

Maak van je verwijsbrief geen troebele SOEP

Mariken Stegmann, Jiska Meijer, Annette Berendsen

Veel huisartsen en specialisten zijn niet tevreden over de kwaliteit van de onderlinge (verwijs)brieven. Volgens hen bevatten deze vaak irrelevante informatie of staan er afkortingen in die ze niet begrijpen. Geregeld ontbreken gegevens over de prognose, de intentie van de behandeling en de verschillende behandelopties. Wat kunnen huisartsen doen om de schriftelijke communicatie met specialisten te verbeteren?

Bij de zorg voor patiënten met kanker zijn veel verschillende artsen betrokken.¹ Om de continuïteit van de zorg te waarborgen is het van belang dat zij onderling goed communiceren. Dat vergroot de patiënttevredenheid en verbetert de kwaliteit van de zorg.^{2,3} Hoewel artsen zeer eensgezind zijn over het belang van goede onderlinge communicatie, is de tevredenheid erover laag. Zo bleek uit eerder onderzoek dat 43 tot 83% van de medisch specialisten de kwaliteit van verwijsbrieven onvoldoende vindt.⁴⁻⁶ Veel van dit onderzoek is echter verouderd en/of niet van toepassing op de Nederlandse situatie. Ons onderzoek brengt in kaart welke informatie over patiënten met borst-, long- en darmkanker huisartsen en specialisten in Nederland uitwisselen, vanaf de verwijzing tot aan het eind van de eerste behandel fase.⁷ Hiervoor analyseerden we in een kwalitatief onderzoek 419 documenten uit 50 patiëntendossiers uit 3

verschillende ziekenhuizen in Noord-Nederland. Daarnaast interviewden we vier huisartsen, vier medisch specialisten en een verpleegkundig specialist over de onderlinge communicatie.

CASUS

Meneer Van Dam is 75 jaar. Kort geleden heeft hij voor het eerst meegedaan aan het bevolkingsonderzoek voor darmkanker. De screeningsuitslag is positief en zijn huisarts stuurt de medisch specialist een verwijsbrief. Deze leest de brief met gemengde gevoelens: 'Wat een verschrikkelijke brei aan informatie! De verwijsreden is duidelijk, maar daar is dan ook alles mee gezegd. Het hartfalen staat tussen de ingegroeide teennagels en nergens staat of patiënt ook klachten heeft.'

REDEN VAN VERWIJZING

Wanneer huisartsen de reden van de verwijzing niet vermelden, ervaren specialisten dat als zeer hinderlijk, zo blijkt uit onderzoek.^{6,8} De vijftig door ons geanalyseerde verwijsbrieven bevatten echter bijna allemaal wel een duidelijke verwijsreden of -vraag. Mogelijk komt dat doordat huisartsen zich steeds meer bewust zijn van het belang daarvan of doordat ze ZorgDomein gebruiken.⁹ Het kopje 'Reden voor verwijzing' is een vast onderdeel van het format van ZorgDomein en vrijwel alle verwijsbrieven waren via dit platform verstuurd.



Tattersall MH, et al. Improving doctors' letters. Med J Aust 2002;177(9):516-20.

DE KERN

- Zowel huisartsen als specialisten zijn ontevreden over de onderlinge communicatie.
- Dit onderzoek heeft gekeken welke informatie huisartsen en specialisten over patiënten met kanker uitwisselen en waar mogelijkheden voor verbetering liggen.
- Artsen zouden bij het schrijven van brieven aan collega's meer rekening moeten houden met de ontvanger.

