, omdat geen gebruik is gemaakt van een indeling met kopjes.

Brief 9 Een brief met een hoge totaalscore

Bedum, 2 februari 1990

Geachte collega,

De heer W J., geb. 30-08-1912, wonende Bospad 5 te Bedum, heeft sinds ca. een half jaar op zijn linker slaap op het behaarde hoofd een pijnloos papilleus tumortje, wat in omvang toeneemt. Geen jeuk, het bloedt niet.

Verruca senilis of huidcarcinoom?

Gaarne Uw beoordeling en advies.

Met vriendelijke groet,

6.3 De subjectieve beoordeling van de verwijsbrief

6.3.1 Inleiding

Het is niet alleen van belang dat de verwijsbrief aan de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap voldoet, zoals in de onafhankelijke beoordeling is nagegaan, maar vooral ook dat de specialist, aan wie de verwijsbrief is gericht, met de verwijsbrief uit de voeten kan. In 6.3.2 worden de resultaten van de beoordeling door de betrokken specialisten gegeven, zowel een ‘overall’ oordeel als een beoordeling op de verschillende items van de brief op basis waarvan een totaalscore is berekend. Tevens wordt nagegaan in welke mate kenmerken van de specialist samenhangen met het oordeel van de specialist over de verwijsbrief. In 6.3.3 wordt het specialistenoordeel vergeleken met het onafhankelijke oordeel over de verwijsbrief.

6.3.2 Het ‘overall’ oordeel en het oordeel over de items van de verwijsbrief van de specialist

Het ‘overall’ oordeel van de specialist

Bij 175 verwijzingen vindt de specialist dat de verwijsbrief model kan staan voor een goede verwijsbrief; bij 91 verwijzingen is dit niet het geval.

Het oordeel van de specialist over de items van de verwijsbrief

Het aantal beoordelingen door de betrokken specialisten is iets lager dan bij de onafhankelijke beoordeling (respectievelijk 271 en 284), omdat enkele specialisten niet aan het onderzoek wensten mee te werken. In tabel 6.17 staat vermeld hoe vaak de specialisten de items als voldoende dan wel onvoldoende hebben beoordeeld.

Tabel 6.17 Het oordeel van de specialisten over de items van de verwijfsbrief

n.v.t./niet	oordeel specialist in procenten (N=271)		
	voldoende	onvoldoende	ingevuld
voorgeschiedenis	71	23	6
anamnese	80	15	5
lichamelijk onderzoek	63	29	8
aanvullend onderzoek	64	15	21
(voorlopige) diagnose c.q. probleemdefinitie	83	11	6
behandeling ingesteld voor deze klachten	60	20	20
psychosociale omstandigheden	39	44	17
medicatie buiten de klacht	56	24	20
vraagstelling		91	6
3			
aan de patiënt verstrekte informatie	58	22	20

De specialisten vinden dat met name de psychosociale omstandigheden onvoldoende in de verwijfsbrieven staan vermeld. De vraagstelling vinden de specialisten bijna altijd voldoende.

Het oordeel van de specialist over de verschillende items van de verwijfsbrief is opgeteld tot een totaalscore voor elke verwijfsbrief. Het item 'aan de patiënt verstrekte informatie' is niet in de totaalscore van de specialist opgenomen, omdat dit item ook geen onderdeel uitmaakt van het onafhankelijke totaaloordeel. Uit de correlatiematrix van tabel 6.18 blijkt dat tussen de meeste items een positieve significante samenhang bestaat. Dit betekent dat als de specialist een item voldoende vindt, hij ook vaak de andere items voldoende vindt. Als hij een item echter onvoldoende vindt is de kans relatief groot dat hij ook andere items onvoldoende vindt.

Voor het berekenen van de totaalscore in tabel 6.19 heeft elke brief vooraf 100 punten gekregen en levert een onvoldoende oordeel op een item een aftrek van punten op, gelijk aan het gewicht van het item (zie bijlage IV). De gemiddelde score is 84 (SD=20).

Tabel 6.18 De correlaties tussen de items (Pearson's R)

	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
(1) voorgeschiedenis	<u>.34</u>	<u>.26</u>	<u>.25</u>	<u>.18</u>	<u>.30</u>	<u>.33</u>	<u>.41</u>	<u>.21</u>
(2) anamnese	-	<u>.28</u>	<u>.23</u>	.09	<u>.19</u>	<u>.25</u>	<u>.26</u>	<u>.22</u>
(3) lichamelijk onderzoek	-	-	<u>.35</u>	<u>.21</u>	*.14	<u>.34</u>	<u>.26</u>	.09
(4) aanvullend onderzoek	-	-	-	<u>.15</u>	<u>.33</u>	<u>.18</u>	<u>.31</u>	.07
(5) probleemdefinitie	-	-	-	-	<u>.19</u>	<u>.18</u>	.06	<u>.34</u>
(6) ingestelde behandeling	-	-	-	-	-	<u>.19</u>	<u>.28</u>	<u>.24</u>
(7) psychosociale omstandigheden	-	-	-	-	-	-	<u>.43</u>	*.14
(8) medicatie buiten de klacht	-	-	-	-	-	-	-	<u>.20</u>
(9) vraagstelling	-	-	-	-	-	-	-	-

* betekent $p < .05$, enkel onderstreept $p < .01$ en dubbel onderstreept $p < .001$

Tabel 6.19 Frequentieverdeling van de totaalscores van het oordeel van de specialist over de verwijsbrief (de scores zijn afgerond op tientallen)

score	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
aantal verwijs- brieven % (N=255 ¹⁾)	0	1	1	1	4	2	7	8	10	24	41

1) bij 16 verwijzingen heeft de specialist de beoordeling van de verwijsbrief onvolledig ingevuld

Bij 172 verwijzingen (67 %) heeft de specialist op één of meer items van de verwijsbrief kritiek. De kritiek richt zich met name op items die niet zo'n groot gewicht krijgen bij het bepalen van het totaaloordeel. De items met een groot gewicht, te weten: anamnese, vraagstelling en probleemdefinitie, krijgen meestal het oordeel 'voldoende'.

De samenhang tussen het 'overall' oordeel en het oordeel over de items van de verwijsbrief van de specialist.

Als de specialist vindt dat de brief model kan staan voor een goede verwijsbrief ('overall' oordeel) vindt de specialist toch bij 55 % van de brieven één of meer items onvoldoende. Als de specialist vindt dat de brief niet model kan staan heeft hij bij 92 % kritiek op één of meer items. Brieven, waarvan de specialist vindt dat ze model kunnen staan, krijgen gemiddeld 93 punten. De overige brieven krijgen gemiddeld 66 punten ($t=10.04$, $p<.001$; Pearson's $R=.62$, $p<.001$).

Het 'overall' oordeel hangt samen met alle 9 beoordeelde items van de verwijsbrief (tabel 6.20). Blijkbaar betreft de specialist al deze 9 items in zijn 'overall' oordeel. De correlatie is het sterkst bij de items 'voorgeschiedenis', 'anamnese' en 'lichamelijk onderzoek' en het geringst bij de items 'vraagstelling', 'aanvullend onderzoek' en 'probleemdefinitie'.

