

Werkafspraken in het Diagnostisch Centrum Maastricht

G. H. M. I. BEUSMANS EN R. J. M. M. DOES

In een explorerend onderzoek in het Diagnostisch Centrum Maastricht is nagegaan, welke factoren van invloed zijn op de toepassing door huisartsen van werkafspraken voor aanvragen van leverfunctietests en ECG's. De huisartsen konden worden onderverdeeld in drie groepen. Met behulp van de uitkomsten van een enquête en een interview en een aantal achtergrondgegevens zijn deze drie groepen nader geanalyseerd. De variabelen die van invloed waren voor het onderscheid van de drie groepen waren: appreciatie van de organisatie van het Diagnostisch Centrum, inhoudelijke accordatie van de werkafspraken, appreciatie van feedback, praktijkgrootte en het hanteren van een afspraakspreekuur. Eveneens waren er verschillen ten aanzien van de urbanisatiegraad, het totaal aantal diagnostische aanvragen en het aantal verwijzingen.

Inleiding

Het Diagnostisch Centrum Maastricht hanteert werkafspraken voor de verschillende categorieën onderzoeks aanvragen door huisartsen. Dat gebeurt op grond van de opvatting dat dergelijke werkafspraken kunnen leiden tot een doeltreffender en doelmatiger gebruik van de beschikbare diagnostische voorzieningen. Er blijken echter grote verschillen te bestaan in de mate waarin de huisartsen zich houden aan deze werkafspraken. Sommige huisartsen handelen slechts zelden in overeenstemming met de afspraken, anderen houden zich er vrijwel steeds aan. Daartussen bevinden zich allerlei varianten.

In de literatuur is vrijwel niets bekend over de toepassing van welk soort werkafspraken dan ook. Er was daarom alle aanleiding tot het opzetten van een breed, explorerend en beschrijvend onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op de toepassing door huisartsen van werkafspraken betreffende hun gebruik van diagnostische faciliteiten van het Diagnostisch Centrum Maastricht. Gekozen is voor de bestudering van de werkafspraken voor aanvragen van ECG's en leverfunctietests.*

Methoden

Gegevensverzameling

Het Diagnostisch Centrum hanteert een formulier voor alle aanvragen voor diagnostische onderzoek. Dit aanvraagformulier bevat een speciale ruimte voor het verstrekken van gegevens door de huisartsen. Analyse van de aanvraagformulieren maakt het mogelijk na te gaan in hoeverre de huisartsen de werkafspraken hebben gehandeld in overeenstemming met de richtlijnen van de werkafspraken.

De factoren die mogelijk van invloed zijn op de toepassing van de werkafspraken, zijn langs drie wegen geïnventariseerd: een schriftelijke enquête, een interview en een inventarisatie van achtergrondgegevens over de huisartsen en hun praktijk.

De enquête was door het explorerend karakter van het onderzoek vrij breed van opzet. Bij de bewerking en analyse van de uitkomsten is daarom allereerst gepoogd door sommatie van variabelen een beperkt aantal nieuwe variabelen samen te stellen. Op alle onderdelen van de enquête is verder een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd.

Een deel van de vragen had betrekking op de werkafspraken voor het aanvragen van een ECG en van leverfunctietests. Met name ging het daarbij om de vraag in hoeverre de huisartsen inhoudelijk akkoord gaan met deze werkafspraken. Als referentiekader voor deze *huisartsgeneeskundige* beoordeling zijn de betreffende vragen eveneens voorgelegd aan 40 huisartsopleiders verspreid over Nederland; het gaat hier dus niet om een representatieve steekproef uit de Nederlandse huisartsenpopulatie.

De verwachting was dat het met de enquête niet mogelijk zou zijn antwoord te krijgen op de vraag waarom de huisartsen in concrete situaties de werkafspraken niet hadden toegepast. Daarom zijn alle huisartsen die de enquête hadden beantwoord, ook geïnterviewd.

Voor het bepalen van de praktijkomvang is uitgegaan van het aantal ziekenfondspatiënten, vermeerderd met 30

procent voor het aandeel van de particuliere patiënten.

Bij het bepalen van de urbanisatiegraad is onderscheid gemaakt tussen praktijken in Maastricht en praktijken in de plaatsen rondom Maastricht.