WEL EN NIET RELEVANTE INFORMATIE

Opvallend was dat de informatie die voor de medisch specialist van belang was, in de verwijsbrieven nogal eens tussen niet-relevante informatie stond. Dit was het duidelijkst zichtbaar in het overzicht van de medische voorgeschiedenis, waarin grote gezondheidsproblemen (zoals diabetes mellitus) en kleine (zoals een gebroken vinger) vaak in één lijst stonden, waarbij de volgorde soms niet chronologisch was. In mindere mate gold dat voor de medicatielijst (meerdere herhaalrecepten en vermelding van gestopte medicatie) en voor de anamnese (onderdelen uit de speciële anamnese, afgewisseld met stukjes familieanamnese, tractusanamnese en lichamelijk onderzoek). De interviews met de medisch specialisten bevestigden dit beeld van een gemengde presentatie, waarbij ze aangaven zich vooral te ergeren aan de onoverzichtelijke voorgeschiedenis. Daarbij komt dat specialisten niet gewend zijn om met het SOEP-systeem te werken en ze missen hun eigen kopjes voor anamnese en lichamenlijk onderzoek. De literatuur meldt niets over een dergelijk gebrek aan onderscheid tussen relevante en niet-relevante informatie. Mogelijk

speelt ook hier het gebruik van ZorgDomein een rol, omdat huisartsen informatie uit de episodelijst en het journaal vaak rechtstreeks in de verwijsbrief importeren. Blijkbaar passen verwijzend huisartsen deze informatie niet aan en maken ze deze ook niet op maat voor de ontvanger.

AFKORTINGEN

Huisartsen maken geregeld gebruik van afkortingen in de verwijsbrief. Dikwijls betrof het algemeen gangbare medische afkortingen (zoals 'pulm VAG'), maar soms gebruikten ze ook zelfbedachte afkortingen. Overigens maakten medisch specialisten nog vaker gebruik van afkortingen in hun brieven en viel het op dat ze ook geregeld afkortingen voor specialistische termen gebruikten. Uit de interviews met de huisartsen kwam naar voren dat ze die afkortingen vaak niet begrepen. Ook uit de literatuur blijkt dat het gebruik van afkortingen tot verwarring kan leiden, wat vooral komt doordat sommige afkortingen verschillende dingen kunnen betekenen (zoals 'OAC', dat voor orale anticonceptie en orale anticoagulantia kan staan).¹⁰

VERVOLG VAN DE CASUS

Twee weken later ontvangt de huisarts een lange brief met uitslagen en beleid. Darmkanker met levermetastasering. De huisarts bezoekt meneer Van Dam en bespreekt zijn wensen. Meneer is ervan overtuigd dat hij wel degelijk kan genezen en na een ongemakkelijk gesprek doet de huisarts navraag bij de medisch specialist. Er blijkt inderdaad sprake van een curatieve opzet. 'Waarom staan die brieven dan ook altijd vol met afkortingen en staat nergens expliciet dat dit een curatief traject is? Ik kan toch niet alles van alle soorten kanker weten?'

Tabel

De aanbevelingen van HASP¹⁹ naast de resultaten van dit onderzoek. De richtlijn HASP [informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist] is opgesteld door het NHG en de Federatie Medisch Specialisten en bevat aanwijzingen voor de onderlinge communicatie.

Onderwerp	HASP	Dit onderzoek
Tijdigheid	'Het verwijsbericht is beschikbaar in de tweede lijn op het moment van overname' en 'Het ontslagbericht vanuit de polikliniek volgt zo snel als vereist is voor de continuïteit van zorg, maar uiterlijk binnen 5 dagen; updates richting de verwijzer vinden plaats zo snel als vereist is voor de continuïteit van zorg.'	Er zat een periode van 0-40 dagen (mediaan 3 dagen) tussen polikliniekbezoek en verzending van de brief.
Structuur	Onderverdeling in Envelop [administratieve informatie] - Kern [meest relevante informatie] - Dossiersamenvatting [belangrijke achtergrondinformatie]	De genoemde structuur wordt in geen enkele brief aangehouden. Wel was in verwijsbrieven de belangrijkste informatie soms samengevat onder het kopje 'Reden voor verwijzing' en in specialistenbrieven onder het kopje 'Samenvatting'.
Inhoud per kopje	De HASP geeft inhoudelijk per kopje aan welke informatie artsen kunnen opnemen. Zo staat bij verwijsbrief onder het kopje 'Episodelijst': 'Een opsomming van de actuele gezondheidsproblemen van de patiënt; aangevuld met belangrijke eerdere problemen, achtereenvolgens: open episodes met vlag; afgesloten episodes met vlag; open episodes zonder vlag.'	De opvallendste bevindingen zijn samengevat in het artikel. Wat betreft de episodelijst in de verwijsbrief kan bijvoorbeeld aan de aanbevelingen worden toegevoegd: 'verwijder niet-relevante episodes' en 'zorg voor een chronologische weergave'.