Tabel 6.20 De relatie tussen het oordeel van de specialist op de 9 items van de verwijsbrief en het 'overall' oordeel van de specialist

oordeel specialist per item	'overall' oordeel specialist ¹⁾		Pearson's R ²⁾
	wel model	niet model	
voorgeschiedenis	93	44	.54
anamnese	96	62	.44
lichamelijk onderzoek	85	44	.42
aanvullend onderzoek	92	70	.28
probleemdefinitie	95	78	.27
reeds ingestelde behandeling	89	60	.34
psychosociale omstandigheden	67	31	.34
medicatie, buiten deze klacht	86	53	.36
vraagstelling	99	86	.27

1) in de eerste twee kolommen staat hoeveel procent van de specialisten het betreffende item voldoende vindt

2) voor alle items geldt $p < .001$

De samenhang tussen het oordeel van de specialist en specialistenkenmerken

Het ‘overall’ oordeel en de totaalscore van de specialist hangen in geringe mate samen met de taakopvatting van de specialist. De samenhang met de uitsprakenschaal is respectievelijk $-.14$ en $-.15$ (beide $p < .05$); als de specialist de huisarts een bredere taak toekent, is hij minder positief over de kwaliteit van de verwijsbrieven. Er bestaat geen significante samenhang met de aandoeningenscalen. Ook het aantal jaren praktijkervaring hangt niet samen met het oordeel van de specialist.

6.3.3 De vergelijking tussen de onafhankelijke en de subjectieve beoordeling van de verwijsbrief

Inleiding

De onafhankelijke en subjectieve beoordeling zijn op verschillende manieren met elkaar vergeleken. Eerst wordt een vergelijking op itemniveau gemaakt, daarna wordt het ‘overall’ oordeel van de specialist vergeleken met het onafhankelijke totaaloordeel en tenslotte wordt het ‘overall’ oordeel van de specialist vergeleken met de onafhankelijke beoordeling van de items. Deze laatste vergelijking is met name uitgevoerd om na te gaan aan welke items van de standaard voor de verwijsbrief de specialist de meeste waarde hecht.

De vergelijking van het oordeel op de items van de verwijsbrief

ANAMNESE, LICHAAMELIJK ONDERZOEK EN PROBLEEMDEFINITIE

Uit tabel 6.21 blijkt dat bij de items ‘anamnese’, ‘lichamelijk onderzoek’ en ‘probleemdefinitie’ een significante samenhang tussen het oordeel van de specialist en de onafhankelijke beoordeling bestaat. De correlatie is het sterkst voor het item ‘lichamelijk onderzoek’. Als de specialist het lichamelijk onderzoek voldoende vindt, vinden meer beoordelaars dit onderdeel voldoende, dan wanneer de specialist het onvoldoende vindt (respectievelijk ‘2.41’ en ‘1.17’ beoordelaars).

Tabel 6.21 Vergelijking van de onafhankelijke beoordeling met de subjectieve beoordeling van de anamnese, het lichamelijk onderzoek en de probleemdefinitie

onafhankelijk oordeel ¹⁾	volgens specialist		Pearson's R ²⁾
	voldoende	niet voldoende	
anamnese	2.69	2.24	<u>.16</u>
lichamelijk onderzoek	2.41	1.17	<u>.43</u>
probleemdefinitie	3.26	2.28	<u>.29</u>

1) het gemiddelde aantal artsen (maximaal 4) dat een voldoende oordeel heeft gegeven, wanneer de specialist de informatie voldoende dan wel onvoldoende vindt

2) enkel onderstreept betekent $p < .01$ en dubbel onderstreept $p < .001$

VRAAGSTELLING

Bij de 15 verwijsbrieven waar de specialist de vraagstelling onvoldoende vindt, is de vraagstelling volgens de onafhankelijke beoordelaars niet onduidelijker dan de vraagstelling in de overige verwijsbrieven (de 15 brieven hebben een gemiddelde duidelijkheidsscore van 6.0 en de overige brieven van 6.1).

DE 'OVERIGE' ITEMS

Aan- en afwezigheid van de items in de verwijsbrief

Het aanwezig zijn van een item in de verwijsbrief betekent dat er een positieve (bijvoorbeeld: Vroegere ziekten: 1989 appendectomie) of een negatieve vermelding (bijvoorbeeld: Voorgeschiedenis: blanco) in de verwijsbrief voorkomt. Uit tabel 6.22 valt af te lezen dat er een geringe, doch significante samenhang is tussen het oordeel van de specialist en de aan- of afwezigheid van de items in de verwijsbrief. Voor alle items geldt dat, als het item niet in de verwijsbrief is opgenomen, de specialisten het item toch meestal voldoende vinden (tweede kolom tabel 6.22). Mogelijk is het item niet gemist, omdat de specialist het in de gegeven situatie niet relevant acht.

Tabel 6.22 Samenhang tussen het oordeel van de betrokken specialist en de aan- of afwezigheid van een item in de verwijsbrief

percentage voldoende volgens de specialist	aanwezig	afwezig	Pearson's R ¹⁾
aanvullend onderzoek	91	81	*.13
reeds ingestelde behandeling	85	74	*.14
vroegere ziekten	91	69	<u>.25</u>
geneesmiddelengebruik	95	71	<u>.20</u>
psychosociale omstandigheden	76	51	<u>.18</u>

1) * betekent $p < .05$, enkel onderstreept $p < .01$ en dubbel onderstreept $p < .001$

Het onafhankelijke oordeel (voldoende/onvoldoende of gemist)

Het onafhankelijke oordeel kan variëren van 4 (door alle 4 beoordelaars voldoende beoordeeld of door geen gemist) tot 0 (door alle 4 beoordelaars onvoldoende gevonden of door alle 4 gemist). Bij twee items is er een geringe significante samenhang tussen het onafhankelijke oordeel en het oordeel van de specialist, namelijk 'reeds ingestelde behandeling voor de klachten' (Pearson's $R = .17$, $p = .004$) en 'vroegere ziekten' (Pearson's $R = .11$, $p = .04$). Nadere analyse laat zien dat, als de specialist de 'reeds ingestelde behandeling' onvoldoende vindt, dit item meestal wel in de verwijsbrief is opgenomen, maar de beoordelaars de gegeven informatie evenals de specialist onvoldoende vinden. Als de specialist 'vroegere ziekten' echter onvoldoende vindt, betekent dit meestal dat het item niet in de verwijsbrief is opgenomen en de beoordelaars deze informatie gemist hebben.

De vergelijking van het 'overall' oordeel van de specialist met het onafhankelijke totaaloordeel

Brieven waarvan de specialist vindt dat deze model kunnen staan voor een goede verwijsbrief, krijgen een hogere onafhankelijke totaalscore (gemiddeld 7.0) dan de overige brieven (gemiddeld 6.0) ($t=6.16$, $p<.001$; Pearson's $R=.30$, $p<.001$).

