

# Terugrapportage van specialist naar huisarts

## Evaluatie van een model voor de poliklinische berichtgeving

C.M.TH. VERHAGE-SPLIET  
F.W.M.M. TOUW-OTTEN  
H.D. EGGINK  
D.J.F.M. VAN OOSTRUM

In het Utrechtse Diaconessenhuis wordt getracht de poliklinische berichtgeving aan de huisarts te stroomlijnen. Op basis van een voorstudie is een concept-polikliniekbrief voor interne geneeskunde ontwikkeld. Deze brief is vervolgens geëvalueerd bij 28 huisartsen; tevens is hun behoefte aan informatie van de vijftien overige specialismen gepeild. De huisartsen waren tevreden met de nieuwe vorm van berichtgeving. Zij prefereren een vrij korte, zakelijke brief waarin het probleem waarvoor de patiënt is verwezen, helder naar voren komt, en hun vraag wordt beantwoord; tevens zijn zij voorstanders van uniformiteit in de vormgeving en snelheid van berichtgeving. De resultaten waren voor de overige specialisten aanleiding om hun berichtgeving aan te passen. Bovendien kwam in het ziekenhuis een standaard tot stand voor de vormgeving van poliklinische brieven, die ook geschikt is voor automatisering van de berichtgeving naar de huisarts.

Verhage-Spliet CMTh, Touw-Otten FWMM, Eggink HD, Van Oostrum DJFM. Berichtgeving van specialist naar huisarts. Ontwikkeling van een standaardontwerp voor de poliklinische berichtgeving. Huisarts Wet 1993; 36(2): 64-6, 71.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht; Diaconessenhuis te Utrecht.

C.M.Th. Verhage-Spliet, toegevoegd onderzoeker; Prof. dr. F.W.M.M. Touw-Otten, hoogleraar onderzoeksmethodologie in de extramurale geneeskunde; Dr. H.D. Eggink, internist; D.J.F.M. van Oostrum, arts, directeur Medische Zaken.

Correspondentie: C.M.Th. Verhage-Spliet.

### Inleiding

Vergeleken met de aandacht voor de verwijsbrief van de huisarts naar de specialist,<sup>1,2</sup> komt de terugrapportage van de specialist naar de huisarts er betrekkelijk bekaaid af.

Toch bestaat ook op dit gebied behoefte aan richtlijnen.<sup>3</sup> In een voorstudie over de poliklinische berichtgeving van de afdeling interne geneeskunde van het Diaconessenhuis te Utrecht kwamen wij tot de volgende conclusies:

- 80 procent van de ondervraagde huisartsen had slechts behoefte aan *probleemgerichte* informatie over de patiënt; slechts 20 procent prefereerde een *volledig verslag*;
- er bestond een sterke voorkeur voor een strakke structuur van de polikliniekbrief en berichten bij vervolgsconsulten;
- de omvang van de polikliniekbrief zou beperkt moeten blijven tot één vel A4;
- de berichtgeving zou snel moeten plaatsvinden.

Op grond van deze uitkomsten werd een nieuwe opzet voor de poliklinische berichtgeving van interne geneeskunde gemaakt;<sup>4</sup> deze is daarna geëvalueerd in een vervolgonderzoek, waarover in dit artikel wordt gerapporteerd. Tegelijkertijd werd nagegaan in hoeverre er onder huisartsen behoefte bestond aan aanpassing van de vorm van de berichtgeving door de overige afdelingen van het ziekenhuis (cardiologie, longgeneeskunde, kindergeneeskunde, neurologie, reumatologie, allergologie, algemene chirurgie, orthopedie, urologie, gynaecologie en verloskunde, plastische chirurgie, dermatologie, keel-, neus-, en oorheelkunde, oogheelkunde, en revalidatie).

De vraagstelling van het onderzoek luidde:

- Voorziet de nieuwe vorm van berichtgeving van interne geneeskunde in de behoefte aan informatie van huisartsen?
- Aan welke informatie hebben huisartsen behoefte, wanneer zij een patiënt naar een van de overige poliklinieken hebben verwezen?

### Methode

Het onderzoek vond plaats in het Diaconessenhuis te Utrecht, een middelgroot algemeen ziekenhuis met een vrijwel volledig functiepakket.