Onderzoekspopulatie en meetniveau

Het onderzoek vond plaats van september 1982 tot mei 1983 onder de 67 huisartsen met een vast samenwerkingsverband met het Diagnostisch Centrum. Al hun onderzoeks aanvragen voor ECG's en leverfunctietests werden beoordeeld op het toepassen van de werkafspraken.

De gegevens over de toepassing van de werkafspraken zijn gemeten op individueel niveau, evenals het merendeel van de variabelen die van invloed zijn op deze toepassing. Alle variabelen betreffende de huisartsen en hun praktijken zijn, met uitzondering van de urbanisatiegraad, geanalyseerd op groepsniveau, dat wil zeggen: de gemiddelden van de groepen waarin huisartsen waren ingedeeld op basis van hun toepassingsscore van de werkafspraken. Dit was mogelijk doordat deze variabelen per subgroep gelijkelijk waren verdeeld.

Toepassingscores en groepsindeling

De 57 huisartsen maakten in sterk wisselende mate gebruik van de mogelijkheid om ECG's en leverfunctietests bij het Diagnostisch Centrum aan te vragen. Daarom diende beslist te worden hoeveel aanvragen minimaal door een huisarts ingediend moesten zijn, wilde statistische bewerking van zijn gegevens nog zin hebben. Uiteindelijk is gekozen voor 50 aanvragen als minimum. Van de 67 huisartsen voldeden er 53 aan dit criterium; 44 van deze 53 huisartsen hebben ook de enquête ingevuld.

Bij het criterium van 50 aanvragen is de nauwkeurigheid van de berekende percentages in het ongunstigste geval circa 14 procent (met een betrouwbaarheid van 95 procent). Dit betekent dat de groepen meer dan 14 procent uit elkaar dienen te liggen bij de indeling naar toepassing van de werkafspraken. Als we hiertoe het gemiddelde toepas-

* Voor meer gedetailleerde informatie over dit onderzoek kan worden verwezen naar het oorspronkelijke verslag.¹

Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Dr. G.H.M.I. Beusmans, huisarts Gezondheidscentrum 'de Hofhoek' te Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg; Dr. R.J.M.M. Does, vakgroep Medische Informatica en Statistiek, Rijksuniversiteit Limburg.

Correspondentie: Dr. G.H.M.I. Beusmans.

singspercentage *plus* 0,5 standaarddeviatie en het gemiddelde toepassingspercentage *min* 0,5 standaarddeviatie hanteren, worden de huisartsen ruimschoots conform deze 14 procent nauwkeurigheidsgrenzen ingedeeld: de twee groepen liggen één standaarddeviatie uit elkaar, hetgeen neerkomt op ongeveer 19 procent.

Bezien we de 44 geselecteerde huisartsen aan de hand van dit criterium, dan wordt de groepsindeling als volgt:

- 15 huisartsen met een toepassingspercentage dat lager was dan het gemiddelde percentage *min* 0,5 standaarddeviatie (< 47,8 procent);
- 13 huisartsen met een toepassingspercentage dat hoger was dan het gemid-

delde percentage *plus* 0,5 standaarddeviatie (> 66,6 procent);

- 16 huisartsen als middengroep (zie ook *tabel 1*).

Vanuit deze groepsindeling zijn vervolgens de enquête- en interviewgegevens geanalyseerd om te bezien of, en zo ja, welke factoren discrimineren tussen de drie groepen. Voor het vergelijken van de groepen huisartsen met een hoge en een lage toepassingscore met betrekking tot de acht somvariabelen en de zeven achtergrondvariabelen, hebben wij de Mann-Whitney toets² gebruikt. Verschillen werden significant genoemd indien de overschrijdingskans kleiner was dan 10 procent. Om te analyseren welke combinatie van variabelen de groepen het beste onderscheidt, zijn discriminantanalyses uitgevoerd aan de hand van de acht somvariabelen en de zeven achtergrondvariabelen. Om te bepalen in hoeverre deze discriminantanalyses succesvol zijn geweest, zijn ze geëvalueerd met de zogenaamde classificatiematrixes.³ Vervolgens is met behulp van stapsgewijze discriminantanalyse nagegaan in hoeverre de groepen te onderscheiden zijn met slechts een beperkt aantal variabelen.

Resultaten

Enquête

Uit de betrouwbaarheidsanalyse bleek dat de enquête, zoals ingevuld door 56 huisartsen, op bijna alle onderdelen matig tot goed betrouwbaar was.

