

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.

8 DE KWALITEIT VAN DE SPECIALISTENBRIEF

8.1 Inleiding

De kwaliteit van de specialistenbrief is beoordeeld op de snelheid en de inhoud. De specialistenbrieven zijn door de onderzoekers aan de hand van expliciete criteria beoordeeld (objectieve beoordeling: 8.2) en door de betrokken huisarts aan de hand van impliciete criteria (subjectieve beoordeling: 8.3). Het aantal onderdelen waarop de inhoud van de brieven is beoordeeld bij de objectieve beoordeling, is beperkter dan bij de subjectieve beoordeling (zie voor nadere uitleg van de gebruikte meetinstrumenten bijlage IV en VII). De vergelijking tussen de objectieve en de subjectieve beoordeling vindt plaats in 8.4. In 8.5 wordt de variantie in de objectieve beoordeling verklaard (in hoofdstuk 2.4 is aangegeven waarop de keuze van de verklarende variabelen is gebaseerd). In 8.6 wordt het hoofdstuk afgesloten met een samenvatting en beschouwing.

8.2 De objectieve beoordeling van de specialistenbrieven

De snelheid van de specialistenbrieven

Het gemiddelde tijdsverloop tussen het eerste consult van de patiënt en de datering van de eerste specialistenbrief is 18 dagen met een standaard deviatie van 18, een minimum van 0 en een maximum van 101.

De inhoud van de specialistenbrieven

In tabel 8.1 zijn de onderdelen opgenomen die zijn beoordeeld. Bij de eerste zes onderdelen is nagegaan of er al dan niet melding van wordt gemaakt; bij het onderdeel medicatie is nagegaan of de naam, de dosering en de duur volledig in de brieven zijn vermeld. De brieven waarin is aangegeven dat geen diagnose kan worden gesteld, omdat er (binnen het betreffende specialisme) geen afwijkingen zijn aangetoond ($n=61$), zijn bij de beoordeling van dit onderdeel buiten beschouwing gelaten. Deze 61 brieven zijn ook bij het onderdeel 'prognose' buiten beschouwing gelaten, omdat het voorstelbaar is dat geen prognose wordt gegeven als geen diagnose is gesteld. Bij het onderdeel 'voorgeschreven of geadviseerde medicatie' zijn de brieven, waarbij geen sprake is van voorgeschreven of geadviseerde medicatie ($n=169$), buiten beschouwing gelaten. Voor het berekenen van de totaalscore zijn de brieven beoordeeld alsof er melding van het betreffende onderdeel is gemaakt. De totaalscore van de zeven onderdelen kan variëren van 0 tot 7 punten (hoe hoger de score, hoe uitgebreider de brief).

De prognose en aan de patiënt verstrekte informatie worden in minder dan een kwart van het aantal brieven vermeld (tabel 8.1). Ook een beleidsadvies aan de huisarts en psychosociale factoren van de patiënt worden relatief weinig in de specialistenbrieven opgenomen.

Tabel 8.1 Het vermelden van gegevens in de specialistenbrieven (objectieve beoordeling) N=286

	vermeld %
diagnose (N=225)	98
prognose (N=225)	10
beleidsadvies aan huisarts	39
psychosociale factoren patiënt	40
aan patiënt verstrekte informatie	21
vervolgafspraken polikliniek	67
voorgeschreven of geadviseerde medicatie (N=117)	82

Nagegaan is of het al dan niet vermelden van prognose en beleidsadvies in de specialistenbrieven afhankelijk is van of het contact bij de specialist al dan niet is afgerond. Met betrekking tot de prognose is er geen significante samenhang. Een beleidsadvies wordt in 81 % van de brieven gegeven, wanneer het contact is afgerond en in 19 % van de gevallen wanneer het contact niet is afgerond ($\text{Chi}^2=6.84$, $\text{df}=1$, $p=.009$). Voor alle brieven is de gemiddelde score 3.9 met een standaarddeviatie van 1.2. De minimumscore is 1 en de maximum score is 7 punten. 41 % Van de brieven behaalt minder dan 4 punten.

Ter illustratie volgt een specialistenbrief, waarbij de onderdelen: prognose, psychosociale factoren, poliklinische vervolgafspraken, beleidsadvies en medicatie een negatieve beoordeling krijgen. Dit is de enige brief die de huisarts gedurende drie maanden heeft ontvangen.