De vergelijking van het 'overall' oordeel van de specialist met het onafhankelijke oordeel per item

Het 'overall' oordeel van de specialist hangt significant samen met de onafhankelijke beoordeling van alle drie onderdelen van de verwijsbrief (tabel 6.23). Bij de items van de minimumbrief is het meest opvallende dat de duidelijkheid van de vraagstelling *niet* samenhangt met het 'overall' oordeel van de specialist. Bij de 'overige' items hangt het 'overall' oordeel van de specialist alleen significant samen met het item 'reeds ingestelde behandeling'. Bij de items die niet significant samenhangen met het 'overall' oordeel van de specialist is de onafhankelijke beoordeling van de 'model' brieven meestal wel positiever dan van de brieven die volgens de specialist niet model kunnen staan.

De correlatie tussen de verzorging en het 'overall' oordeel van de specialist blijkt te berusten op de leesbaarheid en de sterk hiermee gecorreleerde variabele 'getypt'.

Tabel 6.23 Vergelijking van het 'overall' oordeel van de specialist met het onafhankelijke oordeel op onderdelen

	model volgens specialist ¹⁾		Pearson's R ²⁾
	ja (91)	nee (n=175)	
minimumbrief	7.2	6.3	<u>.33</u>
vraagstelling	6.0	6.2	.08
klacht	8.3	7.0	<u>.23</u>
anamnese	5.8	4.2	<u>.25</u>
lichamelijk onderzoek	6.0	3.5	<u>.35</u>
probleemdefinitie	8.3	6.9	<u>.25</u>
persoonsgegevens ³⁾	-	-	<u>.17</u>
'overige' items	7.4	6.7	<u>.16</u>
aanvullend onderzoek	7.3	7.0	.03
reeds ingestelde beh.	7.4	6.1	<u>.15</u>
vroegere ziekten	7.4	6.3	.12
andere ziekten	8.0	7.5	.07
gebruik geneesmiddelen	6.8	6.2	.08
psychosociale omst.	7.1	6.0	.12
allergieën/intoxicaties	7.9	7.5	.06
familie-anamnese	8.3	8.6	.05
verzorging	6.5	5.1	<u>.25</u>
leesbaarheid	7.2	5.5	<u>.25</u>
getypt ³⁾ - kopie ³⁾	-	<u>.25</u>	.07
papier/indeling ³⁾	-	-	.09

1) in de eerste kolom staat de gemiddelde score op het item als de specialist vindt dat de brief model kan staan voor een goede verwijsbrief; in de tweede kolom staat het gemiddelde als dat niet zo is; alle scores zijn getransformeerd naar een score variërend van 0 tot 10

2) enkel onderstreept betekent $p < .01$ en dubbel onderstreept $p < .001$

3) deze items zijn niet door onafhankelijke artsen beoordeeld, maar door de onderzoekers; van deze variabelen zijn geen gemiddelden berekend

6.4 Een viertal verklarende variabelen (bekendheid met/schrijven volgens de NHG-standaard, bekendheid met specialist op T1 en werkrelatie)

Bekendheid met/schrijven volgens de NHG-standaard voor de verwijsbrief

De meerderheid van de huisartsen (71 %, N=56) is op de hoogte van de richtlijnen van de NHG-standaard van de verwijsbrief en bijna een derde (30 %) zegt de verwijsbrieven te schrijven volgens deze richtlijnen. In hoofdstuk 4, paragraaf 5 is de samenhang tussen deze variabelen en andere huisartsenkenmerken besproken.

Bekendheid van de huisarts met de specialist op T1

Bij 69 % van de verwijzingen kent de huisarts op het moment dat hij de patiënt verwijst,

en op het moment dat hij de verwijfsbrief schrijft, de naam van de specialist die de patiënt zal bezoeken.

De intensiteit van de werkrelatie

In tabel 6.24 zijn de 5 items opgenomen, die betrekking hebben op de intensiteit van de werkrelatie tussen huisarts en specialist. De score is maximaal 10 en minimaal 0: hoe hoger de score, hoe intensiever de werkrelatie tussen huisarts en specialist. De gemiddelde score op de schaal is 5.7 (SD=2.3); de modus is 7.

Tabel 6.24 Frequentieverdeling van de vijf items die deel uitmaken van de schaal voor de intensiteit van de werkrelatie tussen huisarts en specialist (N=309)

		%
<i>frequentie verwijzingen naar betreffende specialist</i>	>3 x per kwartaal	28
	1-3 x per kwartaal	49
	<1 x per kwartaal	16
	nooit eerder naar verwezen	7
<i>verwijzing bij voorkeur naar betreffende specialist</i>	ja (bijna) alle patiënten	15
	nee, zowel naar deze als andere specialisten	76
	nee, zelden naar deze specialist	3
	nooit eerder naar verwezen	7
<i>frequentie consultatie betreffende specialist</i>	4 of meer x per jaar	31
	1-4 x per jaar	38
	nooit	32
<i>betreffende specialist</i>	ja	64
<i>persoonlijk ontmoet</i>	nee	36
<i>betreffende specialist</i>	ja	10
<i>persoonlijke vriend</i>	nee	90

6.5 De verklaring van de kwaliteit van de verwijfsbrief

DE VERKLARENDE VARIABELEN

In tabel 6.25 is aangegeven hoe sterk de samenhang is tussen de verklarende variabelen en de onafhankelijk bepaalde scores op de verwijfsbrief. De minimumbrief is opgedeeld in de vraagstelling en de minimumbrief exclusief de vraagstelling, omdat de score op de vraagstelling nauwelijks samenhangt met de andere items van de minimumbrief. De samenhang tussen de verwijfsbriefspecifieke verklarende variabelen is aangegeven in bijlage IX, tabel IX.2 en tussen de niet-verwijfsbriefspecifieke verklarende variabelen (de

huisartsenkenmerken) in paragraaf 5 van hoofdstuk 4.

Tabel 6.25 De samenhang tussen de verklarende variabelen en de scores voor de onafhankelijke beoordeling van de verwijsbrief (Pearson's R, N=281)

verzor-	totaal- score	vraag- stelling	min. bij excl. vs	overige items	ging
<i>niet-verwijzingsspecifiek</i>					
<i>(huisartsenkenmerken)</i>					
praktijkervaring	<u>-.34</u>	-.01	<u>-.26</u>	<u>.18</u>	<u>-.29</u>
praktijkvorm ¹⁾	<u>.18</u>	.04	<u>.22</u>	<u>-.17</u>	<u>.04</u>
taakopvatting uitspraken	<u>.33</u>	-.01	<u>.21</u>	-.10	<u>.34</u>
taakopvatting diagnostiek	<u>.30</u>	-.05	<u>.23</u>	<u>-.15</u>	<u>.26</u>
taakopvatting therapie	<u>.22</u>	.08	<u>.17</u>	* <u>-.12</u>	<u>.17</u>
NHG-standaard verw.brf. bekend ²⁾	<u>.28</u>	.01	<u>.32</u>	<u>-.20</u>	* <u>.12</u>
schrijven volgens NHG-standaard ²⁾	<u>.29</u>	.08	<u>.29</u>	<u>-.14</u>	<u>.16</u>
<i>verwijzingsspecifiek</i>					
ernst klachten ³⁾	.04	.01	.00	-.02	.06
aard klachten ³⁾	* <u>.13</u>	<u>.17</u>	.08	<u>-.26</u>	.02
specialisme ⁴⁾	<u>.16</u>	.08	<u>.22</u>	<u>-.24</u>	-.02
verwijksmotief: vrees huisarts ²⁾	-.03	-.04	-.04	* <u>.13</u>	.02
verwijksmotief: druk patiënt ²⁾	-.03	.04	.04	.11	-.04
verwijksmotief: gerustst. patiënt ²⁾	-.04	-.10	-.02	.11	.04
bekendheid specialist bij ha op T1 ²⁾	.05	.03	.05	-.11	.00
intensiteit werkrelatie ha-sp ⁵⁾	<u>-.30</u>	.04	<u>-.28</u>	<u>.06</u>	<u>.26</u>