In eerste instantie werden dertig huisartsen benaderd: tien huisartsen die hadden deelgenomen aan het vooronderzoek, en twintig 'nieuwe' huisartsen. Allen behoorden tot de vijftig huisartsen die in het voorafgaande jaar de meeste patiënten in het Diaconessenhuis hadden laten opnemen. Twee huisartsen weigerden deelname wegens respectievelijk drukte en tevredenheid met de berichtgeving; alle overige huisartsen werd door de eerste auteur een vraaggesprek afgenomen. Dat gebeurde in de praktijk van de geïnterviewde huisarts.

Het vraaggesprek bestond uit twee delen. Het *gestructureerde* deel bevatte vragen met betrekking tot de tevredenheid met de berichtgeving, inhoud van polikliniek- en vervolgbrieven, en technische aspecten van de berichtgeving, zoals vormgeving, omvang, frequentie en snelheid. In het *open* deel – een vrije-attitude-interview<sup>5</sup> – konden de huisartsen nader ingaan op de vragen en andere aspecten naar voren brengen.

In het gesprek werd gebruik gemaakt van geanonimiseerde polikliniek- en vervolgbrieven van alle deelnemende specialisten. Het gesprek duurde 1 uur, waarvan 20 minuten voor interne geneeskunde en 40 minuten voor de overige specialismen. Om voldoende gedetailleerde informatie over de berichtgeving van de diverse specialismen te verkrijgen, kwam in de gesprekken steeds de berichtgeving van een beperkt aantal specialismen aan de orde. Per specialisme hebben gemiddeld acht huisartsen hun visie gegeven.

### Resultaten

#### Berichtgeving interne geneeskunde

Ten tijde van het onderzoek hielden nog niet alle internisten zich aan de nieuwe opzet, vanwege de strakke structuur ervan. De grote meerderheid – circa 70 procent – van de brieven werd echter geschreven

### Wensen huisartsen met betrekking tot de inhoudelijke aspecten van de berichtgeving van de overige specialismen

#### Polikliniekbrief

Reden van verwijzing: correcte weergave van de reden van verwijzing die in de verwijsbrief is genoemd.

Anamnese: kort, behalve wanneer specialist belangrijke aanvulling op anamnese van huisarts kan geven of tot ander uitgangspunt komt.

Lichamelijk onderzoek: niet te uitgebreid, probleemgerichte informatie met positieve en negatieve bevindingen is voldoende.

Aanvullend onderzoek: vermelding van al het onderzoek. Bij negatieve bevindingen niet uitweiden; bij positieve bevindingen de getallen noemen.

Bespreking: de stappen die gezet zijn

om tot de conclusie te komen. Consequenties van de bevindingen en betekenis ervan voor de praktijk. Beantwoording van de vraagstelling van de huisarts en zo mogelijk duiden van de klacht. Vermelding van belastende mededeling aan patiënt en diens reactie hierop. Diagnose: expliciete vermelding. Therapie: complete vermelding, bij medicatie de dosering erbij. Controle: of, en zo ja, wanneer.

#### Vervolgbrief

Beknopt; van belang is vooral het vermelden van wijziging in beleid en medicatie.

### Wensen huisartsen met betrekking tot de technische aspecten van de berichtgeving van de overige specialismen

Vormgeving brieven: vaste en uniforme indeling voor polikliniek- en vervolg-brieven (zie voorbeeld polikliniekbrief). Omvang brieven: kort en zakelijk. Polikliniekbrieven niet- snijdende specialismen: één, hooguit anderhalf A4-vel. Snijdende specialismen: half A4-vel. Vervolgbriefen: half A4-vel of minder. Frequentie van berichtgeving: Eén complete polikliniekbrief wanneer het diagnostisch proces is afgesloten en therapie of beleid kan worden ingesteld.

Geen tussenberichten, uitzonderingen: verwijzingen bij verdenking van maligniteit, spoedverwijzingen en erg gecompliceerde ziektegevallen. Vervolgconsulten: bij stabiele situatie bericht eens per drie tot zes maanden, en altijd bij wijziging van beleid of medicatie en bij eenjaarlijkse consulten. Snelheid van berichtgeving: bij eenmalig consult na één week, bij meer consulten na twee tot drie weken.

volgens het nieuwe model. Geen selectie had plaatsgevonden met betrekking tot de aard van de aandoeningen. Sinds de introductie van dit model waren in totaal meer dan 10.000 brieven 'nieuwe stijl' geschreven.

