

De inhoud van verwijfsbrieven en specialistenbrieven

C.M.TH. VERHAGE-SPLIET
T.J.J.M.T. KERSTEN

Voor dit onderzoek werden 200 specialistenbrieven en 200 bijbehorende verwijfsbrieven geanalyseerd. De specialistenbrieven waren beter verzorgd dan de verwijfsbrieven (vermelding persoonsgegevens, leesbaarheid, aard papier). Voor 15 procent van de verwijfsbrieven was gebruik gemaakt van een voorgestructureerd formulier, terwijl dat bij de specialistenbrieven niet voorkwam. Een deel van de verwijfsbrieven was buitengewoon kort, terwijl sommige specialistenbrieven juist bijzonder lang waren. Met uitzondering van de omschrijving van de klacht van de patiënt (inclusief medische voorgeschiedenis en/of familie-anamnese) waren meer medische gegevens vermeld in de specialistenbrieven dan in de verwijfsbrieven. Als de huisarts een probleem- of vraagstelling in de verwijfsbrief vermeldde, nam de specialist die in alle gevallen over, waarbij bovendien de vraag van de huisarts werd beantwoord.

Verhage-Spliet CMTh, Kersten TJJMT.
De inhoud van verwijfsbrieven en specialistenbrieven. *Huisarts Wet* 1990; 33(4): 148-51.

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijns gezondheidszorg (Nivel), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

C.M.Th. Verhage-Spliet deed bij het Nivel onderzoek in het kader van een stage tijdens de opleiding Sociale Geneeskunde, tak Algemene Gezondheidszorg, in Utrecht; Drs. T.J.J.M.T. Kersten is projectleider voor het onderzoek op het gebied van de relatie tussen eerste- en tweedelijns bij het Nivel.

Correspondentie: Drs. T.J.J.M.T. Kersten.

Inleiding

In het verleden is al diverse malen onderzoek verricht naar de inhoud van de verwijfsbrief waarmee de huisarts aan de specialist inlichtingen verschaft over een verwezen patiënt. De conclusie van deze onderzoeken luidt dat de verwijfsbrief van de huisarts in de regel te wensen overlaat.¹⁻⁶ Overigens kunnen we pas sinds 1989 beschikken over een officiële norm waaraan een verwijfsbrief dient te voldoen.⁷

Meyboom en Casparie hebben onderzoek gedaan naar de ontslagbrieven die drie huisartsen gedurende drie maanden ontvingen. Zij stelden vast dat de door de specialist gestelde diagnose, de therapie tijdens opname en de therapie bij ontslag lang niet altijd waren vermeld.⁸ *Oosterhuis* kwam in een onderzoek in zijn eigen praktijk tot de conclusie, dat internisten en chirurgen lang niet altijd gericht ingingen op zijn vragen. Volgens hem heeft de wederzijdse rapportage in hoge mate een 'sjaalbloem-karakter'.⁹

Wij hebben deze wederzijds rapportage nader onderzocht door middel van een inhoudsanalyse van tweemaal 200 brieven. De vraagstelling van het onderzoek luidt: wat staat er in specialistenbrieven en hoe verhoudt deze inhoud zich tot de informatie die huisartsen geven in hun verwijfsbrieven?

Methode

Het onderzoek is uitgevoerd op basis van 200 specialistenbrieven en 200 bijbehorende verwijfsbrieven. Deze brieven zijn afkomstig van tien algemeen internisten en 128 huisartsen. De internisten zijn werkzaam in vijf ziekenhuizen: twee ziekenhuizen met landelijke topfuncties, één centrumziekenhuis met een breed functiepakket en twee basisziekenhuizen. Onder de specialisten waren geen super-specialisten vertegenwoordigd, zoals gastro-enterologen en oncologen.

De brieven werden vanaf een bepaalde datum op volgorde gelicht uit de poliklinische behandelstatussen van patiënten die in 1987 in behandeling waren geweest op de poliklinieken interne geneeskunde. Wanneer een verwijfsbrief in de status ontbrak,

werd ook de specialistenbrief buiten het onderzoek gelaten. De brieven zijn anoniem verwerkt. Vóór het onderzoek heeft overleg plaatsgevonden met de plaatselijke huisartsenverenigingen en de ziekenhuizen over de te volgen procedure.