* betekent $p < .05$, enkel onderstreept $p < .01$ en dubbel onderstreept $p < .001$

1) 1=gezondheidscentrum, 2=solo, associatie en groepspraktijk

2) 1=ja, 0=nee

3) N=246

4) 1=dermatologie, 0=interne geneeskunde en neurologie

5) als de huisarts op T1 de naam van de specialist kent, N=197

DE VERKLARENDE ANALYSE

Totaalscore

Tabel 6.26 De verklaarde variantie, totaal en per niveau, en de verdeling van de totale en de onverklaarde variantie bij de totaalscore (percentages)

	totaal	huisartsenniveau	verwijzingsniveau
verklaarde variantie ¹⁾	31	43	4
totale variantie		71	29
onverklaarde variantie		59	41

1) met de in tabel 6.27 opgenomen variabelen

Tabel 6.27 Multilevel analyse van de totaalscore voor de verwijfsbrief (N=281)

	ruwe regressiecoëff	gestan- daardiseerde regressiecoëff	significantie z-waarde
<i>niet-verwijzingspecifiek</i> schrijven volgens NHG-standaard ¹⁾	12.1	.36	
			<.001
taakopvatting uitspraken	4.44	.30	<.01
praktijkervaring	-.556	-.27	<.01
<i>verwijzingspecifiek</i> specialisme ²⁾	4.28	.11	<.01

1) 1=ja, 0=nee

2) 1=dermatologie, 0=interne geneeskunde en neurologie

De gemiddelde totaalscore voor de kwaliteit van de verwijfsbrief is 61 (bereik 0 tot 100). Uit tabel 6.26 blijkt dat de variantie van de gemiddelde totaalscore zich voor 71 % op het niveau van de huisarts bevindt en voor 29 % op verwijzingsniveau. De variantie op het niveau van de huisarts kan voor een groot deel worden verklaard (43 %), de verklaring op het verwijzingsniveau is gering.

Met behulp van de ruwe regressiecoëfficiënten uit tabel 6.27 is te berekenen hoe de totaalscore voor de kwaliteit van de verwijfsbrief beïnvloed wordt door de verklarende variabelen. Zo is de totaalscore gemiddeld 12.1 punten hoger als de huisarts zegt volgens de NHG-standaard te schrijven, dan wanneer de huisarts zegt dit niet te doen. Als de huisarts een bredere taakopvatting heeft, dan is de score op de verwijfsbrief hoger. Een jaar meer praktijkervaring komt gemiddeld overeen met ruim een half punt lagere totaalscore voor de verwijfsbrief. Bij verwijzingen naar de dermatologie tenslotte is de score op de verwijfsbrief gemiddeld ruim 4 punten hoger dan bij verwijzingen naar de interne geneeskunde of de neurologie.

Om na te gaan of de intensiteit van de werkrelatie een bijdrage levert aan de verklaring van de variantie zijn de verwijzingen geselecteerd waarbij de huisarts op het moment van verwijzen wist door welke specialist de patiënt zou worden gezien (n=196). Bij de analyse van deze verwijzingen blijkt werkrelatie geen significante bijdrage te leveren.

Vraagstelling

De gemiddelde score op het onderdeel vraagstelling is 19 (bereik van 0 tot 30). De variantie bevindt zich vooral op verwijzingsniveau (tabel 6.28). Alleen de variabele 'aard van de klachten' levert een significante bijdrage aan de verklaring van de variantie (tabel 6.29). Deze variabele verklaart 3 % van de totale variantie. Hoe beter de klachten diagnostiseerbaar en behandelbaar zijn en hoe geringer de rol van psychosociale factoren, hoe duidelijker de vraagstelling van de huisarts is.

Tabel 6.28 De verklaarde variantie, totaal en per niveau, en de verdeling van de totale en de onverklaarde variantie bij de vraagstelling (percentages)

	totaal	huisartsenniveau	verwijzingsniveau
verklaarde variantie ¹⁾	3	0	4
totale variantie		13	87
onverklaarde variantie		14	86

1) met de in tabel 6.29 opgenomen variabelen

Tabel 6.29 Multilevel analyse van de score voor de vraagstelling (N=245)

	ruwe regressiecoëff	gestandaardiseerde regressiecoëff	significantie z-waarde
<i>verwijzings</i> specifiek aard klachten	1.25	.18	<.01

Minimumbrief exclusief de vraagstelling

Bij dit onderdeel van de verwijsbrief (personalia patiënt, klachten, anamnese, lichamelijk onderzoek en probleemdefinitie) bevindt zich ruim de helft van de variantie op het verwijzingsniveau (tabel 6.30). Een kwart van de totale verklaarde variantie kan worden verklaard; de verklaring op het verwijzingsniveau is gering.

Tabel 6.30 De verklaarde variantie, totaal en per niveau, en de verdeling van de totale en de onverklaarde variantie bij de minimumbrief exclusie de vraagstelling (percentages)

	totaal	huisartsenniveau	verwijzingsniveau
verklaarde variantie ¹⁾	25	54	3
totale variantie		43	57
onverklaarde variantie		27	73

1) met de in tabel 6.31 opgenomen variabelen

Tabel 6.31 Multilevel analyse van de score op de minimumbrief exclusief de vraagstelling (N=281)

	ruwe regressiecoëff	gestan- daardiseerde regressiecoëff	significantie z-waarde
<i>niet-verwijzings specifiek</i>			
schrijven volgens NHG-standaard ¹⁾	8.21	.31	
<.001			
praktijkvorm ²⁾	12.3	.22	<.05
taakopvatting diagnostiek	1.83	.18	<.05
praktijkervaring	-.274	-.17	<.05
<i>verwijzings specifiek</i>			
specialisme ³⁾	4.31	.14	<.01

1) 1=ja, 0=nee

2) 1=gezondheidscentrum, 0=solo, associatie en groepspraktijk

3) 1=dermatologie, 0=interne geneeskunde en neurologie

Uit tabel 6.31 valt - met behulp van de ruwe regressiecoëfficiënt - te lezen dat als de huisartsen zeggen te schrijven volgens de NHG-standaard voor de verwijfsbrief de brief gemiddeld ruim 8 punten meer op dit onderdeel krijgt. Bij huisartsen werkzaam in een gezondheidscentrum is de score op dit onderdeel zelfs gemiddeld 12 punten hoger dan bij de andere artsen. Het aantal verwijzingen van huisartsen in een gezondheidscentrum is echter laag, zodat het aandeel van deze variabele in de verklaring van de variantie geringer is dan het aandeel van het schrijven volgens de NHG-standaard (dit is uitgedrukt in de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt). De enige variabele op verwijzingsniveau is het specialisme waarnaar de patiënt is verwezen.