Specialistenbrief

27 november 1989

Geachte collega,

Mevr.S, geb. 21-05-'20, wonende te E, bezocht op 15-11-'89 de polikliniek met een niet of nauwelijks jeukende huiduitslag aan de re extremiteit. Deze verloopt lineair vanaf de re bil lateraal naar distaal tot pretibiaal. Bij onderzoek lichenoide papels. Tevens een erythemasquameus plekje aan de stuit. In de dif.diagnose kwamen in aanmerking: 1. lichen striatus; 2. liniaire lichen ruber; 3. psoriasis; 4. naevus unius lateralis.

Proef-excisies van de beide afwijkingen tonen hetzelfde beeld. Er bleek sprake te zijn van een lichen ruber in casu een lichen ruber liniaris. Deze vorm van lichen ruber komt vaker op de kinderleeftijd voor. Behandeling: in eerste instantie Dermovate zalf.

Ik zal nog over het beloop berichten.

Met vriendelijke groet,

8.3 De subjectieve beoordeling van de specialistenbrieven

De snelheid van de specialistenbrieven

In 89 % van de gevallen is de huisarts van mening dat de specialistenbrieven van de betrokken specialist op tijd zijn geweest (N=307).

De inhoud van de specialistenbrieven

Uit tabel 8.2 blijkt dat de huisartsen positief oordelen over de inhoud van de specialistenbrieven. De onderdelen prognose en de aan de patiënt verstrekte informatie worden relatief het slechtst beoordeeld, maar nog altijd is 80 % of meer tevreden. Bij bijna alle verwijzingen vindt de huisarts dat de specialist zijn vraag heeft beantwoord. Dit komt overeen met de onafhankelijke beoordeling, genoemd in hoofdstuk 7. Bij 88 % van de verwijzingen is overeenstemming tussen het onafhankelijke oordeel en het oordeel van de huisarts; de samenhang is niet significant. De totaalscore op de brief is maximaal 12 punten (alles voldoende). Geen van de brieven behaalde 0 punten; de laagste score is 3 punten. De gemiddelde totaalscore is 10.9 met een standaard deviatie van 1.7.

Tabel 8.2 De beoordeling van de inhoud van de specialistenbrieven door de betrokken huisarts (N=306)

	voldoende vermeld %
anamnese/voorgeschiedenis	95
lichamelijk onderzoek	97
aanvullend onderzoek	94
bespreking anamnese/onderzoek	93
(waarschijnlijkheids)diagnose	95
(voorstel voor) therapie	95
resultaten therapie	92
prognose	80
beantwoording vraagstelling	94
beleidsadviezen aan de huisarts	86
vervolgafspraken polikliniek	89
aan patiënt verstrekte informatie	81

In 16 % van de gevallen heeft de huisarts vermeld dat hij nog andere informatie in de brieven heeft gemist. Bij slechts 1 % van de brieven vindt de huisarts de brief te uitgebreid. Op de vraag aan de huisarts of de betreffende brieven 'model' kunnen staan voor een goede specialistenbrief ('overall' oordeel), antwoordt 84 % bevestigend.

Uit tabel 8.3 blijkt dat de bespreking van anamnese en onderzoek, de voorgeschiedenis, de vervolgafspraken en de aan de patiënt verstrekte informatie de meeste samenhang met het 'overall' oordeel over de brieven hebben; beantwoording van de vraagstelling en aanvullend onderzoek het minst.

Tabel 8.3 De correlatie tussen het 'overall' oordeel en het oordeel over de onderdelen van de specialistenbrieven N=306

	Phi ¹
anamnese/voorgeschiedenis	.42
lichamelijk onderzoek	.32
aanvullend onderzoek	.24
bespreking anamnese/onderzoek	.51
(waarschijnlijkheids)diagnose	.31
(voorstel)therapie	.29
resultaten therapie	.27
prognose	.29
beantwoording vraagstelling	.22
beleidsadvies aan huisarts	.33
volgende poliklinische afspraak	.41
aan patiënt verstrekte informatie	.42

1) voor alle onderdelen geldt $p < .001$

De brieven die volgens de huisarts model kunnen staan, krijgen een hoger gemiddelde totaalscore (11.4, SD=1.2) dan de brieven die volgens de huisarts niet model kunnen staan (8.7, SD=2.1) ($F=154.1$, $p < .001$). Dit geldt eveneens voor de brieven waarin de huisarts informatie heeft gemist. De brieven waarin de huisarts geen informatie heeft gemist krijgen gemiddeld een 11.3 (SD=2.3) en de brieven waarin de huisarts wel informatie heeft gemist, krijgen een gemiddelde van 8.9 (SD=1.3; $F=85.9$, $p < .001$).

