

Verwijzen naar de gynaecoloog

Caroline Robertson, Marjan van den Akker, Nehalennia van Hanegem, Mieke Maaskant

- Inleiding** Veel vrouwen komen bij hun huisarts met gynaecologische problemen en ruim een op de tien wordt verwezen naar de gynaecoloog. Richtlijnen voor de verwijzing worden gegeven in de NHG-Standaarden en in de NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist (HASP). Wij onderzochten in hoeverre huisartsen deze richtlijnen ook naleven.
- Methode** Dit observationele crosssectionele onderzoek werd uitgevoerd op de polikliniek Algemene gynaecologie van het MUMC+ in Maastricht. De gynaecologen van deze polikliniek beoordeelden het verwijsbericht van de huisarts aan de hand van een vragenlijst, en vervolgens beoordeelden twee huisartsen dezelfde verwijsberichten aan de hand van de NHG-Standaarden en de HASP.
- Resultaten** In meer dan 85% van de verwijsberichten stond een duidelijke vraagstelling en achtergrondinformatie. Slechts 52% van de verwijsberichten bevatte echter een volledige anamnese; cyclusanamnese, soa- en seksuele anamnese ontbraken vaak. Ruim driekwart van de verwijzingen was conform de relevante NHG-Standaarden.
- Conclusie** Over het algemeen zijn de verwijzingen van huisartsen naar de gynaecoloog in orde. Verbeterpunten zijn de volledigheid van de anamnese en de uitkomsten van het lichamelijk onderzoek en de overzichtelijkheid van de meegestuurde achtergrondinformatie. Verwijzing naar een gynaecoloog is niet altijd nodig; huisartsen kunnen voor het plaatsen van een IUD ook verwijzen naar een collega of naar een kaderhuisarts urogynaecologie.

INLEIDING

Veel vrouwen bezoeken hun huisarts met gynaecologische vragen en problemen: in 2017 was de incidentie van gynaecologische of obstetrische problemen in de huisartsenpraktijk 143,5 per 1000 vrouwen per jaar. Het aantal verwijzingen naar de polikliniek gynaecologie en obstetrie was 18,8 per 1000 vrouwen.^{1,2}

De NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist (HASP) geeft praktische aanbevelingen voor de informatieoverdracht bij die verwijzing. Het verwijsbericht hoort zo opgesteld te zijn dat het de specialist in één oogopslag duidelijk is welk probleem de patiënt heeft en wat de vraag van de huisarts is, inclusief een beschrijving van wat er al aan diagnostiek en behandeling is gedaan zodat dubblures worden voorkomen. Ook de overige rubrieken, zoals het medicatieoverzicht en de episodelijst, horen volledig, relevant en begrijpelijk te zijn ingevuld. Bij de herziening in 2017 zijn in de HASP ook aanbevelingen opgenomen voor de informatieoverdracht terug naar de huisarts.³

Sinds 1995 is er geen onderzoek meer gedaan naar de kwaliteit van verwijsberichten naar de polikliniek Gynaecologie.⁴ Wij onderzochten de kwaliteit van de verwijzingen met de volgende vraagstelling:

- wat vindt de gynaecoloog van de kwaliteit van het verwijsbericht?
- wat vindt de huisarts van de kwaliteit van het verwijsbericht?
- hoeveel verwijzingen zijn conform de NHG-Standaarden?⁵⁻¹⁰

METHODE

Opzet en inclusie

Dit observationele crosssectionele onderzoek vond plaats op de polikliniek Algemene gynaecologie van het Maastricht Universitair Medisch Centrum+ (MUMC+). Geïnccludeerd werden alle door de huisarts verwezen nieuwe patiënten in de periode september-december 2015 voor wie een verwijsbericht van de huisarts aanwezig was. Geëxcludeerd werden verwijzingen voor een second opinion. De behandelend gynaecoloog werd gevraagd verwijsberichten van huisartsen te beoordelen aan de hand van een vragenlijst. De ingevulde vragenlijst ging met het gepseudonimiseerde verwijsbericht retour naar de onderzoekers. Vervolgens beoordeelden twee huisartsen onafhankelijk van elkaar dezelfde verwijsberichten volgens de criteria uit de HASP.