De tevredenheid over de nieuwe vorm van berichtgeving was groot. De probleemgerichte informatie werd door 90 procent van de huisartsen ervaren als een goede weergave van de voor hen essentiële punten. Van deze 90 procent bestond een deel uit de huisartsen die eerder een voorkeur hadden uitgesproken voor probleemgerichte informatie in de brief, en de helft van de huisartsen die zich aanvankelijk hadden uitgesproken voor meer gede-

tailleerde informatie. De overigen bleven de voorkeur geven aan een gedetailleerde brief.

Over de verschillende rubrieken van de polikliniekbrief (*kader* volgende pagina) werd het volgende gemeld:

- het correct weergeven van de reden van verwijzing werd door de huisartsen op prijs gesteld; door terugkoppeling hiernaar in de bespreking aan het einde van de brief kon de vraag van de huisarts goed worden beantwoord;
- de meer beknopte anamnese werd overwegend op prijs gesteld; het grotendeels ontbreken van de voorgeschiedenis werd niet als bezwaarlijk ervaren;

- bij het lichamelijk onderzoek werden nu zowel de positieve als de negatieve bevindingen vermeld;
- over het aanvullend onderzoek werden geen opmerkingen gemaakt;
- het belang van een goede bespreking werd door de huisartsen onderstreept; dit kwam overeen met de door hen geuite wensen;
- de strakke structuur van de brief en de vaste vorm van de berichtgeving bij vervolconsulten werd gewaardeerd;
- de beperktere omvang van de polikliniekbrief werd eveneens gewaardeerd, maar kreeg niet de verwachte nadruk; doorvragen maakte duidelijk dat een wat grotere omvang niet meer als storend werd ervaren, dankzij de betere structurering van de brief;
- de snelheid van de berichtgeving werd redelijk genoemd, maar was volgens de huisartsen vatbaar voor verbetering.

#### Berichtgeving overige specialismen

Meer dan de helft van de huisartsen was niet ontevreden over de berichtgeving uit het ziekenhuis; sommigen hadden al vaker met de specialisten van gedachten gewisseld over de berichtgeving. De wensen van de huisartsen zijn weergegeven in het *kader* op deze pagina. Hoewel de inhoud van de brieven specialisme-gebonden is, en ook samenhangt met het probleem waarvoor is verwezen, gelden veel aspecten voor alle specialismen. De wensen van de huisartsen kwamen voor een groot deel overeen met de inventarisatie bij interne geneeskunde. Met betrekking tot het aanvullend onderzoek werd vermeld dat hierover volledige informatie gewenst was (welke onderzoeken, wanneer, welke uitslagen). Voor de 'bespreking' werd benadrukt dat de specialist altijd zou moeten aansluiten bij de vraagstelling van de huisarts, ook als hij tot een andere probleemstelling is gekomen.

Alle rubrieken moeten volgens de huisartsen steeds in de polikliniekbrief worden opgenomen. Als er bijvoorbeeld nog onzekerheden bestaan omtrent de diagnose, kan de specialist in ieder geval vermelden in welke richting hij denkt.

Het belang van snelle berichtgeving

werd het meest genoemd; tussenberichten werden alleen in uitzonderingsgevallen wenselijk geacht. In bepaalde gevallen werd ook telefonisch contact genoemd.

## Beschouwing

Met betrekking tot de specialistenbrief kan onderscheid worden gemaakt tussen de verslaggevingsfunctie en de verslagleggingsfunctie.<sup>6</sup> Bij de verslaggeving gaat het om het mededelen aan de huisarts en eventuele andere hulpverleners van wat er met de patiënt is gebeurd; de verslaggeving bestaat uit het vastleggen van gegevens voor de specialist zelf en voor het ziekenhuis.

In de voorgestelde nieuwe vorm van berichtgeving ligt het zwaartepunt bij de verslaggevingsfunctie. Dit bracht de specialist niet in moeilijkheden: de berichtgeving bevatte nog voldoende elementen voor een algemeen overzicht over onderzoek en behandeling. Meer gedetailleerde informatie kan gemakkelijk worden opgeslagen in de polikliniekstatus. Dubbele berichtgeving vond in de praktijk dan ook niet plaats.

De internisten, die al meer dan een jaar met de nieuwe vorm werkten, bleken hiervan voordeel te ondervinden, wanneer zij in oudere, in nieuwe stijl geschreven polikliniekbrieven gegevens van patiënten nattookten, of brieven van collega-specialisten raadpleegden. De uitkomsten van het onderzoek waren voor hen aanleiding om voort te gaan op de ingeslagen weg, en daarbij nog meer aandacht te besteden aan de snelheid van de berichtgeving. Een poging tegemoet te komen aan de voorkeur van sommige huisartsen voor een gedetailleerde polikliniekbrief, bleek niet realiseerbaar.