Ter illustratie volgt een specialistenbrief die volgens de huisarts niet 'model' kan staan. In deze brief beperkt de specialist zich tot de belangrijkste conclusies, die blijkbaar door de huisarts toch als te summier worden opgevat.

Specialistenbrief

Geachte collega,

Voornoemde patiënt werd poliklinisch gezien.

Datum: 12-06-90

Conclusies:

- 1. Chronische moeheid niet somatisch bepaald. Alg. lab. onderzoek naar deficiënties en een evt. schildklierafw. leverde niets op.*
- 2. Geen diabetes mellitus.*
- 3. Cholesterol 8,3 mmol/l ---> advies vetbeperking.*

Aanvullend onderzoek: geen.

Verandering in de medicatie: neen.

Eerstvolgend poliklinisch bezoek: niet meer geïndiceerd. De mogelijkheid van een psychosomatische aandoening heb ik met hem besproken. Hij denkt hier over na en overlegt zo nodig verder met jou.

Met vriendelijke groeten, A., internist.

De samenhang tussen huisartskenmerken en de subjectieve beoordeling

Het is aannemelijk dat bij de subjectieve beoordeling de beoordeling gekleurd wordt door de beoordelaar, in dit geval de huisarts. Dit wordt bevestigd in tabel 8.4. Hoe meer praktijkervaring de huisarts heeft, hoe meer de huisarts de berichtgeving als voldoende kwalificeert. Voor de beide beoordelingen blijkt dat hoe breder de opvatting van de huisarts over zijn taakgebied is en hoe minder intensief de (werk)relatie, hoe kritischer de huisarts is.

Tabel 8.4 De samenhang tussen huisartskenmerken en de subjectieve beoordelingen

spec.brief	snelheid	inhoud
	Pearson's R	Pearson's R
aantal jaren praktijkervaring huisarts	.10	*.12
taakafbakening uitspraken (huisarts)	<u>-.18</u>	<u>-.28</u>
taakafbakening diagnostiek (huisarts)	.05	*-.13
taakafbakening therapie (huisarts)	.04	*-.11
(werk)relatie	*.12	<u>.18</u>

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

8.4 Vergelijking tussen de objectieve en de subjectieve beoordeling

De snelheid van de specialistenbrieven

Als de huisarts de berichtgeving op tijd vindt, is de gemiddelde duur 16 dagen (SD=16) en als de huisarts de berichtgeving niet op tijd vindt, is het gemiddelde 35 dagen (SD=26). Het verschil in gemiddelde tussen beide groepen is significant ($F=34.9$, $p < .001$).

Er is geen significante relatie gevonden tussen de snelheid van de berichtgeving en of de huisarts de brieven al dan niet een 'modelbrief' vindt.

De inhoud van de specialistenbrieven

Uit tabel 8.5 blijkt dat bij prognose, beleidsadvies en vervolgafspraken een positief oordeel van de huisarts vaker samengaat met het vermeld staan in de brief, dan bij het niet vermeld staan.

Tabel 8.5 Vergelijking tussen de objectieve en de subjectieve beoordeling op de overeenkomstige onderdelen van de specialistenbrieven

	aantal vermeld	% voldoende vgl. huisarts	aantal niet vermeld	% voldoende vgl. huisarts	p
diagnose	278	96	5	80	n.s
prognose	83	94	200	75	
p<.001					
beleidsadvies	110	94	173	83	p<.01
vervolgafspraken	190	94	93	84	p<.01
pat. verstrekte info.	59	85	224	81	n.s
medicatie	261	95	21	100	n.s

Tabel 8.6 Vergelijking tussen 'model' staan volgens de huisarts en de onderdelen die objectief beoordeeld zijn in de specialistenbrieven

	aantal vermeld	% modelbrief vgl. huisarts	aantal niet vermeld	% modelbrief vgl. huisarts	p
diagnose	276	86	5	80	n.s
prognose	82	91	199	84	n.s
beleidsadvies	110	88	171	85	n.s
vervolgafspraken	189	88	92	83	
n.s					
pat. verstrekte info.	59	92	222	85	n.s
medicatie	260	87	21	82	n.s

De huisarts vindt de brieven vaker model staan als de onderdelen in de brieven staan vermeld, dan wanneer ze niet staan vermeld. Het verschil is echter niet significant (tabel 8.6).