Uiteindelijk resulteerden uit de enquête 15 variabelen ter verdere analyse op samenhangen met de toepassing van de werkafspraken (*bijlage*). Significante verschillen werden gevonden bij de variabelen S2, S5, S8 en A15.

Tabel 2 geeft een samenvatting van de resultaten van de twee discriminantanalyses, geëvalueerd met de classificatiematrixes. Uit de percentages uit de classificatiematrixes blijkt dat de groepen huisartsen redelijk tot goed zijn te onderscheiden.

Tabel 3 geeft de resultaten van de stapsgewijze discriminantanalyse, waarbij de twee groepen huisartsen met respectievelijk een hoge en een lage toepassingscore zijn gebruikt, met als controlegroep de groep huisartsen met een matige toepassingscore. Bij alle discriminantanalyses kwam S2 – appreciatie organisatorische opzet Diagnostisch Centrum – als de meest onderscheidende variabele naar voren. Mogelijk oefende de overheersende positie van deze variabele een al te grote invloed uit op de overige variabelen. Daarom is de

Werkafspraken ECG-aanvragen en aanvragen leverfunctietests

Zinnvolle indicaties voor ECG-aanvragen	
Bevindingen	Vragen
a bij hartkloppingen, hartbonzen, e.d.	ritme- of geleidingsstoornis? pre-excitatie?
b bij ritmestoornissen	controle effect therapie
c bij wegrakingen, duizeligheidsaanval- len of fracturen bij oudere patiënten	ritme- of geleidingsstoornis?
d bij geruis aan het hart (ook bij het kind)	boezem en/of kamerhypertrofie geleidingsstoornis?
e bij hypertensie	effect op het hart? controle effect therapie?
f bij pijn op de borst	alleen documentatie van bestaande hart- spierbeschadiging: ST-T-afwijkingen tijdens pijnaanval?
g Als hulpmiddel, ter geruststelling van de patiënt, alleen als huisarts ervan overtuigd is, dat de klachten van de patiënt niet berusten op een hartaandoening.	
Indicaties voor onderzoeksaanvragen leverfunctietests	
Klinisch beeld	Test
a de patiënt met een icterus e.c.i.	bilirubine (totaal - direct) alkalische fosfatase (alk. fos.), γ -GTP, SGOT, SGPT
b niet icterische patiënten met een ver- grote lever	alk. fos., γ -GTP, SGOT, SGPT
c patiënten met vage en algemene klachten	alk. fos., γ -GTP, SGPT
d verdenking op alcoholabusus	alk. fos., γ -GTP, SGOT, SGPT
e hepatitisbeeld	bilirubine (totaal - direct) alk. fos., γ -GTP, SGOT, SGPT, Hbs-anti- geen - bij volwassenen - bij kinderen, indien verdacht voor hepatitis
f controle mild verlopende hepatitis	ledere 14 dagen: SGOT, SGPT, γ -GTP (indien aanvankelijk verhoogd), HBs-anti- geen (indien aanvankelijk verhoogd)
g mononucleosis infectiosa	aantal leukocyten en differentiatie Paul/ Bunnell (bij negatieve uitkomst en duide- lijke verdenking te herhalen na 1, eventue- eel 3 weken) oriënterend leveronderzoek: γ -GTP; eventueel te herhalen na 2 à 3 we- ken SGPT en 2 à 3 maanden.

stapsgewijze discriminantanalyses eveneens uitgevoerd met uitsluiting van S2. Uit deze analyse kwam nu S6 (feedback) als meest onderscheidende variabele naar voren.

In totaal vijf variabelen zijn dus in staat de groepen huisartsen met een hoge en een lage toepassingsscore goed te onderscheiden: een positieve appreciatie van de organisatie van het Diagnostisch Centrum, accordatie van de werkafpraak voor leverfunctietests, positieve appreciatie van feedback en het hanteren van een afspraakspreekuur gaan samen met een hoge toepassingsscore. Verder heeft zowel de groep huisartsen met een hoge als de groep huisartsen met een lage toepassingsscore een relatief kleine praktijk. Daarbij moet worden opgemerkt dat hiervoor in de enquête een zeer grofmazige indeling is gehanteerd (<1500, >1500 <3000 en >3000).