In de overige specialismen werden de uitkomsten van het onderzoek besproken. Na een experimenteerfase van enkele maanden werd het nieuwe model ingevoerd door de meeste snijdende en alle niet-snijdende specialismen. Enkele snijdende specialismen vonden de voorgestelde vorm te uitgebreid en kozen voor een verkorte versie.

De voorgestelde vormgeving van de ver-

### Een voorbeeld van de brief

Geachte collega,  
Op ... zag ik op uw verzoek mevrouw ..., geboren ... wonende...  
*Reden van verwijzing:* maagklachten.  
*Anamnese:* patiënte heeft sinds een half jaar pijn in epigastrio met ructus, nausea en vomitus. Behandeling met Tagamet heeft hierin slechts gedeeltelijke verbetering gebracht. Patiënte rookt niet en gebruikt geen alcohol. In het verleden heeft patiënte nooit eerder maagklachten gehad. Patiënte is sinds ongeveer een jaar in Nederland en is werkzaam als onderwijzeres. De voorgeschiedenis is blanco.  
*Lichamelijk onderzoek:* gezond uitziende vrouw, tensie 120/80 mmHg. Lengte 1.62 m. Gewicht 46 kg. Abdomen: lever en milt niet palpabel, geen abnormale weerstanden. Rectaal toucher niet verricht. Overig lichamelijk onderzoek geen bijzonderheden.  
*Aanvullend onderzoek:* bezinking 13 mm, leuco's 5.0, Hb 6.6 mmol/l, Ht

0.34. Urine: albumen negatief, reductie negatief, sediment geen afwijkingen. Gastroscopie: tot en met bulbus duodeni geen afwijkingen.  
*Bespreking:* de maagklachten gaan op dit moment niet gepaard met slijmvliesafwijkingen van slokdarm, maag, of twaalfvingerige darm. De klachten doen denken aan refluxklachten. Zonodig zou 24-uur PH registratie kunnen worden uitgevoerd, maar het is de vraag of dit nodig is. Wellicht gaat van de gunstige uitslagen een geruststellende werking uit. De onmiskenbare anaemie verdient enig nader onderzoek. Mogelijk is er sprake van een haemoglobinopathie.  
*Diagnose:* maagklachten zonder ulcus. Anaemie e.c.i.  
*Therapie:* nog geen.  
*Controle:* dezer dagen.

Met vriendelijke groeten,

volgbrief was voor alle specialismen bruikbaar. Bij het beschrijven van een moeilijke casus bleek de standaardvorm structuur te geven aan het denken. Indien een vervolggconsult belangrijke nieuwe informatie oplevert, kan het model worden aangevuld met één of meer rubrieken uit de polikliniekbrief.

In een eerdere analyse van 200 specialistenbrieven in vijf ziekenhuizen bleek dat tussen het eerste consult bij de specialist en het schrijven van de polikliniekbrief gemiddeld 41 dagen verlieden.<sup>1</sup> De nieuwe polikliniekbrief kan direct worden verzonden als het diagnostisch proces is afgesloten, en de therapie of het beleid is ingesteld.

Er was geen animo voor poliklinische tussenberichten. Deze uitkomst staat haaks op het advies van *Meijer & Hofstra* om een 'brief in etappes' te schrijven, met daarin steeds de nieuwe bevindingen.<sup>7</sup>

Ten behoeve van intern computergebruik is voor de nieuwe vorm van berichtgeving een makro gemaakt. Vermoedelijk zal bin-

nen enkele jaren elektronische berichten-uitwisseling kunnen plaatsvinden in de Utrechtse gezondheidsregio; de huisarts kan dan geautomatiseerd berichten ontvangen. Met het oog daarop is een spoedige standaardisering van de berichtgeving gewenst.

Door de inspanning van zowel de huisartsen als de specialisten kon deze standaard worden ontwikkeld en geëvalueerd. Dat is een essentieel gegeven voor de ontwikkeling van toekomstige standaarden waarbij zowel huisartsen als specialisten zijn betrokken.

### Literatuur

- 1 Verhage-Spliet CMTh, Kersten TJMT. De inhoud van verwijsbrieven en specialistenbrieven. Huisarts Wet 1990; 33: 148-51.
- 2 Sips ALBI, Smeele I, Van der Voort JPM. NHG-Standaard De Verwijsbrief naar de Tweede Lijn. Huisarts Wet 1989; 32: 541-4.