Bij het selecteren van het onderzoeksmateriaal zijn verder de volgende criteria gehanteerd. Per huisarts zijn niet meer dan vier verwijfsbrieven in het onderzoek betrokken. Alleen brieven van nieuwe patiënten zijn opgenomen, omdat anders de kans bestond dat informatie uit eerdere correspondentie ten onrechte als 'niet vermeld' zou worden beschouwd. Ook brieven over poliklinische behandelingen waarop een opname was gevolgd, werden uitgesloten om de uniformiteit binnen de steekproef zo groot mogelijk te houden.

Alle brieven zijn beoordeeld op: de aanwezigheid van persoonsgegevens, de leesbaarheid, de lengte, het soort papier (blanco, voorgestructureerd formulier, recept, etc.) en de datering. Bij de verwijfsbrief is verder nagegaan welke medische gegevens waren vermeld en wat de aard was van de vraagstelling van de huisarts. Voor deze elementen is gekozen op grond van de aanbevelingen van *Pop en Keyzers* voor de inhoud van de verwijfsbrief en de specialistenbrief.¹⁰ In de specialistenbrieven is bovendien aandacht besteed aan de medische gegevens. Nadere informatie over het analyseschema is te vinden in het oorspronkelijk onderzoeksrapport.¹¹

Bij de beschrijving van de onderzoeksresultaten zullen we onderscheid maken tussen 'korte', 'middenlange' en 'lange' verwijfs- en specialistenbrieven. Op basis van het aantal getelde zelfstandige naamwoorden – dit in verband met een mogelijke telegramstijl – gelden de 33,3 procent brieven met de minste zelfstandig naamwoorden als 'kort', de daar qua aantal op volgende 33,3 procent als 'middellang' en 33,3 procent daar weer op volgende brieven als 'lang'. Verder zullen we in de presentatie van de resultaten het door *Kuyvenhoven en De Melker* gemaakte onderscheid in 'open' en 'gesloten' vraagstellingen hanteren. 'Open' vragen zijn vragen in de trant van 'gaarne uw onderzoek en overname van de behandeling'. Verder is de kwalificatie 'open vraag-

Tabel 1 Formele aspecten van de inhoud van 200 verwijfsbrieven en 200 specialistenbrieven.

	Verwijsbrieven	Specialistenbrieven
<i>Persoonsgegevens patiënt (%)</i>		
– naam		
– adres	99	100
– geboortedatum	47	100
– geslacht	77	100
	98	99
<i>Lengte^a</i>		
– kort	< 14	25 – 89
– middellang	15 – 24	90 – 120
– lang	25 – 82	121 – 340
<i>Leesbaarheid (%)</i>		
– leesbaar	90	100
– ten dele leesbaar	9	0
– niet leesbaar	0	0
<i>Soort papier (%)</i>		
– blanco papier met briefhoofd	67	99
– voorgestructureerde formulieren	15	0
– receptpapier	13	0
– anders ^b	4	0

^a Lengte is gedefinieerd als het aantal zelfstandige naamwoorden; kort = de kortste 33,3 procent; lang = de langste 33,3 procent; middellang = de resterende 33,3 procent.

^b Aan de rand beschreven verwijskaart, ziekenfondskaart, kleine briefjes.

Tabel 2 Vermelde categorieën medische gegevens. Percentages (n = 200).

Medische gegevens	Verwijsbrieven	Specialistenbrieven
Klachten en/of medische voorgeschiedenis en/of familieanamnese	97	99
Lichamelijk onderzoek	47	99
Aanvullend onderzoek (laboratorium, röntgen, ECG, etc.)	51	97
(Differentiële) diagnose/werkhypothese	62	99
Psychosociale factoren	32	60
Ingestelde therapie/bestaande medicatie	36	60
Aan de patiënt verstrekte mededelingen m.b.t. het ziektebeeld	1	27
Beleidsadvies voor huisarts	–	17
Probleem- en vraagstelling/reden van verwijzing overgenomen door specialist	–	99

stelling' van toepassing als een vraagstelling geheel ontbreekt. Bij een 'gesloten' vraagstelling is sprake van een expliciete vraag.⁴

Resultaten

Formele aspecten

Uit tabel 1 blijkt het volgende:

- In de specialistenbrieven werden de persoonsgegevens vollediger vermeld.
- De specialistenbrieven waren aanzienlijk langer dan de verwijfsbrieven: de 33,3 procent 'korte' specialistenbrieven bevatten nagenoeg evenveel zelfstandige naamwoorden als de 33,3 procent 'lange' verwijfsbrieven, en tweederde deel van de specialistenbrieven bevatte (aanzienlijk) meer woorden dan de langste verwijfsbrief in het onderzoek. Overigens blijkt er een grote spreiding in de gemiddelde lengte van de specialistenbrieven. De brieven van de internist met de kortste brieven bevatten gemiddeld 61 zelfstandig naamwoorden; die van de internist met de langste brieven 164. Het gemiddelde bedraagt 111 en de standaarddeviatie is 34.
- De leesbaarheid van de – altijd getypte – specialistenbrieven is beter dan die van de verwijfsbrieven. Ook werden door de specialisten nooit 'kladjes' gebruikt om hun brieven op te schrijven.
- Voor 15 procent van de verwijfsbrieven was een voorgestructureerd formulier gebruikt. Bij de specialistenbrieven kwam dit niet voor.

In de verwijfsbrieven werd slechts in 0,5 procent van de gevallen gerefereerd aan eerdere mondelinge of schriftelijke communicatie. Voor de specialistenbrieven was dat percentage 1,5 procent.

Het tijdsverloop tussen het uitschrijven van de verwijfsbrief en het eerste consult van de patiënt bij de specialist bedroeg gemiddeld 13 dagen (standaarddeviatie = 31). Tussen het eerste specialistische consult van de patiënt en het uitschrijven van de specialistenbrief verliepen gemiddeld 41 dagen (standaarddeviatie = 49).

Medische gegevens

In tabel 2 zien we dat in de specialistenbrieven aanzienlijk meer medische gege-

vens waren vermeld. De omschrijving van de klachten, de medische voorgeschiedenis en/of de familie-anamnese (in de praktijk moeilijk te onderscheiden elementen) waren nagenoeg in alle brieven vermeld.

Vraagstellingen

Van de door huisartsen vermelde vraagstellingen valt 14 procent in de categorie 'gesloten' (tabel 3). *Kuyvenhoven en De Melker* vonden hiervoor 19 procent.⁵ De huisartsen kregen echter altijd antwoord op hun vragen. Daarbij geldt dat de antwoorden op de open vragen (86 procent) uiteraard minder gericht waren dan de antwoorden op de gesloten vragen. Niettemin is bij open vragen in de specialistenbrieven – die veelal volgens een vast model zijn gestructureerd – toch steeds een antwoord aan de huisarts 'ingebouwd'. Bij de gesloten vragen was aan de brief een apart gedeelte toegevoegd waarin expliciet aandacht werd besteed aan de vraagstelling van de huisarts.

Tabel 3 Door huisartsen gebezigde vraagstelling in verwijsbrief. Percentages (n = 200).

<i>Open vraagstelling</i>	
– geen vraagstelling	6
– oordeel en advies	24
– onderzoek en advies	19
– (verder) onderzoek	25
– onderzoek en therapie	11
<i>Gesloten vraagstelling</i>	
– expliciete vraag/vraag met differentiële diagnose erin	12
– onderzoek en expliciete vraag	2

Beschouwing

Wat betreft de meer formele, 'technische' aspecten blijkt de specialistenbrief van de internisten beter uit de bus te komen dan de verwijsbrief van huisartsen. Dat geldt in elk geval voor de leesbaarheid en voor het gebruik van 'ordentelijk' papier. Persoonsgegevens werden eveneens completer vermeld, maar hier kan men zich afvragen hoe storend het ontbreken van een adres en geboortedatum in de verwijsbrief is. Uiteraard is volledige vermelding van de per-

soonsgegevens praktischer voor de ziekenhuisadministratie.

Specialisten zijn beter toegerust dan huisartsen om een technisch adequate correspondentie te voeren. Misschien zou met eenvoudige middelen in dit opzicht verbetering kunnen worden gebracht in de praktijkvoering van huisartsen; waarschijnlijk kan het in de NHG-standaard aanbevolen sjabloon voor de verwijsbrief hier uitkomst bieden. Overigens kan een deel van de heel korte verwijsbrieven en het gebruik van receptpapier misschien verklaard worden vanuit de gedachte dat het hier om spoedverwijzingen gaat. Voorafgaand telefonisch overleg maakt in dat geval een uitgebreid schriftelijk bericht minder noodzakelijk.