'Overige' items

Bij de overige items bevindt zich het grootste deel van de variantie, namelijk 75 %, op verwijzingsniveau (tabel 6.32). De verklaring vindt voornamelijk plaats op huisartsenniveau.

Tabel 6.32 De verklaarde variantie, totaal en per niveau, en de verdeling van de totale en de onverklaarde variantie bij de 'overige' items (percentages)

	totaal	huisartsenniveau	verwijzingsniveau
verklaarde variantie ¹⁾	18	59	5
totale variantie		25	75
onverklaarde variantie		12	88

1) met de in tabel 6.33 opgenomen variabelen

Tabel 6.33 Multilevel analyse van de score op de 'overige' items (N=245)

	ruwe regressiecoëff	gestan- daardiseerde regressiecoëff	significantie z-waarde
<i>Niet-verwijzingsspecifiek</i>			
praktijkervaring	-.221	-.18	<.01
NHG-standaard verw.brf. bekend ²⁾	3.10	.15	<.05
<i>Verwijzingsspecifiek</i>			
specialisme ¹⁾	4.58	.21	<.001
aard klachten	1.97	.13	<.05
bekendheid specialist bij ha op T1 ²⁾	2.38	.12	<.05

1) 1=dermatologie, 0=interne geneeskunde en neurologie

2) 1=ja, 0=nee

Uit tabel 6.33 blijkt dat het kennen van de NHG-standaard significant bijdraagt aan de verklaring van de variantie en niet het schrijven volgens deze standaard, zoals dit bij enkele andere onderdelen het geval is. De verwijzingsspecifieke variabele 'specialisme' heeft relatief het grootste aandeel in de verklaring van de variantie.

Verzorging

Bij het onderdeel 'verzorging' bevindt zich de variantie voornamelijk op huisartsenniveau (gemiddelde=59, bereik 0-100). Op huisartsenniveau kan 20 % van de variantie worden verklaard. Huisartsen met een bredere taakopvatting en die schrijven volgens de NHG-standaard verzorgen de verwijsbrief beter (tabel 6.35).

Tabel 6.34 De verklaarde variantie, totaal en per niveau, en de verdeling van de totale en de onverklaarde variantie bij de verzorging (percentages)

	totaal	huisartsenniveau	verwijzingsniveau
verklaarde variantie ¹⁾	17	20	0
totale variantie		85	15
onverklaarde variantie		82	18

1) met de in tabel 6.35 opgenomen variabelen

Tabel 6.35 Multilevel analyse van de score op de verzorging (N=281)

	ruwe regressiecoëff	gestan- daardiseerde regressiecoëff	significantie z-waarde
<i>Niet-verwijzingsspecifiek</i>			
taakopvatting uitspraken	9.58	.37	<.01
schrijven volgens NHG-standaard ¹⁾	13.9	.24	<.05

1) 1=ja, 0=nee

BESPREKING

Bij vergelijking van de uitkomst van de multivariate analyse met de correlaties tussen de verklarende variabelen en de verwijfsbriefscores (tabel 6.25) valt de variabele 'intensiteit werkrelatie ha-sp' op. Deze variabele hangt significant samen met de totaalscore en de scores op de minimumbrief excl. de vraagstelling en de verzorging, terwijl deze variabele bij de multivariate analyse niet significant bijdraagt aan de verklaring van de variantie. De verklaring hiervoor kan niet gevonden worden in correlaties tussen de werkrelatie en andere verwijzingsspecifieke variabelen, omdat werkrelatie met geen van deze variabelen significant samenhangt (zie tabel IX.2, bijlage IX). Nadere analyse laat echter zien dat de werkrelatie wel samenhangt met een aantal niet-verwijzingsspecifieke variabelen (huisartsenkenmerken). Een intensievere werkrelatie met de specialist komt vaker voor bij huisartsen met meer praktijkervaring, met een smallere taakopvatting en bij huisartsen die de NHG-standaard voor de verwijfsbrief niet kennen. Het bestaan van deze correlaties kan de verklaring zijn voor het ontbreken van een significante bijdrage van werkrelatie aan de verklaring van de variantie.

Wat betreft de overige verklarende variabelen komt de uitkomst van de multivariate analyse in grote lijnen overeen met de gegevens uit tabel 6.25.

6.6 Samenvatting en beschouwing

Samenvatting

DE ONAFHANKELIJKE BEOORDELING VAN DE VERWIJSBRIEF

Er bestaat een grote spreiding in de kwaliteit van de verwijfsbrieven; de totaalscore varieert van 22 tot 94 punten. Als we de totaalscore als een rapportcijfer interpreteren krijgt ongeveer eenderde van de verwijfsbrieven een onvoldoende. Het meest negatief komt de verzorging van de verwijfsbrief uit de beoordeling. Op dit onderdeel haalt meer dan de helft van de brieven een 'onvoldoende'. De meeste brieven zijn niet getypt en daarom ook vaak minder goed leesbaar. Het slechtst leesbaar zijn de verwijfsbrieven die op een receptpapiertje zijn geschreven, waarvan in dit onderzoek in 8 % van de gevallen nog gebruik wordt gemaakt.

Van de items van de minimumbrief (de items die in elke verwijfsbrief dienen te worden opgenomen) worden de beschrijving van de personalia, de klachten van de patiënt en de probleemdefinitie over het algemeen positief beoordeeld. Op de verdere anamnese en het

lichamelijk onderzoek wordt vaak door één of meer van de vier beoordelende artsen kritiek geuit. De duidelijkheid van de vraagstelling laat vaak te wensen over, met name op therapeutisch gebied.

Bij de beoordeling van de ‘overige’ items van de verwijsbrief (de items die alleen behoeven te worden opgenomen als dit in de gegeven situatie relevant is) springen met name ‘aanvullend onderzoek’ en ‘reeds ingestelde behandeling’ in het oog. Deze twee items zijn het meest frequent in de verwijsbrief opgenomen. Door de onafhankelijke artsen wordt bij deze twee items echter ook het meeste kritiek geuit op de in de verwijsbrief opgenomen informatie. Vergelijking van de door de huisarts uitgevoerde diagnostiek en therapie (zoals door de huisarts vermeld in de vragenlijst) en de in de verwijsbrief vermelde diagnostiek en therapie laat zien dat de huisarts deze informatie vaak niet of slechts gedeeltelijk in de verwijsbrief vermeld.

Een ander opvallend item van het onderdeel ‘overige’ items is het geneesmiddelengebruik. Als de huisarts in de brief het geneesmiddelengebruik van de patiënt vermeldt, doet hij dit over het algemeen goed; schrijft hij niets in de verwijsbrief over het geneesmiddelengebruik, dan wordt dit vaak door de beoordelende artsen gemist. Een ander item dat relatief vaak in de verwijsbrief wordt gemist zijn de psychosociale omstandigheden van de patiënt.