8.5 De verklaring van de kwaliteit van de specialistenbrieven

8.5.1 De snelheid van de specialistenbrieven

DE VERKLARENDE VARIABELEN

Tabel 8.7 De samenhang tussen de verklarende variabelen en de snelheid van de specialistenbrieven

	Pearson's R
<i>niet-verwijzingsspecifiek (specialistenkenmerken)</i>	
aantal jaren praktijkervaring	*-.14
specialisme ¹⁾	<u>-.28</u>
type ziekenhuis ²⁾	<u>-.17</u>
taakopvatting uitspraken	.12
taakopvatting aandoeningen diagnostiek	.10
taakopvatting aandoeningen therapie	.07
<i>verwijzingsspecifiek</i>	
ernst klachten ³⁾	-.04
aard klachten ³⁾	*-.16
(werk)relatie	-.00

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

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

2) 1=<250 bedden, 0=>250 bedden

3) onafhankelijke beoordeling op basis van specialisteninformatie

In tabel 8.7 is de samenhang aangegeven tussen de verklarende variabelen en de snelheid van de berichtgeving. De samenhang tussen de niet-verwijzingsspecifieke kenmerken is in hoofdstuk 4 opgenomen; de samenhang tussen de verwijzingsspecifieke kenmerken in hoofdstuk 7. Om de correlatie tussen de niet-verwijzingsspecifieke variabelen en de snelheid te kunnen bepalen, zijn de niet-verwijzingsspecifieke variabelen gedistribueerd over de verwijzingen. Dit betekent dat de specialistenkenmerken gekoppeld worden aan de verwijzingen die door de betreffende specialist zijn verricht. Het totaal aantal verwijzingen (N) verschilt, aangezien het aantal missende waarden verschilt per verklarende variabele. Dit geldt ook voor tabel 8.10.

DE VERKLARENDE ANALYSE

De variantie van de gemiddelde score bevindt zich voor 37 % op het niveau van de specialist en voor 63 % op het niveau van de verwijzing. De variantie op het niveau van de specialist kan voor de helft worden verklaard; de variantie op het niveau van de verwijzing kan niet worden verklaard (tabel 8.8).

Tabel 8.8 De verklaarde variantie, totaal en per niveau, en de verdeling van de totale en de onverklaarde variantie (percentages)

	totaal	specialistenniveau	verwijzingsniveau
verklaarde variantie ¹⁾	17	50	0
totale variantie		37	63
onverklaarde variantie		22	78

1) met de in tabel 8.9 opgenomen variabelen

Met de in tabel 8.9 opgenomen variabelen wordt de variantie verklaard. Hieruit blijkt dat neurologen en de specialisten van de interne geneeskunde er gemiddeld bijna 2 weken langer overdoen om de brieven te versturen dan de dermatologen; bij kleine ziekenhuizen gemiddeld 2 weken korter dan bij grotere ziekenhuizen.

Tabel 8.9 Multilevel analyse van de variantie in de snelheid van de specialistenbrief (N=189)

	ruwe regressiecoëff	gestandaardiseerde regressiecoëff	significantie z-waarde
specialisme ¹⁾ <.001	-13.2	-.35	
type ziekenhuis ²⁾ <.001	-14.2	-.29	

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

2) 1=< 250 bedden, 0=> 250 bedden

De variabelen: aantal jaren praktijkervaring en de aard van de klachten, waarmee een significante relatie in de univariate analyse bestaat, dragen bij de multilevelanalyse niet meer significant bij aan de verklaring. De bijdrage van deze variabelen verdwijnt wellicht door de samenhang die bestaat met respectievelijk type ziekenhuis, aard van de klachten en met het specialisme.