Bij het onderscheiden van de drie groepen huisartsen blijken verder de variabelen S3 (appreciatie protocollen in het algemeen) en S5 (appreciatie werkafspraken vanuit het Diagnostisch Centrum) van belang. Een hoge toepassingsscore gaat gepaard met een negatieve appreciatie van protocollen in het algemeen en met een positieve appreciatie van de totstandkoming van de werkafspraken vanuit het Diagnostisch Centrum.

Uit analyse van de samenhangen tussen de enquêtegegevens van de onderzoeksgroep en van de referentiegroep blijkt dat tussen beide groepen vrijwel geen verschil aantoonbaar is ten aanzien van de appreciatie van protocollen en werkafspraken in het algemeen. Wel zijn er verschillen betreffende de accordatie op inhoudelijke huisartsgeneeskundige gronden van de werkafspraken.

Interview

In de interviews brengen de huisartsen een groot aantal redenen naar voren waarom zij in concrete situaties de werkafspraken toch niet volledig toepassen, zoals persoonlijke eigenschappen (46 procent), werkafpraak vergeten (9 procent), slordig invullen van de aanvraagformulieren (9 procent), tijdsdruk (14 procent), door onvolledig invullen van het tekstdeel fout gescoord (8 procent) en routinematig (als vanouds) aanvragen (6 procent). De patiënten kunnen in een aantal situaties een zekere druk uitoefenen op de huisartsen om bepaalde medische handelingen te doen. Dit wordt in 20 procent van de situaties genoemd.

Enkele huisartsen plaatsen kanttekeningen bij het functioneren van het Diagnostisch Centrum en vinden hierin redenen om de werkafspraken niet toe te passen. Als redenen werden naar voren gebracht:

- het ontbreken van specifieke werkafspraken (8 procent);
- niet alle pathologie is in een werkafpraak te vangen (7 procent);
- de werkafspraken zijn te complex om in de praktijk te hanteren (3 procent).

Slechts 12 procent zegt de werkafspraken te ondervinden als een belemmering voor het medisch handelen.

Tenslotte worden in een zeer gering aantal situaties (4 procent) 'derden' aangegeven als redenen om de werkafspraken niet toe te passen (bijvoorbeeld werkafspraken met anderen).

De huisartsen met een hoge toepassingsscore noemden vaker dan de huisartsen uit de groep met een laag toepassingpercentage factoren vanuit het me-

Tabel 1 Toepassingspercentages van de drie naar percentages goed-score onderscheiden groepen huisartsen.

	Laag n = 15	Matig n = 16	Hoog n = 13
Gemiddelde	36	60	79
Mediaan	38	60	78
Standaarddeviatie	11	5	6
Minimum	11	50	68
Maximum	47	66	88

Tabel 2 Classificatiematrix en Jackknife-classificatiematrix voor de discriminantanalyses.

Discriminantanalyse	Classificatiematrix*	Jackknife classificatie*
<i>Alle variabelen voor drie groepen huisartsen</i>		
- laag	77	46
- matig	75	38
- hoog	62	23
- totaal	71	36
<i>Alle variabelen voor twee groepen huisartsen</i>		
- laag	85	69
- hoog	92	54
- totaal	89	62

* Percentages goed geïdentificeerd.

Tabel 3 Discriminantanalyse, met als criterium F-toetsingsgrootte 1, voor alle variabelen van de twee groepen huisartsen met een hoge en een lage toepassingsscore (met de groep huisartsen met een matige toepassingsscore als controlegroep) en de bijbehorende discriminantgewichten.

Gebruikte variabelen	Discriminantgewichten
Appreciatie organisatie Diagnostisch Centrum	0,85
Praktijkgrootte	-0,53
Accordatie werkafpraak leverfunctietests	0,46
Afspraakspreekuur	0,39

Tabel 4 Aanvragen voor diagnostisch onderzoek bij het Diagnostisch Centrum voor twee groepen huisartsen (periode van twaalf maanden).

	Absoluut	Per 1000 patiënten
Hoge toepassingsscore	549	230
Lage toepassingsscore	699	249

Tabel 5 Totaal aantal verwijzingen op jaarbasis voor twee groepen huisartsen.

	Absoluut	Per 1000 ziekenfondspatiënten
Hoge toepassingsscore	989	417
Lage toepassingsscore	1242	470

disch handelen als reden voor het niet toepassen van de werkafspraken (multiple pathologie; patiënt die je niet vaak ziet; vage klachten; ernstige pathologie; bepaalde ziektebeelden; bij controles). De huisartsen met een lage toepassingsscore noemden vaker artsgebonden factoren als vergeetachtigheid, slordigheid, routine en tijdsdruk.