De samenhang tussen de beoordelingen van de onderdelen van de verwijsbrief is niet groot. De duidelijkheid van de vraagstelling blijkt bijvoorbeeld nauwelijks samen te hangen met de kwaliteit van de andere onderdelen van de verwijsbrief. De vraagstelling in handgeschreven verwijsbrieven op een receptpapiertje met onvoldoende informatie op verschillende gebieden blijkt even (on)duidelijk als de vraagstelling in getypte brieven, waarin op alle onderdelen voldoende informatie wordt gegeven.

HET OORDEEL VAN DE BETROKKEN SPECIALIST OVER DE VERWIJSBRIEF

De specialisten vinden dat een meerderheid van de brieven van de huisarts model kunnen staan voor een goede verwijsbrief (‘overall’ oordeel). Toch hebben de specialisten bij tweederde van de verwijsbrieven kritiek op onderdelen. Het item ‘psychosociale omstandigheden’ vindt de specialist het meest frequent onvoldoende tot uiting komen. Dit item werd ook door de onafhankelijke beoordelaars het meest frequent gemist in de verwijsbrief. Het minste kritiek hebben de betrokken specialisten op de vraagstelling in de verwijsbrief.

Het ‘overall’ oordeel van de specialist vertoont een geringe samenhang met de onafhankelijke totaalscore voor de verwijsbrief.

Op basis van een vergelijking van het ‘overall’ oordeel van specialist met het oordeel van de specialist en het onafhankelijke oordeel op de items van de verwijsbrief kan geconcludeerd worden dat de volgende items van de verwijsbrief voor de specialist het meest van belang zijn: persoonsgegevens patiënt, klacht patiënt, anamnese, lichamenlijk onderzoek, probleemdefinitie, reeds ingestelde behandeling, vroegere ziekten en de leesbaarheid van de brief.

DE VERKLARING VAN DE VARIANTIE IN DE VERWIJSBRIEFScores

In tabel 6.36 worden de analyses voor de verklaring van de variantie van de totaalscore en de 4 deelscores voor de kwaliteit van de verwijsbrief samengevat. In de eerste en tweede kolom is de verdeling van de variantie over het huisartsen- en het verwijzings-

niveau aangegeven (de variantie die respectievelijk afhangt van de huisarts of van de omstandigheden van de verwijfsing). In de derde kolom is het percentage totale verklaarde variantie gegeven en in de laatste twee kolommen het percentage verklaarde variantie op respectievelijk het huisartsen- en het verwijfsingsniveau.

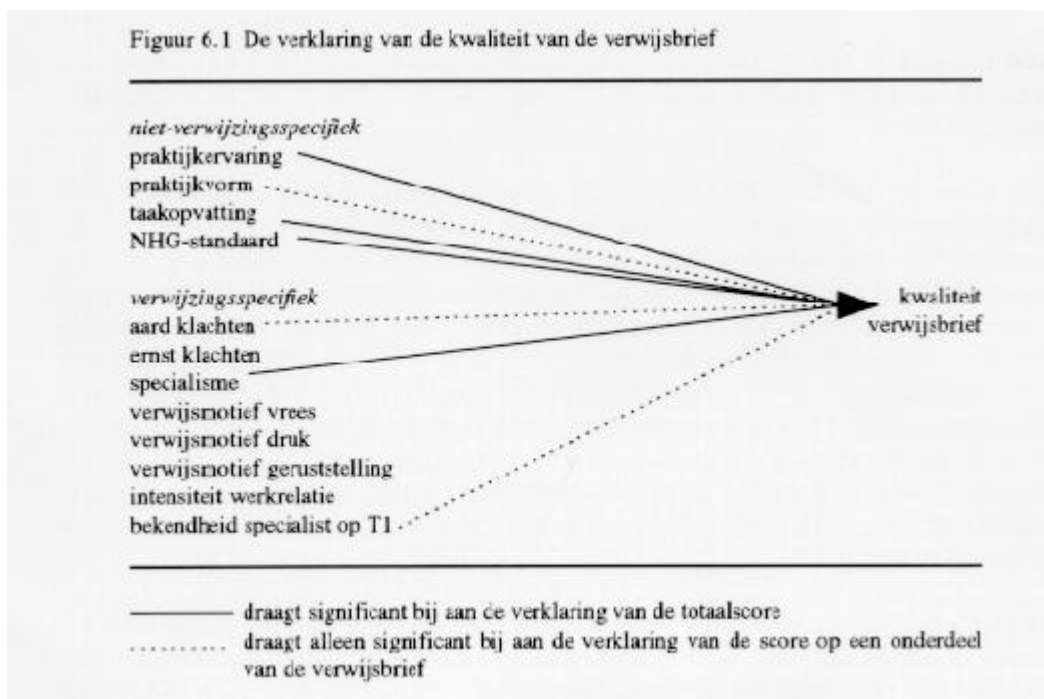
Uit de tabel blijkt dat de kwaliteit van de verwijfsbrief voor het grootste deel afhangt van de huisarts. De verzorging van de brief hangt vrijwel volledig van de huisarts af, terwijl de kwaliteit van de onderdelen 'vraagstelling' en 'overige' items slechts voor gering deel van de huisarts afhangt.

Verder komt uit tabel 6.36 naar voren dat de verklaring van de variantie voornamelijk op het huisartsenniveau plaatsvindt, behalve bij het onderdeel vraagstelling. De verklaarde variantie op de totaalscore is het grootst. Van de variantie in de score op de vraagstelling kan slechts een gering deel worden verklaard.

Tabel 6.36 Een overzicht van de verdeling van de variantie over het huisartsen- en verwijfsingsniveau en de verklaarde variantie (zowel totaal als voor het huisartsen- en verwijfsingsniveau)

	variantie		verklaarde variantie		
	ha	verw	totaal	ha	verw
	%	%	%	%	%
totaalscore	71	29	31	43	4
vraagstelling	13	87	3	0	4
minimumbrief excl.vrst.	43	57	25	54	3
'overige' items	25	75	18	59	5
verzorging	85	15	17	20	0

De variabelen die de belangrijkste bijdrage leveren aan de verklaring van de variantie in de verwijfsbriefscores zijn: praktijkervaring, taakopvatting, het kennen van of schrijven volgens de NHG-standaard voor de verwijfsbrief en het specialisme (figuur 6.1).



Beschouwing

INLEIDING

De wijze waarop in dit proefschrift de kwaliteit van de verwijsbrief is beoordeeld onderscheidt zich op verschillende punten van het tot nu toe uitgevoerde onderzoek op dit gebied. Ten eerste is de standaard van het NHG als uitgangspunt genomen en zijn de items inhoudelijk door onafhankelijke artsen beoordeeld. Ten tweede is het oordeel van de specialist aan wie de verwijsbrief is gericht vergeleken met het onafhankelijke oordeel volgens de standaard. Op deze manier kan worden nagegaan of de richtlijnen van de NHG-standaard overeenkomen met de wensen van de specialist. Met andere woorden: Voldoet de standaard in de praktijk? Ten derde is de kwaliteit van de verwijsbrief in de context van de verwijzing onderzocht, waardoor het mogelijk is een deel van de variantie van de kwaliteit van de verwijsbrieven te verklaren. Hierdoor is tevens na te gaan of de kwaliteit van de verwijsbrief van invloed is op het verdere verloop van de verwijzing. Hieronder wordt allereerst ingegaan op de methode van de beoordeling, waarna een bespreking van de resultaten volgt.