Uit de lengte van brieven kunnen moeilijk conclusies getrokken worden in termen van beter of slechter. Wél kunnen we ons afvragen of de zeer korte brieven die bij huisartsen voorkomen – er zijn brieven met slechts één of twee zelfstandige naamwoorden – meer duidelijk maken dan dat de patiënt verwezen is. In het verlengde hiervan zien we bij specialisten het omgekeerde probleem: een derde deel van de specialistenbrieven was langer dan één volgetypt vel A4 (circa 120 zelfstandig naamwoorden). Verontrustend is het lange tijdsverloop – gemiddeld bijna zes weken – tussen het eerste polikliniekbezoek van de patiënt en het moment waarop de specialistenbrief wordt geschreven. Het effect van een polikliniekbrief wordt daardoor sterk verminderd.

Medische gegevens waren in de specialistenbrieven vrijwel over de gehele linie vaker vermeld dan in de verwijsbrieven. Conclusies daaraan verbinden is echter moeilijk, omdat hier twee dingen door elkaar lopen: de huisarts/internist beschikt wel of niet over bepaalde informatie, en de huisarts/internist vermeldt bekende informatie wel of niet. Er is reden om aan te nemen dat de eerste mogelijkheid een rol speelt: *Gerritsma en Smal* constateerden dat een internist tweemaal zoveel informatie verzamelt en driemaal zoveel onderzoek doet bij het eerste consult als een huisarts.¹² Bij complicaties en vervolgsconsulten verdwijnen deze

verschillen weliswaar, maar het is duidelijk dat de internist meer informatie verzamelt en dus ook in principe meer kan rapporteren dan de huisarts.

Toetsing van onze uitkomsten aan de NHG-standaard 'De Verwijsbrief naar de Tweede Lijn' is slechts gedeeltelijk mogelijk.

In de standaard wordt gesteld: 'Absoluut noodzakelijk ("minimumbrief") zijn de persoonsgegevens, de (voorlopige) diagnose of probleemdefinitie en de vraagstelling'. In ons onderzoek waren de persoonsgegevens niet altijd compleet vermeld, een diagnose/werkhypothese ontbrak in 38 procent van de verwijsbrieven, en een vraagstelling ontbrak in 6 procent van de brieven. Duidelijk is dat er op het tijdstip van onderzoek vooral ten aanzien van de diagnose een aanzienlijke discrepantie bestaat tussen de praktijk en de geformuleerde wenselijkheid. Mogelijk speelt op de achtergrond een zekere schroom bij de huisarts om een (aanzet tot een) diagnose op papier te zetten. Men kan zich hierbij afvragen of de standaard niet te hoog gegrepen is, en of het niet vermelden van de diagnose veel uitmaakt voor het beleid dat de specialist voert. Van extra belang lijkt bij het weglaten van de diagnose echter, dat de huisarts een duidelijke vraag aan de specialist formuleert. Bemoedigend is te zien dat voor 15 procent van de verwijsbrieven een voorgestructureerd formulier wordt gebruikt. Dit komt tegemoet aan de in de NHG-standaard geuite voorkeur om een vast sjabloon te gebruiken. Men kan zich afvragen of bij specialistenbrieven het algemeen gebruik van een voorgestructureerd formulier ook geen aanbeveling verdient. Dat zou tevens mee kunnen helpen de lengte van de berichten te bekorten en de huisarts gericht te informeren.

De 'belangrijkste klacht, hulpvraag van de patiënt, verdere anamnese', die in de standaard worden genoemd als elementen van de 'maximumbrief' waren in 97 procent van de gevallen inderdaad vermeld. Het vermelden van de resultaten van lichamenlijk onderzoek wordt in de standaard eveneens als onderdeel van de maximumbrief beschouwd. Dat was in 47 procent van de brieven gebeurd.

In het licht van de klacht van *Oosterhuis*, dat specialisten zo weinig gericht ingaan op de vraagstelling van huisartsen,⁹ is het opmerkelijk dat de internisten in ons onderzoek vrijwel altijd de vraagstelling van de huisarts opnamen in hun brief, en die ook beantwoordden.

Literatuur

- ¹ Beugeling A, Van der Wouden JC. De verwijsbrief in zijn context. *Med Contact*; 1989; 40: 873-6.
- ² Bremer GJ. Een onderzoek van verwijsbrieven. *Huisarts Wet* 1989; 32: 100-1.
- ³ Hull FM, Westerman RF. Referrals to medical outpatients departments at teaching hospitals in Birmingham and Amsterdam. *Br Med J* 1986; 293: 311-4.
- ⁴ Kuyvenhoven MM, De Melker RA. Verwijzingen naar interne chirurgische specialismen: een exploratief onderzoek naar enkele aspecten van het verwijsgedrag van dertien huis-

artsen. *Huisarts Wet* 1986; 29: 365-8.