Summary

Beusmans GHMI, Does RJMM. Working arrangements of the Maastricht Diagnostic Centre. Huisarts Wet 1988; 31: 154-8.

What factors influence GPs' observance of working arrangements regarding their use of the diagnostic facilities of the Maastricht Diagnostic Centre? To study this question, request forms for ECGs and liver function tests dated September 1982 to May 1983 were analysed. Further data were collected by means of a questionnaire, an interview and an inventory of background data on the GPs and their practices.

The study was carried out among 44 GPs who in the course of the study period had submitted at least 50 requests for ECGs and/or liver function tests to the Diagnostic Centre:

- 15 GPs observed the working arrangements poorly (< 47.8 per cent);
- 13 GPs observed the working arrangements well (> 66.6 per cent);
- 16 GPs constituted an intermediate group.

Questionnaire and interview data were then analysed for these three groups separately in order to detect the factors discriminating them.

From the questionnaire, 15 variables were distilled to be analysed for relations with observance of the working arrangements. Five variables were found that allow a clear distinction between the group of GPs with high and with low observance scores: a positive appreciation of the organization of the Diagnostic Centre, endorsement of the working arrangements for liver function tests, positive appreciation of feedback, and having consulting hours with appointments are correlated with a high observance score. Also, the group of GPs with a high as well as the group with a low score had relatively small practices. Other variables found relevant were S3 (appreciation of protocols in general) and S5 (appreciation of working arrangements made by the Diagnostic Centre). A high observance score is correlated with a negative appreciation of protocols in general and with a positive appreciation of working arrangements made by the Diagnostic Centre.

Algemene gegevens

Huisartsen met een hoge score bleken een circa 10 procent kleinere praktijk te hebben dan de huisartsen met een lage score. De praktijken van de huisartsen met een hoge score vertonen een beduidend hogere urbanisatiegraad dan de praktijken van de huisartsen met een lage score.

In the interviews, the GPs mention numerous reasons why in concrete situations they do not completely observe the working arrangements, such as personality traits (46 per cent), working arrangement forgotten (9 per cent), request forms filled out carelessly (9 per cent), lack of time (14 per cent), wrong score due to incomplete filling-out of the text part (8 per cent) and requesting in the (formerly usual) routine manner (6 per cent). In some situations, patients can exert a certain pressure on GPs to perform particular medical actions. This is mentioned in 20 per cent of the situations. Some GPs criticize the functioning of the Diagnostic Centre and give this as an explanation of their non-observance of the working arrangements. Only 12 per cent state that they regard the working arrangements as a hindrance in their work.

More GPs with high observance scores than GPs with low scores attributed failure to observe working arrangements to factors connected with medical activity (multiple pathology; patient seen infrequently; vague complaints; severe pathology; particular symptomatology; at check-ups). The GPs with low observance scores more often mentioned GP-related factors such as forgetfulness, carelessness, routine and lack of time.

Practices of GPs with high observance scores were found to be some 10 per cent smaller than those of GPs with low scores. Practices of GPs with high observance scores showed an appreciably higher degree of urbanization than practices of the group of GPs with low observance scores. GPs with low observance scores on average request some 8 per cent more tests from the Diagnostic Centre than GPs with high observance scores, while GPs of the group with low observance scores on average refer over 11 per cent more often than GPs with high observance scores.

Key words Diagnostic services; Family practice.

Correspondence Dr G.H.M.I. Beusmans, Department of General Practice University of Limburg, P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands.

Uit tabel 4 blijkt dat de huisartsen met een lage toepassingsscore gemiddeld circa 8 procent meer onderzoeken aanvragen bij het Diagnostisch Centrum dan de huisartsen met een hoge toepassingsscore. Bij de analyse van het aantal aanvragen voor ECG's is er een duidelijk lager gebruik door de groep huisartsen met een lage toepassingsscore (10 tegenover 13). Bij de analyse van het aantal aanvragen voor leverfunctietests is er voor de huisartsen met een lage toepassingsscore een licht verhoogd gebruik (51 tegenover 48).

In tabel 5 zien we dat de huisartsen uit de groep met een lage toepassingsscore gemiddeld ruim 11 procent meer verwijzen dan de huisartsen met een hoge toepassingsscore.