DE METHODE VAN DE VERWIJSBRIEFBEOORDELING

Een beoordeling door deskundigen (onafhankelijke artsen) aan de hand van impliciete criteria heeft over het algemeen een geringe reproduceerbaarheid. Hieraan is in bijlage III, de beoordeling van de doelmatigheid van het handelen van de artsen, aandacht besteed. De overeenstemming tussen de onafhankelijke artsen bij de beoordeling van de items van de verwijsbrief blijkt bij sommige items slechts matig te zijn (zie bijlage IV). Dit heeft tot gevolg dat de variantie in de verwijsbriefscores niet alleen een gevolg is van de variatie in de kwaliteit van de brieven, maar deels ook te wijten is aan de lage interbeoordelaarsovereenstemming. Op dit probleem, dat zich bij meerdere meetinstrumenten voordoet, wordt in hoofdstuk 11 uitgebreider teruggekomen.

De wijze waarop de beoordeling van de ‘overige’ items heeft plaatsgevonden heeft één belangrijke beperking. Of een item voldoende dan wel onvoldoende in de verwijsbrief is vermeld is namelijk alleen beoordeeld als het item aanwezig is in de verwijsbrief. Als een bepaald item niet voorkomt in de brief, is niet altijd na te gaan of vermelding hiervan relevant zou zijn geweest en het item dus wordt gemist. Als in een verwijsbrief bijvoorbeeld niets wordt vermeld over aanvullend onderzoek, kan dit betekenen dat geen aanvullend onderzoek is verricht. Het kan echter ook betekenen dat de huisarts wel aanvullend onderzoek heeft gedaan, maar dat hij dit niet in de verwijsbrief heeft opgenomen. Vergelijking van de verwijsbrief met andere huisartseninformatie in dit onderzoek heeft aangetoond dat, als de huisarts aanvullend onderzoek heeft gedaan, dit in een kwart van de gevallen niet in de verwijsbrief is vermeld.

Bij het samenstellen van een onafhankelijke totaalscore voor de verwijsbrief zijn wij ervan uitgegaan dat niet ieder onderdeel hetzelfde gewicht diende te krijgen. Het bepalen van gewichten van de onderdelen in de verwijsbrief door 16 verschillende huisartsen en specialisten in twee beoordelingsrondes blijkt een goede oplossing te zijn geweest (zie bijlage IV). Er bestaat een redelijke mate van overeenstemming over de toegekende gewichten aan de items van de verwijsbrief. Hierbij dient wel te worden aangetekend dat meerdere artsen van mening waren dat het gewicht van een item per verwijzing kan

verschillen, afhankelijk van de omstandigheden; dit geldt met name voor de 'overige' items. De gebruikte gewichten moeten dan ook worden gezien als 'gemiddelde' gewichten.

Tenslotte dient met betrekking tot de meetinstrumenten opgemerkt te worden dat, door de operationalisatie van de communicatie van huisarts naar specialist te beperken tot de verwijfsbrief, een gering deel van de communicatie buiten beschouwing is gebleven. In bijlage III is aangegeven dat de huisarts af en toe ook op een andere wijze informatie verstrekt aan de specialist. Als de huisarts dit doet heeft dit een geringe invloed op de kwaliteit van de verwijfsbrief.

DE RESULTATEN VAN DE VERWIJSBRIEFBEOORDELING

Ondanks de hierboven genoemde beperking in de opzet van het onderzoek, laten de uitkomsten van het onderzoek ons inziens de volgende conclusies toe.

Als we de uitspraak van Bremer¹ uit 1964, dat nog geen 10 % van de verwijfsbrieven behoorlijke inlichtingen voor de specialist bevat, vergelijken met de uitkomsten van deze studie, dan lijkt het erop dat veel is verbeterd. Tegelijk moet echter ook geconcludeerd worden dat er nog steeds verwijfsbrieven zijn die tekort schieten.

Een belangrijk kritiekpunt, dat uit eerder onderzoek naar voren is gekomen, is de leesbaarheid van de verwijfsbrief.²⁻⁵ Nog steeds blijkt een deel van de brieven matig leesbaar; bijna tweederde van de brieven wordt met de hand geschreven. Door enkele huisartsen wordt nog een receptpapiertje gebruikt om de verwijfsbrief te schrijven. Door één van de onafhankelijke beoordelaars is in dit verband opgemerkt: 'het gebruik van een receptpapiertje geeft er blijk van dat de huisarts zijn eigen werk met minachting beschouwt'. Ook de specialisten, aan wie de verwijfsbrieven zijn gericht, vinden de leesbaarheid van de verwijfsbrief van belang. Mogelijk zal de toenemende automatisering in de huisartsenpraktijk, waar het schrijven van de verwijfsbrief met de computer onderdeel van uitmaakt, een stimulans zijn voor een betere verzorging.

Het grootste knelpunt dat uit de eerdere onderzoeken naar voren komt is het ontbreken van een duidelijke vraagstelling.^{2-4 6 7} Zock et al stellen echter dat een expliciete vraag niet in elke verwijfsbrief voorkomt, maar dat dit ook niet altijd noodzakelijk is, omdat uit de verwijfsbrief vaak al blijkt wat de vraag van de huisarts is (een impliciete vraag).⁸ Wij komen echter tot dezelfde conclusie als van Dungen en Wijkkel, dat de vraagstelling vaak op vele manieren is te interpreteren.⁹

Vergelijking van de resultaten van de overige items van de verwijfsbrief is alleen mogelijk met het onderzoek van Grundmeijer en van Weert.¹⁰ In de andere onderzoeken is de aanwezigheid van items geregistreerd, terwijl wij de beoordelaars gevraagd hebben of de gegeven informatie per item al dan niet voldoende is of dat men het item heeft gemist. In het onderzoek van Grundmeijer en van Weert worden het meest frequent anamnese/voorgeschiedenis van de patiënt, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek gemist. Dit komt overeen met onze resultaten, hoewel bij ons ook reeds ingestelde therapie en psychosociale factoren relatief vaak als onvoldoende of gemist naar voren komen.

Met betrekking tot de vraag: 'Voldoet de standaard in de praktijk?' kan worden geconcludeerd dat de richtlijnen van de standaard op twee punten niet overeenkomen met

de wensen van de specialist. Ten eerste wordt aan de vraagstelling van de huisarts door de specialist weinig waarde gehecht. Zoals verderop in hoofdstuk 7 wordt beschreven vindt de specialist de bedoeling van de huisarts bij 5 % van de verwijzingen op diagnostisch gebied en bij 12 % van de verwijzingen op therapeutisch gebied onduidelijk. Toch is de specialist bij deze verwijzingen meestal van mening dat de vraagstelling in de verwijsbrief voldoende is. Dit betekent dat de specialist blijkbaar geen bezwaar heeft tegen een vage vraagstelling die op verschillende manieren geïnterpreteerd kan worden. Een dergelijke vraagstelling geeft de specialist de mogelijkheid naar eigen inzicht het beleid bij de verwezen patiënt te bepalen.