Bijna een kwart van de verwijzingen was niet conform de NHG-Standaarden.

Foto: Shutterstock

Omdat het onderzoek bestaande zorg evalueert, beoordeelde de medisch-ethische toetsingscommissie van het MUMC+ dat het niet valt onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen.

Meetinstrumenten

De vragenlijst voor gynaecologen werd ontwikkeld door een gynaecoloog uit het MUMC+ samen met een huisarts. De meeste vragen werden afgeleid uit de HASP-criteria. [Tabel 1] toont de items uit deze vragenlijst. Voorafgaand aan het onderzoek informeerden we alle gynaecologen en gynaecologen-in-opleiding die werkzaam waren op de poli Gynaecologie en verzochten we bij een nieuwe patiënt steeds het verwijsbericht van de huisarts te beoordelen aan de hand van de vragenlijst.

Twee huisartsen beoordeelden onafhankelijk van elkaar of de verwijsberichten voldeden aan de criteria uit de HASP [tabel 2] en keken daarnaast of de verwijzingen terecht waren volgens de relevante NHG-Standaard [tabel 3]. Nadat zij alle verwijsberichten hadden beoordeeld, bekeken zij gezamenlijk nogmaals de items waarover in eerste instantie geen overeenstemming bestond. Zo nodig werd er een derde huisarts gevraagd mee te kijken.

RESULTATEN

Tijdens de onderzoeksperiode werden 220 nieuwe patiënten verwezen naar de polikliniek. Bij 40 van hen bleek de verwijzing niet door de huisarts te zijn gedaan, 7 patiënten hadden geen verwijsbericht en bij 43 patiënten had de gynaecoloog de vragenlijst niet ingevuld. Uiteindelijk werden 130 verwijzingen van 90 verschillende huisartsen geïncludeerd. De betreffende patiënten waren tussen de 19 en 82 jaar oud.

De verwijsberichten werden beoordeeld door 21 gynaecologen en arts-assistenten gynaecologie (gemiddeld 6,2 verwijsberichten per persoon, uitersten 1-11), en door de beide huisartsen (130 verwijsberichten per persoon). De huisartsen

kwamen in hun gezamenlijke bespreking van items waarover aanvankelijk geen overeenstemming bestond steeds tot een eensluidend oordeel, een derde huisarts hoefde niet geraadpleegd te worden.

Kwaliteit van de verwijsberichten volgens de gynaecologen

De gynaecologen gaven aan dat zij alle verwijsberichten hadden gelezen. Bij 87 verwijzingen (67%) waren de anamnese en de verstrekte achtergrondinformatie volledig [tabel 1]. Waar verwijzingen onvolledig waren, had dit betrekking op een cyclusanamnese, soa-anamnese of seksuele anamnese, informatie over een anticonceptiewens c.q. anticonceptiegebruik, achtergrondinformatie over tromboserisico en gynaecologische operaties. In 120 verwijsberichten (92%) was de reden van verwijzing duidelijk omschreven.

In 51 verwijsberichten (39%) beschreef de verwijzend huisarts het lichamelijk onderzoek. Voor zover de verwijsberichten aanvullend onderzoek beschreven (uitstrijkje, echo, PCR, fluorkweek) achtte de gynaecoloog dit in 95% zinvol.

De gynaecologen gaven aan dat ze veel verwijsberichten onoverzichtelijk vonden: veelal moesten zij zelf de relevante informatie destilleren uit de werkbladregels, de episodelijst en de medicatielijst.

Kwaliteit van de verwijsberichten volgens de HASP

De beoordeling door de twee huisartsen op basis van de HASP-richtlijn en de NHG-Standaarden [tabel 2] leverde op dat 114 verwijsberichten (88%) een duidelijke reden voor de verwijzing bevatten; in 10 verwijsberichten was de enige vraagstelling: 'Graag onderzoek en advies' of: 'Volgens afspraak gynaecoloog', zonder verdere informatie.