8.5.2 De inhoud van de specialistenbrieven

DE VERKLARENDE VARIABELEN

Tabel 8.10 De samenhang tussen de verklarende variabelen en de totaalscore van de inhoud van de specialistenbrieven

	Pearson's R
<i>niet-verwijzingsspecifiek (specialistenkenmerken)</i>	
aantal jaren praktijkervaring	*.14
specialisme ¹⁾	<u>-.45</u>
type ziekenhuis ²⁾	<u>.18</u>
taakopvatting uitspraken	<u>.25</u>
taakopvatting aandoeningen diagnostiek	*.14
taakopvatting aandoeningen therapie	*.14
<i>verwijzingsspecifiek</i>	
ernst klachten ³⁾	-.08
aard klachten ³⁾	<u>-.35</u>
(werk)relatie	<u>-.12</u>

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

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

2) 1=academisch ziekenhuis, 0=niet academisch ziekenhuis

3) onafhankelijke beoordeling op basis van specialisteninformatie

DE VERKLARENDE ANALYSE

De gemiddelde totaalscore voor de inhoud van de specialistenbrief is 3.8 (bereik 1 tot 7). De variantie van de gemiddelde totaalscore bevindt zich voor 25 % op het niveau van de specialist en voor 75 % op verwijzingsniveau. De variantie op het niveau van de specialist kan bijna geheel worden verklaard, de verklaring op verwijzingsniveau is gering (tabel 8.11).

Tabel 8.11 De verklaarde variantie, totaal en per niveau, en de verdeling van de totale en de onverklaarde variantie (percentages)

	totaal	specialistenniveau	verwijzingsniveau
verklaarde variantie ¹⁾	26	90	5
totale variantie		25	75
onverklaarde variantie		3	97

1) met de in tabel 8.12 opgenomen variabelen

Met de in tabel 8.12 opgenomen variabelen wordt de variantie verklaard. Naar voren komt dat de brieven van de dermatoloog een slechtere beoordeling krijgen dan de brieven van de neuroloog of de specialisten van de interne geneeskunde. In de brieven van de dermatoloog worden minder frequent een prognose, een beleidsadvies en vervolgfafspraken vermeld. De betrokken huisarts heeft aangegeven dat de dermatologen meer aandacht moeten besteden aan de prognose, de resultaten van de therapie en moeten toelichten waarom de patiënt onder behandeling of controle wordt gehouden. De brieven uit het academisch ziekenhuis scoren gemiddeld hoger dan de brieven uit de niet-academische ziekenhuizen. Daarnaast blijkt dat hoe problematischer de klachten (moeilijker te diagnosticeren en te behandelen klachten en psychosociale factoren spelen een grotere rol), des te uitgebreider de inhoud van de brieven is.

Praktijkervaring en de taakopvatting van de specialist, die bij de univariate analyse significant samenhangen met de kwaliteit van de inhoud van de brieven, dragen bij de multilevel analyse niet meer significant bij. De bijdrage van deze variabelen verdwijnt wellicht door de samenhang die bestaat met respectievelijk type ziekenhuis en specialisme.

Tabel 8.12 Multilevel analyse van de variantie in de objectieve beoordeling van de inhoud van de specialistenbrief (N=189)

	ruwe regressiecoëff	gestan- daardiseerde regressiecoëff	significantie z-waarde
<i>niet-verwijzingsspecifiek</i>			
specialisme ¹⁾	-1.02	-.37	
<.001			
type ziekenhuis ²⁾	.074	.21	<.01
<i>verwijzingsspecifiek</i>			
aard klachten	-.039	-.22	
<.001			

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

2) 1=academisch ziekenhuis, 0=niet-academische ziekenhuizen

8.6 Samenvatting en beschouwing

Samenvatting

DE OBJECTIEVE BEOORDELING

Het duurt gemiddeld 18 dagen na het eerste consult van de patiënt tot de specialist de eerste brief aan de huisarts stuurt. Van de zeven beoordeelde onderdelen in de specialistenbrieven komen de onderdelen: prognose, beleidsadvies aan de huisarts, psychosociale factoren en de aan de patiënt verstrekte informatie het minst voor; de diagnose en de vervolgspraken op de polikliniek worden het meest frequent vermeld. Ook de voorgeschreven of geadviseerde medicatie is meestal volledig vermeld. Een beleidsadvies ontbreekt nog al eens in de gevallen, waarin ten tijde van het schrijven van de specialistenbrief het contact met de patiënt nog niet is afgerond.