Omdat in het onderzoek de werkafspraken voor ECG's en leverfunctietests nader werden bezien, hebben wij vervolgens het aantal verwijzingen naar de afdelingen cardiologie en interne geneeskunde bekeken. Bij het aantal verwijzingen naar de cardioloog is er vrijwel geen verschil tussen de groep huisartsen met een hoge en een lage toepassingsscore. Bij de verwijzingen naar de internist zien we dat de huisartsen met een lage toepassingsscore circa 22 procent meer verwijzen dan de huisartsen met een hoge toepassingsscore.

Beschouwing

Vanuit de beroepsgroepen van huisartsen en specialisten is er de laatste jaren een toenemende roep naar verbetering van de onderlinge samenwerking. In 1974 stelde *Van Mansvelt* reeds de vraag: 'Zal de huisarts niet meer moeten worden ingeschakeld bij de ontwikkelingen, die in de geneeskunde in het ziekenhuis plaatsvinden'.⁴ Alleen bij een goede samenwerking van huisarts en specialist kan voor de patiënt een optimale geneeskundige zorg worden bereikt.⁵

Wil er verandering c.q. verbetering komen in de relatie tussen huisarts en specialist, in het bijzonder met betrekking tot het verwijzen, dan zal de huisarts zelf initiatieven moeten ontplooiën, die gericht zijn op een versterking van het gevoel van eigenwaarde, op een open en directe communicatie met de specialist en op het komen tot regels.⁶ Betere vormen van communicatie en samenwerking tussen huisarts en specialist zouden bevorderd en gerealiseerd kunnen worden door vanuit goede persoonlijke contacten ontstane ideeën en plannen om te zetten in realiteit.⁷ Ook

de specialist kan door de communicatie met de huisarts te verbeteren en door samen werkafspraken te maken, er zijnerzijds vanuit het ziekenhuis aan meewerken de eerste lijn te versterken en de kwaliteit van de zorg te verbeteren.⁸

Het opstellen van werkafspraken zou kunnen inhouden: het maken van afspraken over de taken en verantwoordelijkheden bij de behandeling van veel voorkomende aandoeningen, die zowel eerste- als tweedelijns aspecten hebben.⁹ Hierbij zullen huisartsen en specialisten bereid moeten zijn om, met erkenning van elkaars mogelijkheden, gezamenlijk tot werkafspraken te komen die ook wederzijds kunnen worden getoetst. Er zal echter nog de nodige samenspraak tussen huisarts en specialist noodzakelijk zijn. Op een aantal punten bestaan immers nog grote meningsverschillen over de taakverdeling tussen huisartsen en specialisten.¹⁰

Mede op grond van de resultaten van dit onderzoek zijn ten aanzien van de toepassing door huisartsen van werkafspraken tussen huisarts en specialist de volgende aanbevelingen te geven:

- Nader onderzoek naar het doeltreffend en doelmatig gebruik van diagnostische voorzieningen door het toepassen van werkafspraken is gewenst.
- Een 'instituut' dat de toepassing van werkafspraken wil implementeren, zal de grootste aandacht dienen te schen-

ken aan een organisatorische opzet die de doelgroep convenieert. Verder mag de afstand tussen de praktijken van de deelnemende huisartsen en het instituut niet te groot zijn.

• Bij het opstellen van werkafspraken moet worden gestreefd naar een zo groot mogelijke inhoudelijke accordatie door de huisartsen. Aan consensus en informatieverstrekking dient grote zorg te worden besteed. Verder moet aandacht worden besteed aan de volgende aspecten: de werkafpraak dient beknopt en overzichtelijk te zijn en de aanbevolen werkwijze dient door de huisartsen als praktisch haalbaar te worden ervaren.

¹ Beusmans GHMI. Huisarts en diagnostisch centrum [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1986.

² Noether GE. Introduction to statistics. Boston: Houghton Mifflin, 1976.

³ Tabachnick BJ, Fidell LS. Using multivariate statistics. New York: Harper and Row, 1983.

⁴ Van Mansvelt J. Suggesties ten aanzien van samenwerking tussen huisarts en specialist. Med Contact 1974; 29: 734.

⁵ Leerling RJ. Een alternatieve 'eigen bijdrage'. Med Contact 1979; 34: 531.

⁶ Nijhuis HJ. De relatie huisarts-specialist. Med Contact 1981; 52: 1617.