- ⁵ De Kort GAP, Van Doorn MFM, Gill K. Verwijsbrieven. Een analyse van 100 brieven van huisartsen inzake CARA-patiënten. *Airways* 1985; 4: 2-9.
- ⁶ Edens R. Verwijsbrieven getoetst. *Med Contact* 1977; 32: 311-6.
- ⁷ Anoniem. De verwijsbrief naar de tweede lijn [Standaard O01]. *Huisarts Wet* 1989; 32: 541-4.
- ⁸ Meyboom WA, Casparie AF. Samenwerking eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. *Med Contact* 1980; 33: 989-94.
- ⁹ Oosterhuis WW. De communicatieve waarde van correspondentie tussen huisarts en specialist. *Med Contact* 1974; 29: 963-4.
- ¹⁰ Pop P, Keyzers LLJM. Communicatie tussen huisarts en specialist. *Med Contact* 1985; 40: 203-6.
- ¹¹ Verhage-Spliet CMTh. Berichtgeving huisarts-specialist: een onderzoek naar de berichtgeving tussen huisarts en specialist bij verwijzingen naar de polikliniek interne geneeskunde. Utrecht: Stichting voor Sociale Gezondheidszorg, 1988.
- ¹² Gerritsma JGM, Smal JA. De werkwijze van huisarts en internist: een vergelijkend onderzoek met behulp van interactieve patiëntensimulatie. Utrecht: Bunge, 1982. ■

Abstract

Verhage-Spliet CMTh, Kersten TJMT. The content of referral letters and specialists' letters. *Huisarts Wet* 1990; 33(4): 148-51.

What is in specialists' letters and how do the contents relate to the referral letters of the general practitioners? 200 specialists' letters and the corresponding referral letters were analysed for this study. The specialists' letters were more carefully prepared than the referral letters (reporting of personal details, legibility, type of paper). 15% of the referral letters but none of the specialists' letters made use of a standard form. Some of the referral letters were extremely short, while some of the specialists' letters were on the contrary conspicuous by their length. With the exception of the description of the patient's complaint (including previous medical history and/or family case history), more medical information was recorded in the specialists' letters than in the referral letters. If the general practitioner noted a problem or question in the referral letter, this was taken up in all cases by the specialist, who furthermore answered the GP's question.

Key words Family practice; Referral.

Correspondence T.J.J.M.T. Kersten, Nivel, PO Box 1568, 3500 BN Utrecht, The Netherlands.

STRUIKELBLOK

Paradoxe farmacotherapie

In het huis ziet het blauw van de walm; ze is de braadpan weer eens vergeten. Hij is een 84-jarige man met Cara: geen lucht meer om te lopen en dus zit hij maar. Initiatief in het huwelijk was bij hem ver te zoeken en nu zijn ook zijn geheugen en zijn gemoedelijkheid zoek. Hij is droef en leeg.

De vrouw is 86 en kan nauwelijks lopen van de krommigheid. Elk jaar wordt alles aan haar kleiner, behalve haar tekst: 'zere benen, buikpijn en wat-die-dokter-zei-in-1936'. Zij zorgt voor hem, zegt ze. En ze loopt uit voorzorg achter hem de trap op,

zegt ze. Vreemd, dat alleen hij regelmatig blauwe plekken heeft van valpartijen van de trap.

Omdat de man nu ook in rust benauwd is, probeer ik eens wat: Theolair® en Dytaurese®. 'Uw man krijgt er nieuwe medicijnen bij', zeg ik met stemverheffing, 'en u kunt met uw plastabletten stoppen'. Zoals gebruikelijk is ze nog aan het woord als ik de deur achter me dichttrek.

Na een week is de man duidelijk minder benauwd. 'Het gaat beter, hè?', zeg ik tegen de man. 'Ja, maar met mij gaat het

slecht', meldt mevrouw, en ze begint weer over buik en benen. Dan spits ik mijn oren. Niet omdat het slecht gaat, want het gaat altijd slecht met haar buik en benen, maar omdat ze het over haar medicijnen heeft en die heb ik vorige week net gestopt. Op de doosjes Theolair® en Dytaurese® staat inderdaad Mevr. in plaats van Hr.

Even aarzel ik, maar ik weersta de verleiding en stop deze succesvolle paradoxale farmacotherapie.