DE SUBJECTIEVE BEOORDELING

Bij de overgrote meerderheid van de specialistenbrieven vindt de huisarts dat de berichtgeving van de specialist op tijd is geweest, niet te lang is en model kan staan voor een goede specialistenbrief. De onderdelen prognose en aan de patiënt verstrekte informatie komen er relatief het slechtste af; maar ook hier is ruim driekwart van de huisartsen tevreden. De brieven die volgens de huisarts niet model kunnen staan, krijgen een lagere gemiddelde totaalscore op alle onderdelen en bij deze brieven wordt door de huisarts vaker aangegeven dat hij informatie heeft gemist, dan in de brieven die de huisarts wel model vindt staan. De bespreking van anamnese en onderzoek, de voorgeschiedenis, de vervolgspraken en de aan de patiënt verstrekte informatie hebben de meeste samenhang met een positief oordeel; beantwoording van de vraagstelling en aanvullend onderzoek het minst.

VERGELIJKING VAN DE SUBJECTIEVE MET DE OBJECTIEVE BEOORDELING

Als de huisarts de berichtgeving op tijd vindt, is de gemiddelde tijdsduur tussen

consultdatum en briefdatering korter dan als de huisarts de berichtgeving niet op tijd vindt.

Wanneer prognose, beleidsadvies en poliklinische vervolgafspraken in de brieven zijn vermeld volgens de objectieve beoordeling, beoordeelt de huisarts deze onderdelen vaker als voldoende, dan wanneer deze niet zijn vermeld.

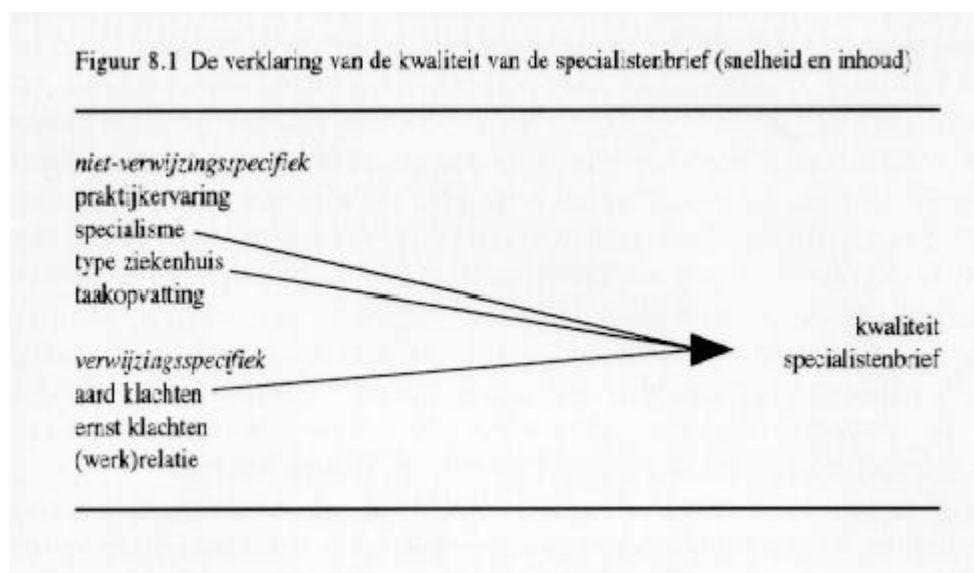
DE VERKLARING VAN DE VARIANTIE IN DE SNELHEID EN DE INHOUD VAN DE SPECIALISTENBRIEF

De kwaliteit van de berichtgeving van de specialist wordt voornamelijk bepaald door de omstandigheden van de verwijzing; de snelheid hangt voor ruim een derde af van de specialist en de inhoud voor ruim een kwart. Met betrekking tot de snelheid kan met behulp van 2 van de in de analyse opgenomen verklarende variabelen de helft van de variantie op specialistenniveau worden verklaard; de variantie op verwijzingsniveau kan niet worden verklaard. Met betrekking tot de inhoud kan met 2 van de in de analyse opgenomen verklarende variabelen bijna alle variantie op specialistenniveau worden verklaard; de variantie op verwijzingsniveau wordt voor een gering deel met 1 variabele verklaard. De totaal verklaarde variantie is voor de snelheid 17 % en voor de inhoud 26 % (tabel 8.13).