Huisartsen en medisch specialisten gebruiken veel afkortingen in hun brieven.

Foto: Shutterstock/Victor Moussa

BEHANDELOPTIES

In de 369 brieven van de medisch specialisten viel op dat ze vaak uitgebreide informatie geven over de uitkomsten van de verrichte diagnostiek. Vaak ontbraken gegevens over de prognose, de intentie van de behandeling (curatief of palliatief), en over de verschillende behandelopties en de argumentatie voor een bepaalde keuze. Dit stemt overeen met wat eerdere literatuur daarover meldt.¹¹⁻¹³ Toch is het opmerkelijk, omdat huisartsen een belangrijke rol spelen bij patiënten met kanker, ook als deze onder behandeling zijn in de tweede of derde lijn.^{14,15} Patiënten benaderen in deze periode hun huisarts vanwege klachten, die een uiting van de ziekte of een bijwerking van de behandeling kunnen zijn.^{16,17} Ook in de periode na de behandeling spelen huisartsen vaak een belangrijke rol in de zorg. Dit gold altijd al voor de terminale fase, maar op dit moment verschuiven ook nazorg en follow-up steeds meer naar de eerste lijn.^{14,18} Bovendien zijn huisartsen vaak betrokken bij de emotionele ondersteuning van patiënten en hun familie.¹⁵ Zeker in het Nederlandse gezondheidssysteem, waar huisartsen als 'spin in het web' fungeren, is het heel belangrijk dat ze goed op de hoogte zijn van de details van de diagnose en de behandeling (smogelijkheden).

NIET GEDEELDE INFORMATIE

Tot slot viel op dat de huisartsen en specialisten bepaalde informatie slechts zeer zelden deelden. Dit betrof onder andere het reanimatiebeleid, maar ook psychosociale aspecten. In de onderzochte dossiers vonden we bovendien vrijwel geen notities over telefonisch contact. Het was niet te achterhalen of er geen contact had plaatsgevonden of dat de artsen hier geen aantekeningen over hadden gemaakt.

AANBEVELINGEN

Het schrijven van brieven is niet zelden een sluitpost na een drukke dag. Zowel huisartsen als medisch specialisten maken gebruik van de informatie die ze tijdens hun eigen consult hebben opgeschreven en laten die door de computer exporteren naar een brief. Het lijkt erop dat ze deze informatie vervolgens niet toesnijden op de ontvanger.

**Relevante informatie stond
in de verwijsbrieven geregeld
tussen niet-relevante informatie**

Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen welke informatie huisartsen en medisch specialisten graag van de andere partij willen ontvangen. Tot die tijd kunnen we huisartsen op basis van de literatuur en dit onderzoek in elk geval (naast de al bestaande adviezen uit de HASP, zie de [tabel]) de volgende aanbevelingen geven:

- ▶ Vermeld altijd de reden van de verwijzing.
- ▶ Zorg voor een nette medische voorgeschiedenis met alleen relevante problemen.
- ▶ Zorg voor een overzichtelijke lijst met actuele medicatie.
- ▶ Maak de anamnese overzichtelijk en gestructureerd.
- ▶ Vermijd afkortingen.
- ▶ Schrijf de brief met de ontvanger (in dit geval de medisch specialist) in gedachten.
- ▶ Aarzel niet om bij behoefte aan meer of meer specifieke informatie, telefonisch contact met de specialist op te nemen. ■