In 68 verwijsberichten (52%) was de anamnese volledig. In de overige ontbraken zowel in de verwijstekst als in eventueel meegestuurde werkbladregels een cyclusanamnese, soa-anamnese of seksuele anamnese, en informatie over het gebruik van anticonceptie terwijl dit wel relevant was.

WAT IS BEKEND?

- Huisartsen zien veel vrouwen met gynaecologische problemen.
- De HASP-richtlijn geeft praktische aanwijzingen voor het opstellen van een verwijsbericht.
- De NHG-Standaarden bevatten criteria voor verwijzing naar een gynaecoloog.

WAT IS NIEUW?

- In veel verwijsberichten ontbreekt een beschrijving van de cyclusanamnese, seksuele anamnese en soa-anamnese, en informatie over het gebruik van anticonceptie.
- Het grootste deel van de verwijzingen niet conform de NHG-Standaard betrof het plaatsen van een IUD/etonogestrelstaafje.

In 77 verwijsberichten (59%) werden de resultaten van het lichamelijk onderzoek niet of onvolledig beschreven, zodat niet altijd duidelijk was of er überhaupt een lichamelijk onderzoek was uitgevoerd. Aanvullend onderzoek was niet altijd uitgevoerd wanneer dat geïndiceerd was. Bij 25 patiënten kon uit de brief worden opgemaakt dat een uitstrijkje of test op *Chlamydia* ontbrak, terwijl daar wel een indicatie voor was (bijvoorbeeld bij postmenopauzaal bloedverlies of contactbloedingen).

In 112 verwijsberichten (86%) stond relevante achtergrondinformatie vermeld over bijvoorbeeld gynaecologische operaties, chronische aandoeningen (zowel gynaecologisch als niet-gynaecologische), gebruikte anticonceptie, familieanamnese en medicatiegebruik.

In 22 (85%) van de 26 verwijsberichten die een diagnose bevatten waarvoor behandeling was ingezet, beschreef de huisarts ook welke behandeling dat was en wat het resultaat was.

De huisartsen beoordeelden de vormgeving en overzichtelijkheid van 32 verwijsberichten (25%) als 'niet goed': relevante informatie stond niet overzichtelijk in het verwijsbericht maar moest uit de werkblad- of journaalregels worden gehaald.

Hoeveel verwijzingen waren conform de NHG-Standaarden?

Volgens de NHG-Standaarden waren 30 patiënten (23%) ten onrechte naar de tweede lijn verwezen [tabel 3]. De grootste groep (34%) betrof verwijzingen voor het plaatsen van een IUD. Een andere aanzienlijke groep (30%) betrof verwijsberichten die alleen de aanduiding bevatten: 'Volgens afspraak met de gynaecoloog'. Die verwijzingen werden als onterecht beoordeeld omdat de reden voor verwijzing er niet uit kan worden opgemaakt.

Overigens werden niet alle verwijzingen voor het plaatsen van een IUD als onterecht beoordeeld: tien patiënten werden terecht verwezen, omdat plaatsing van een IUD eerder moeizaam was verlopen, omdat het sonderen niet lukte of omdat patiënte de expliciete wens had dit bij de gynaecoloog te laten doen.

BESCHOUWING

Zowel gynaecologen als huisartsen vonden dat de reden van verwijzing in meer dan 85% van de verwijsberichten afdoende beschreven was en in meer dan 85% van de berichten was achtergrondinformatie meegestuurd. Dit zijn belangrijke kwaliteitsaspecten.

Huisartsen en gynaecologen waren het er daarentegen ook over eens dat de anamnese vaak niet volledig was: een cyclusanamnese, seksuele en soa-anamnese ontbraken vaak wanneer dat wel relevant was, evenals informatie over het gebruik van anticonceptie.