Tabel 8.13 Een overzicht van de verdeling van de variantie over het specialisten- en verwijzingsniveau en de verklaarde variantie (zowel totaal als voor het specialisten- en verwijzingsniveau)

	variantie		verklaarde variantie		
	sp %	verw %	totaal %	sp %	verw %
snelheid specialistenbrief	37	63	17	50	0
inhoud specialistenbrief	25	75	26	90	5

In figuur 8.1 zijn de variabelen opgenomen waarmee een samenhang werd verondersteld en waarmee uiteindelijk de kwaliteit kan worden verklaard (met pijlen aangegeven).



Objectief gezien zijn de dermatologen sneller dan de internisten of de neurologen in het schrijven van hun brieven. De berichtgeving uit de kleinere ziekenhuizen is sneller, dan de brieven uit de grotere ziekenhuizen.

Bij de inhoudelijke beoordeling komen de brieven van de dermatoloog relatief het slechtste ervan af. Het zijn de onderdelen: prognose, beleidsadvies en vervolgfafspraken, waarbij de dermatoloog in gebreke blijft. De brieven uit het academisch ziekenhuis zijn vollediger dan de brieven uit de niet-academische ziekenhuizen en als het om 'problematischer' klachten gaat (moeilijker te diagnostiseren en te behandelen klachten en psychosociale factoren spelen een grotere rol).

Beschouwing

In dit proefschrift is, in tegenstelling tot de eerder gepubliceerde onderzoeken, de kwaliteit van de berichtgeving zowel objectief als subjectief beoordeeld. Een voordeel van de objectieve beoordeling is dat alle brieven volgens dezelfde criteria worden beoordeeld. Een voordeel van de subjectieve beoordeling is, dat de betrokken huisarts meeweegt hoe belangrijk hij de verschillende onderdelen bij deze specifieke verwijzing vindt. Een nadeel is dat deze beoordeling gekleurd kan zijn door 'ongewenste' factoren of door eigen opvattingen. Zo blijkt dat hoe intensiever de (werk)relatie tussen huisarts en specialist is, hoe positiever de huisarts is over de berichtgeving van de specialist. Het is echter de vraag of deze brieven beter zijn, of dat de huisarts bij een brief van een specialist met wie hij intensief samenwerkt milder is in zijn oordeel of beter weet wat bedoeld wordt. Ook blijkt dat hoe smaller de taakopvatting van de huisarts is, hoe minder kritisch de huisarts is over de berichtgeving.

Wat betreft de *snelheid van de berichtgeving* is de berichtgeving van de dermatologen sneller dan van de overige specialisten. Dit is niet zo verwonderlijk, omdat de dermatoloog in de regel weinig aanvullend onderzoek doet en hij dus niet hoeft te wachten met het schrijven van de brief totdat de uitslagen bekend zijn. Ook Westerman et al constateren dat de dermatologen sneller brieven sturen dan de gastro-enterologen en de neurologen.¹

De uitkomsten in het onderhavige onderzoek bevestigen de veronderstelling dat er een samenhang is met het type ziekenhuis; er is echter geen verschil tussen een academisch ziekenhuis en een niet-academisch ziekenhuis. De kleine ziekenhuizen zijn sneller dan de grote ziekenhuizen. Mogelijk dat de kleine ziekenhuizen sneller in het versturen zijn, omdat in deze ziekenhuizen in het algemeen geen assistent-geneeskundigen werken die de brieven schrijven zoals in de grote ziekenhuizen; deze brieven worden eerst nog door de supervisor gescreend, alvorens ze worden verstuurd en dat neemt meer tijd in beslag.

Aangenomen werd dat de specialisten die de huisarts een brede taak toebedelen, sneller hun brieven schrijven, omdat zij meer belang hechten aan het waarborgen van de continuïteit van de zorg, dan de specialisten die de huisarts een smalle taak toebedelen. De taakopvatting blijkt echter niet van invloed op de snelheid.