LITERATUUR

1. Sussman J, Baldwin LM. The interface of primary and oncology specialty care: from diagnosis through primary treatment. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2010;40:18-24.
2. Nazareth I, Jones L, Irving A, Aslett H, Ramsay A, Richardson A, et al. Perceived concepts of continuity of care in people with colorectal and breast cancer – a qualitative case study analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2008;17:569-77.
3. Spiegel W, Zidek T, Karlic H, Maier M, Vutuc C, Isak K, et al. Cancer patients' perception of information exchange between hospital-based doctors and their general practitioners. *J Eval Clin Pract* 2010;16:1309-13.
4. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WHGM, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. *BMC Health Serv Res* 2009;9:143.
5. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *Int J Clin Pract* 2015;69:1257-67.
6. Westermann R, Hull F, Bezemer P, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br J Gen Pract* 1990;40:445-9.
7. Stegmann ME, Meijer JM, Nuver J, Havenga K, Hiltermann TJN, Maduro JH, et al. Correspondence between primary and secondary care about patients with cancer: a qualitative mixed-methods analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2018;28:e12903.
8. Grol R, Rooijackers-Lemmers N, Van Kaathoven L, Wollersheim H, Mookink H. Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? *Br J Gen Pract* 2003;53:217-9.
9. Bal R, Mastboom F, Spiers HP, Rutten H. The product and process of referral. Optimizing general practitioner-medical specialist interaction through information technology. *Int J Med Inform* 2007;76S:S28-34.
10. Girbes AC. Afkortingen in het dagelijks taalgebruik: stop ermee. *Ned Tijdschr Geneesk* 2017;161:D1414.
11. Graham PH, Wilson G. Letters from the radiation oncologist: do referring doctors give a damn? *Australas Radiol* 1998;42:222-4.
12. McConnell D, Butow PN, Tattersall MHN. Improving the letters we write: an exploration of doctor-doctor communication in cancer care. *Br J Cancer* 1999;80:427-37.
13. Tattersall MHN, Griffin A, Dunn SM, Monaghan H, Scatchard K, Butow PN. Writing to referring doctors after a new patient consultation: what is wanted and what was contained in letters from one medical oncologist? *Aust N Z J Med* 1995;25:479-82.
14. Rubin G, Berendsen A, Crawford SM, Dommert R, Earle C, Emery J, et al. The expanding role of primary care in cancer control. *Lancet Oncol* 2015;16:1231-72.
15. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standpunt. Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NHG, 2014.
16. Brandenburg D, Roorda C, Groenhof F, Havenga K, Berger MY, De Bock GH, et al. Increased primary health care use in the first year after colorectal cancer diagnosis. *Scand J Prim Health Care* 2014;32:55-61.
17. Roorda C, De Bock GH, Van der Veen WJ, Lindeman A, Jansen L, Van der Meer K. Role of the general practitioner during the active breast cancer treatment phase: an analysis of health care use. *Support Care Cancer* 2012;20:705-14.
18. Brandenburg D, Roorda C, Stadlander M, De Bock GH, Berger MY, Berendsen AJ. Patients' views on general practitioners' role during treatment and follow-up of colorectal cancer: a qualitative study. *Fam Pract* 2017;34:234-8.
19. NHG. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist (HASP). Utrecht: NHG, 2017.

Stegmann ME, Meijer JM, Berendsen AJ. Maak van je verwijsbrief geen troebele SOEP. *Huisarts Wet* 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0216-6. UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde Groningen: M.E. Stegmann, aioto, m.e.stegmann@umcg.nl; dr. J.M. Meijer, huisarts; dr. A.J. Berendsen, huisarts.

Mogelijke belangenverstrengeling: voor dit onderzoek hebben we een subsidie van de Stichting Stoffels-Hornstra ontvangen. Dit artikel is een bewerkte vertaling van Stegmann ME, Meijer JM, Nuver J, Havenga K, Hiltermann TJN, Maduro JH, et al. Correspondence between primary and secondary care about patients with cancer: a qualitative mixed-methods analysis. *Eur J Cancer Care* 2018;28:e12903.



Lees ook het interview 'Ga om de tafel' met Carinke Buiting over de informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist [NHG Forum]. *Huisarts Wet* 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0229-1.