Als we onze resultaten vergelijken met die van het onderzoek uit 1995, zijn de vormgeving, de leesbaarheid, de vraagstelling en het meesturen van achtergrondinformatie verbeterd. Dit heeft ook te maken met de digitalisering van verwijsbe-

Tabel 1

Beoordeling van het verwijsbericht door de gynaecoloog (n = 130)

| | Ja | Nee |
|--|----------|---------|
| Vindt u de anamnese en de verstrekte achtergrondinformatie volledig? | 87 [67] | 43 [33] |
| Is het lichamelijk onderzoek beschreven? | 51 [39] | 79 [61] |
| Heeft de huisarts aanvullende diagnostiek verricht?* | 41 [41] | 60 [59] |
| Was deze aanvullende diagnostiek zinvol? | 39 [95] | 2 [5] |
| Had de huisarts meer aanvullende diagnostiek kunnen doen? | 17 [28] | 43 [72] |
| Was de reden van verwijzing duidelijk? | 120 [92] | 10 [8] |

Alle getallen zijn n [%].

* Bij 29 patiënten was aanvullend onderzoek niet geïndiceerd (n = 101).

Tabel 2

Beoordeling van het verwijsbericht door de huisarts

| | Ja | Nee |
|--|----------|---------|
| Is de vraagstelling van/reden van verwijzing door de huisarts duidelijk? | 114 [88] | 16 [12] |
| Is de anamnese volledig en duidelijk? | 68 [52] | 62 [48] |
| Is het lichamelijk onderzoek beschreven? | 53 [41] | 77 [59] |
| Is er aanvullend onderzoek gedaan?* | 39 [39] | 62 [61] |
| Zijn relevante comorbiditeit, episodes en medicatie benoemd? | 112 [86] | 18 [14] |
| Is beschreven wat het resultaat is van ingestelde behandeling?† | 22 [85] | 4 [15] |
| Is de verwijzing naar de tweede lijn terecht? | 100 [77] | 30 [23] |
| Zijn de vormgeving en overzichtelijkheid goed? | 98 [75] | 32 [25] |

Alle getallen zijn n [%].

* Bij 29 patiënten was aanvullend onderzoek niet geïndiceerd (n = 101).

† Bij 104 patiënten was behandeling door huisarts niet nodig of niet mogelijk (n = 26).

richten, waardoor deze bijvoorbeeld altijd goed leesbaar zijn en de NAW-gegevens van de patiënt bevatten. De auteurs pleitten in 1995 voor een richtlijn inzake verwijsberichten; de HASP werd enkele jaren later ontwikkeld.

Verwijzingen voor plaatsing van een IUD of pessarium zijn in dit kader een enigszins grijs gebied. Huisartsen kunnen zelf een IUD plaatsen of een etonogestrelstaafje implanteren

Reden van verwijzing, achtergrondinformatie en medicatie worden veelal afdoende beschreven

als de patiënte daar geen bezwaar tegen heeft, of hiervoor verwijzen naar een collega-huisarts. Ook een pessarium kan door de huisarts geplaatst worden indien deze over voldoende expertise beschikt. Bovendien kunnen huisartsen met gynaecologische vragen terecht bij de kaderhuisarts urogynaecologie.¹¹

Tabel 3

Reden van verwijzing bij patiënten die ten onrechte werden verwezen

| Reden van verwijzing | n [%] |
|--|----------|
| Plaatsen IUD | 10 [34] |
| Vervangen Implanon | 1 [3] |
| Verzoek verwijderen IUD [huisarts had zelf niet gekeken] | 1 [3] |
| Graag onderzoek en advies | 1 [3] |
| 'Volgens afspraak met gynaecoloog' | 9 [30] |
| Contactbloedingen [geen diagnostiek door huisarts verricht] | 2 [7] |
| Counseling voor anticonceptie | 2 [7] |
| Wil BVO niet bij eigen huisarts | 1 [3] |
| Lage rugklachten | 1 [3] |
| Atrofische vaginitis zonder bloedverlies, geen behandeling ingezet | 2 [7] |
| Totaal | 30 [100] |

Beperkingen van het onderzoek

Dat 21 verschillende gynaecologen de verwijsberichten hebben beoordeeld, kan hebben geleid tot interbeoordelaarsvariatie. Verder hebben we twee vragenlijsten gebruikt; de vragenlijst die de beoordelende huisartsen gebruikten, is klinimetrisch sterker omdat deze de HASP en de NHG-Standaarden nauwkeuriger volgt. Van de vragenlijst voor gynaecologen zijn slechts vier van de zeven items gelijk aan die van de

De incidentie van gynaecologische of obstetrische problemen in de huisartsenpraktijk is 143,5 per 1000 vrouwen per jaar

vragenlijst voor huisartsen. Bovendien bevat deze vragenlijst een gecombineerde vraag naar zowel de anamnese als de verstrekte achtergrondinformatie, wat in de huisartsenvragenlijst twee afzonderlijke vragen zijn. Daardoor is de uitkomst van dit item niet goed te interpreteren.