De *inhoudelijke beoordeling van de berichtgeving* in het onderhavige onderzoek bevestigt de uitkomsten van ander onderzoek dat de onderdelen prognose, beleidsadvies aan de huisarts en informatie aan de patiënt verstrekt relatief het minst worden vermeld en

het minst positief worden beoordeeld door de betrokken huisarts. De brieven van de dermatoloog zijn minder uitgebreid dan de brieven van de neurologen of de specialisten van de interne geneeskunde. De dermatoloog zou volgens de huisarts meer aandacht moeten besteden aan de prognose, de resultaten van de therapie en moeten toelichten waarom de patiënt onder behandeling moet worden gehouden. In het onderzoek van Kersten et al is ook een samenhang gevonden met het specialisme; het gaat hier echter om ontslagbrieven en andere specialismen.² In het onderzoek van Westerman et al komen de brieven van de internisten er relatief het slechtste af, in vergelijking met de brieven van de neurologen, de dermatologen en de gastro-enterologen.¹

Het academisch ziekenhuis is niet anders wat betreft de snelheid, maar wel beter wat betreft de inhoud van de berichtgeving; dit werd verwacht. Kersten et al, die ook de onderdelen op aan- en afwezigheid hebben beoordeeld, vinden geen verschil tussen een algemeen versus een academisch ziekenhuis.² De reden dat de brieven van de specialisten uit een academisch ziekenhuis vollediger zijn dan de brieven uit de andere ziekenhuizen, kan zijn dat een academisch ziekenhuis een opleidingsziekenhuis is; de brieven worden nog een keer gescreend door de supervisor alvorens ze verstuurd worden.

De veronderstelling dat de specialisten die de huisarts een brede taak toebedelen meer aandacht zullen besteden aan de inhoud van de berichtgeving, met name aan die onderdelen in de specialistenbrief die voor de huisarts relevant zijn, dan de specialisten die de huisarts een smalle taak toebedelen, is niet aangetoond. Uit het onderzoek van Kersten et al blijkt dat bij ernstiger aandoeningen de brieven vollediger zijn.² Zij zeggen hierover dat bij ernstiger, meer levensbedreigende aandoeningen het meer past dat de huisarts vollediger berichtgeving ontvangt. In ons onderzoek verklaart de ernst van de klachten niet de kwaliteit van de inhoud van de berichtgeving; de betere inhoud is vooral bij 'problematischer klachten' (moeilijker te diagnosticeren en te behandelen klachten en psychosociale factoren spelen een grotere rol).

Oosterhuis geeft aan dat specialisten de uitslagen uitgebreider toelichten als er sprake is van een 'ik-jij' relatie.³ Volgens de objectieve maatstaf bestaat er geen relatie met de intensiteit van de (werk)relatie, maar wel volgens de subjectieve maatstaf.

In dit hoofdstuk is beschreven dat de huisarts in een overgrote meerderheid van de verwijzingen vindt dat de specialist zijn vraag heeft beantwoord; dit oordeel komt overeen met het oordeel van de onafhankelijke artsen, dat in hoofdstuk 7 aan de orde is geweest. In hoofdstuk 6 komt naar voren dat de specialist weinig waarde hecht aan de vraagstelling van de huisarts. In dit hoofdstuk blijkt dat voor de huisarts de beantwoording van de vraagstelling door de specialist niet van groot belang is. Het oordeel over dit onderdeel hangt immers slechts in geringe mate samen met het oordeel van de huisarts of de specialistenbrief 'model' kan staan voor een goede specialistenbrief. Een aantal malen heeft de inhoud van de specialistenbrief aandacht gehad in de medische vakliteratuur. Er is echter nog steeds geen standaard voor de specialistenbrief, zoals voor de verwijsbrief, opgesteld. Daar dit onderzoek wederom bevestigt dat bepaalde onderdelen voor verbetering vatbaar zijn, lijkt het wenselijk dat wordt nagegaan wat de argumentatie is van de specialisten om deze onderdelen onvoldoende in de brieven te vermelden.

Literatuur

1. Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br J Gen Pract* 1990;40:445-9.
2. Kersten TJJMT, Stokx LJ, Meyboom WA. Ontslagberichtgeving aan de huisarts. *Med Contact* 1992;42:1229-33.
3. Oosterhuis WW. De communicatieve waarde van correspondentie tussen de huisarts en de specialist. *Med Contact* 1974;29:963-4.