⁷ Pop P, Keijsers LLJM. Communicatie tussen huisarts en specialist. Med Contact 1985; 7: 203.

⁸ Heckman J. De huisarts als spil in de gezondheidszorg. Med Contact 1974; 29: 880-2.

⁹ Beek M, Van Eijk J, Rutten G. Huisarts en specialist over hun onderlinge taakafbakening. Med Contact 1984; 39: 1237.

¹⁰ Beek M, e.a. Verschuiving van eerste naar tweede lijn? Med Contact 1985; 10: 299.

Bijlage. De vijftien variabelen

Somvariabelen

- S 1 appreciatie doelstellingen Diagnostisch Centrum
- S 2 appreciatie organisatorische opzet Diagnostisch Centrum
- S 3 appreciatie protocollen in het algemeen
- S 4 appreciatie werkafspraken in het algemeen
- S 5 appreciatie werkafspraken vanuit het Diagnostisch Centrum
- S 6 feedback
- S 7 accordatie werkafpraak ECG
- S 8 accordatie werkafpraak leverfunctie-tests

Achtergrondvariabelen

- A 9 ervaring als huisarts
- A10 wijze van samenwerking
- A11 betrokkenheid bij onderwijs van de Medische Faculteit
- A12 praktijkgrootte
- A13 soort kaartstelsysteem
- A14 afspraakspreekuur
- A15 regio

Struikelblok

O zo gezellig

Op de maandelijkse vergadering van de waarnemgroep worden onder meer de vervelende, ergerniswekkende gebeurtenissen uit avond- en weekenddiensten besproken. Meestal betreft het hardnekkig recidiverende probleemgevallen. We proberen ons beleid op elkaar af te stemmen, zodat er een duidelijke lijn voor de patiënten bestaat en het risico vermeden wordt dat we door patiënten tegen elkaar worden uitgespeeld.

Het feit dat dit punt voortdurend op de agenda staat, bewijst dat we geen structurele oplossingen kunnen vinden. Dat ligt niet zozeer aan het unieke van elk probleemgeval. Er zijn beslist enkele hoofdpatronen te onderscheiden die voor de meeste ergernis zorgen: mensen die vaak voor niets bellen, mensen die voor reeds bekende klachten een andere dokter proberen te strikken, een dokter die het uitgestippelde beleid doorkruist, en twijfelgevallen waarover de meningen verdeeld zijn.

Het feit dat deze discussie blijft voortgaan, heeft als belangrijkste oorzaak dat de grondslagen ervan impliciet blijven. Wij praten over probleemgevallen en niet over de verschillen tussen ons in leeftijd, opleiding, belangstelling, werkopvatting en persoonlijkheid, waardoor de verschillen in mening en aanpak in hoge mate worden bepaald. We praten ook niet over wel en niet aanvaardbare variaties in het handelen. We trachten een gemeenschappelijke lijn te vinden door de verschillen te verdoezelen of te overschreeuwen. Het doel – rustige diensten, zo min mogelijk ergernis – heiligt hier de middelen niet, domweg omdat de middelen niet adequaat zijn. Het zou veel beter zijn om de verschillen, de variaties in het handelen, tot uitgangspunt te nemen en te analyseren. Maar de waarnemgroepcultuur belemmert dat. Het zou te veel op toetsing gaan lijken en daar bestaan weerstanden tegen. De oudere huisartsen voelen

zich aangevallen en op de vingers gekeken. Hun 'beproeft' beleid verdraagt weinig kritiek. De jongere huisartsen respecteren dat en willen niet graag kwetsen.

De vergaderingen vinden plaats in een vriendschappelijke sfeer, bij een der artsen thuis, die voor de nodige versnaperingen heeft gezorgd. Het lijkt erop of men ook op die wijze aan kritiek wil ontsnappen. Entourage, sfeer en gegroeide gewoonten bewerkstelligen een mild klimaat, waarin een professionele discussie het bij voorbaat aflegt tegen de (schijn van) harmonie. De ergernis en de vragen blijven maar buiten de vergaderingen.

De les die hieruit kan worden geleerd, is dat de grondslagen van interdokter-variantie eerst moeten worden blootgelegd, voordat we toe zijn aan een standaardbeleid. Als we daar al aan toekomen. Want de waarnemgroepcultuur is hardnekkig én o zo gezellig.