Bij 4% van de verwijzingen ontbrak een verwijsbericht van de huisarts en bij 24% had de gynaecoloog de vragenlijst niet ingevuld. Dit kan hebben geleid tot vertekening en we hebben niet onderzocht wat de redenen waren. Verder is het discutabel dat verwijsberichten 'volgens afspraak met de gynaecoloog' als onterechte verwijzingen beoordeeld zijn. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de verwijzing alleen een controle betrof, maar ook dan had de huisarts, naar de mening van de onderzoekers, de reden van verwijzing op het verwijsbericht moeten vermelden.

CONCLUSIE

De kwaliteit van verwijsberichten naar de polikliniek Gynaecologie komt uit ons onderzoek naar voren als goed, tenminste voor zover het de reden van verwijzing, de achtergrondinformatie en de medicatie betreft. Wel werden anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek vaak onvolledig genoteerd. Andere verbeterpunten zijn de vormgeving en de overzichtelijkheid.

Bijna een kwart van de verwijzingen was niet conform de NHG-Standaarden. Het ging daarbij vooral om het plaatsen van een IUD of een etonorgestrelstaafje, en om verwijzingen 'volgens afspraak met de gynaecoloog'. ■

LITERATUUR

1. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: Aantal verwijzingen van de huisarts naar de medisch specialist (per 1000 ingeschreven patiënten) 2014-2017. Utrecht: Nivel, 2017.
2. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de Nederlandse huisartsenpraktijk in 2017. Utrecht: Nivel, 2017.
3. NHG-Richtlijn informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist (HASP). Utrecht: NHG, 2017.
4. Roex AJ. De kwaliteit van verwijsbrieven naar de gynaecoloog getoetst aan de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Ned Tijdschr Geneesk 1995;139:1174-7.
5. NHG-werkgroep Amenorrhoe. NHG-Standaard Amenorrhoe (derde herziening). Utrecht: NHG, 2018.
6. Brand A, Bruinsma A, Van Groeningen K, Kalmijn S, Kardolus I, Peerden M, et al. Utrecht: NHG, 2011.
7. Bouma J, De Jonge M, De Laat EAT, Eekhof H, Engel HF, Groeneveld FPMJ, et al. NHG-Standaard De overgang (eerste herziening). Utrecht: NHG, 2012.
8. NHG-werkgroep Standaard Fluor vaginalis. NHG-Standaard Fluor vaginalis (tweede herziening). Utrecht: NHG, 2016.
9. Meijer LJ, Bruinsma ACA, Pameijer AS, Hehenkamp WJK, Janssen CAH, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Vaginaal Bloedverlies (derde herziening). Utrecht: NHG, 2014.
10. NHG Praktijkhandleiding Baarmoederhalskanker: Bevolkingsonderzoek en diagnostiek. Utrecht: NHG, 2016.
11. Nouwens J, Van Rhijn P, Teunissen TA, Lagro-Janssen AL. Een kaderhuisarts urogynaecologie in de eerste lijn. Huisarts Wet 2019;62:47-50.

Robertson C, Van den Akker M, Van Hanegem N, Mieke Maaskant M. Verwijzen naar de gynaecoloog. Huisarts Wet 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0221-9. Gezondheidscentrum Dr. van Kleef, Maastricht: C. Robertson-Konings, huisarts en kaderhuisarts urogynaecologie, c.robertson@maastrichtuniversity.nl; M. Maaskant, gepensioneerd huisarts. Universiteit Maastricht, Vakgroep Huisartsgeneeskunde: prof. dr. M. van den Akker, hoogleraar Huisartsgeneeskunde [tevens KU Leuven en Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt]. MUMC+, afdeling Gynaecologie, dr. N. van Hanegem, gynaecoloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.