Ten tweede blijken de specialisten de onderdelen: 'klacht, verdere anamnese en lichamelijk onderzoek' uit de NHG-standaard bij veel verwijzingen relevant te vinden. Dit onderdeel is echter niet in de minimumbrief van de NHG-standaard opgenomen. Gezien de resultaten van deze studie zou het daar mogelijk wel thuishoren.

De samenhang tussen het oordeel van de specialist en het onafhankelijke oordeel bij het onderdeel 'overige' items is gering. De belangrijkste conclusie van het onafhankelijke oordeel is dat de onderdelen 'aanvullend onderzoek' en 'reeds ingestelde behandeling' nogal eens onvoldoende zijn. Niet zelden vermeldt de huisarts het door hemzelf uitgevoerde onderzoek en behandeling niet in de verwijsbrief. Ook wordt het onderzoek nogal eens onvolledig vermeld (bijvoorbeeld: 'bloedonderzoek: gb'). Op deze wijze worden doublures in de specialistische zorg in de hand gewerkt. Ook de specialisten vinden deze items wel eens onvoldoende, maar de meeste kritiek van de specialist gaat uit naar het item 'psychosociale omstandigheden', een item dat door de onafhankelijke artsen vaak wordt gemist in de verwijsbrief. De specialist lijkt behoefte te hebben aan informatie over de psychosociale omstandigheden van de patiënt en dat kan de huisarts bieden. De huisarts heeft de mogelijkheid 'de klachten/aandoening van de patiënt te plaatsen in de levenslijn van de patiënt, rekening houdend met ontwikkelingen binnen diens directe sociale omgeving en gelet op de gehele praktijkpopulatie'.¹¹ De specialisten hebben deze mogelijkheid niet, zij hebben meestal te maken met een geïsoleerde hulpvraag.

Bij de verklaring van de variantie in de kwaliteit van de verwijsbrief valt in eerste instantie de verdeling van de variantie op. De verzorging van de brief blijkt voornamelijk van de huisarts af te hangen, terwijl de kwaliteit van de 'overige' items slechts voor een gering deel van de huisarts afhangt. Een verklaring hiervoor is dat de verzorging van de verwijsbrief een 'relatief constante eigenschap' van de huisarts is. De ene huisarts typt al zijn brieven, terwijl een andere huisarts al zijn verwijsbrieven op een receptpapiertje schrijft. De omstandigheden van de verwijzing hebben hier relatief weinig invloed op. De 'overige' items dienen alleen in de verwijsbrief te worden opgenomen als ze in de gegeven situatie relevant zijn. De invulling van dit onderdeel van de verwijsbrief is dus veel meer afhankelijk van de specifieke omstandigheden bij een verwijzing.

Verder valt bij de verklaring van de variantie op dat deze voornamelijk op huisart-senniveau plaatsvindt. Deze bevinding kan deels een gevolg zijn van de eerder aangestipte onnauwkeurigheid van de meting. De ruis die hier een gevolg van is, en die zich op verwijzingsniveau bevindt, kan niet 'verklaard' worden met verwijzings-specifieke variabelen.

De veronderstellingen met betrekking tot de niet-verwijzings specifieke kenmerken zijn bevestigd (zie figuur 6.1 in de samenvatting). Huisartsen met weinig praktijkervaring, met een brede taakopvatting en die de NHG-standaard als richtlijn zeggen te gebruiken schrijven betere verwijfsbrieven. De praktijkvorm draagt echter alleen bij aan de verklaring van de score op de minimumbrief, niet aan de verklaring van de totaalscore.

Bij het werken volgens de NHG-standaard is het echter de vraag of de introductie van de NHG-standaard het schrijven van goede verwijfsbrieven heeft gestimuleerd, of dat de huisartsen bij het lezen van de standaard geconstateerd hebben dat zij reeds min of meer volgens deze richtlijnen werken en zij vervolgens op dezelfde wijze zijn voortgegaan. Groel en Heerdink merken op dat het bekend zijn met een standaard nog bijzonder weinig zegt over het feitelijke handelen.¹² Uit hun resultaten valt af te leiden dat veel huisartsen waarschijnlijk al voor de introductie van een standaard min of meer volgens deze richtlijnen werkten.

De invloed van het aantal jaren praktijkervaring is wellicht een gevolg van het feit dat oudere huisartsen hun werkwijze niet meer aanpassen aan de nieuwe ontwikkelingen, zoals de NHG-standaard, maar dat zij blijven werken volgens al lang bestaande routines. Ook is het mogelijk dat huisartsen met de jaren gemakkelijker c.q. slordiger worden, omdat zij geen effect zien van goede of slechte verwijfsbrieven. Toch zeggen de oudere huisartsen even vaak volgens de richtlijnen van de NHG te schrijven als hun jongere collega's. Nadere analyse laat zien dat bij de huisartsen die zeggen volgens de standaard te werken, de brieven van de huisartsen met veel ervaring even goed zijn als van de huisartsen met weinig ervaring. Bij de huisartsen die zeggen niet volgens de standaard te werken zijn de brieven van de huisartsen met veel ervaring veel minder goed, dan de brieven van hun jongere collega's. De grootste winst kan dus geboekt worden bij oudere huisartsen die niet volgens de NHG-standaard werken. Hun jongere collega's schrijven, ook zonder zich bewust te zijn van de richtlijnen van de standaard, al veel betere brieven.

Van de verwijzings specifieke variabelen blijken alleen het specialisme en bij enkele onderdelen de aard van de klachten van belang. De veronderstelling dat een intensieve werkrelatie leidt tot een minder goede verwijfsbrief wordt niet bevestigd.

Literatuur

1. Bremer GJ. Het verwijzen in de huisartspraktijk. Leiden, 1964. Proefschrift.
2. Edens R. Verwijfsbrieven getoetst. Med Contact 1977;32:311-6.
3. Kuyvenhoven MM, Melker RA de. Verwijzingen naar interne en chirurgische specialismen. Huisarts Wet 1986;29:365-8.
4. Bremer GJ. Een onderzoek van verwijfsbrieven. Huisarts Wet 1989;32:100-1.
5. Verhage-Spliet CMTh, Kersten TJMT. De inhoud van verwijfsbrieven en specialistenbrieven. Huisarts Wet 1990;33:148-51.
6. Beugeling A, Wouden JC van der. De verwijfsbrief in zijn context. Med Contact 1989;44:873-6.
7. Kersten TJMT, Verhage-Spliet CMTh. De invloed van de verwijfsbrief op de procedure in de tweedelij. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg 1990;68:341-5.
8. Zock AL, Leeuwenburg J, Pleumeekers H. De verwijfsbrief getoetst. Huisarts Wet 1989;32:505-8.
9. Dungen L van, Wijkkel D. Samenwerking na verwijzing. Amsterdam: Onderzoekscentrum 1e-2e lijn, Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, 1993.
10. Grundmeijer H, Weert H van. Patiënt, huisarts en internist. Amsterdam: Universiteit van Amster-

dam, 1992. Proefschrift.

11. Grol R, Smits A, Franssen H, Huygen F, Weel C van. Continuïteit in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1987;30:275-9.
12. Grol R, Heerdink H. De bekendheid met en acceptatie van standaarden onder huisartsen. *Huisarts Wet* 1992;35:101-4.