Vervolg literatuur op pag. 71

deling van astma.<sup>1</sup> In de standaard wordt anti-inflammatoire therapie pas aanbevolen wanneer de patiënt meer dan tweemaal per dag een bronchodilatator gebruikt. Het is echter voor de evolutie en prognose van astma van essentieel belang om juist vroeg te starten met anti-inflammatoire therapie.

O. De Mol, MD  
Fisons Benelux Operations

1 International consensus report on the diagnosis and management of asthma. *Clin Exp Allergy*; 1992; 22: S1.

Een lijst met andere relevante publikaties is op aanvraag beschikbaar.

## Naschrift

1 Het effect van cromoglicinezuur bij de behandeling van volwassen Cara-patiënten is moeilijk te voorspellen.<sup>1</sup> Cromoglicinezuur is bij allergische volwassen Cara-patiënten effectiever dan bij hyperreactieve patiënten. De plaats van nedocromil in het therapieschema is nog onduidelijk. Het meeste onderzoek naar de effectiviteit van nedocromil is fase-1-onderzoek: eenmalige toediening bij kleine groepen proefpersonen in een laboratoriumsituatie.<sup>2,3</sup> In een onderzoek in de huisartspraktijk wordt het volgende geconcludeerd: er bleek een consistente, zij het niet significante trend ten gunste van nedocromil (in vergelijking met placebo) op alle effectparameters.<sup>4</sup> De effectiviteit op lange termijn van nedocromil ten opzichte van beclomethason dipropionaat en placebo is in twee studies onderzocht. *Bel* concludeert dat zowel beclomethason als nedocromil de hyperreactiviteit verminderen, maar dat alleen beclomethason de FEV1 verbetert.<sup>5</sup> Patiëntenaantallen zijn echter klein. *Bergman* concludeert uit een matig onderzoek (met name de verslaggeving) dat beclomethason ten opzichte van placebo wel een significante verbetering geeft van de FEV1 maar nedocromil niet.<sup>6</sup> Placebo, nedocromil én beclomethason geven een verbetering van de ochtend- en avondpiekstrom zonder onderling significante verschillen! Naast de nog beperkte ervaring met nedocromil is een ander voor het NHG reden geweest om nedocromil nu (nog) geen plaats te geven in het therapieschema.

2 Het is jammer dat de auteur hier zijn beweringen niet onderbouwt met literatuur. Langdurig gebruik van lage doses (<1000 mcg per dag) inhalatiecorticosteroiden en kortdurend gebruik van hoge doses (>1000 mcg per dag) is

veilig.<sup>7</sup> Langdurig gebruik van hoge doses inhalatiecorticosteroiden zou leiden tot systemische absorptie. De klinische relevantie hiervan is niet vastgesteld.<sup>1</sup> De in de NHG-standaard genoemde gemiddelde dagdosis is overigens 400 mcg.

3 Het drie-stappenplan wordt toegepast voordat de diagnostische fase is afgerond. Als duidelijk is of allergie en/of hyperreactiviteit een belangrijke rol spelen, vindt gerichte behandeling (ook voorlichting) plaats. Dit houdt onder andere in: primair anti-inflammatoire behandeling en incidenteel gebruik van bronchusverwijders bij exacerbaties. Overigens wordt in het drie-stappenplan anti-inflammatoire therapie al na vier weken proefbehandeling met bronchusverwijders geadviseerd.

Roeland Geijer, huisarts,  
Afdeling Standaarden Ontwikkeling

- 1 Lenfant C, et al. International consensus report on diagnosis and treatment of asthma. *Eur Respir J* 1992; 5: 601-41.
- 2 Shaw RJ, Kay AB. Nedocromil, a mucosal and connective tissue mast cell stabilizer, inhibits exercise-induced asthma. *Br J Dis Chest* 1985; 79: 385-9.
- 3 Youngchaiyud P, Lee TB. Effect of nedocromil sodium on the immediate response to antigen challenge in asthmatic patients. *Clin Allergy* 1986; 16: 129-34.
- 4 Van Hensbergen W. Effects of nedocromil sodium in patients with mild to moderate chronic non-specific lung disease [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1991.
- 5 Bel EH, Timmers C, Hermans J, et al. The long term effects of nedocromil sodium and beclomethasone dipropionate on bronchial responsiveness to methacholine in nonatopic asthmatic subjects. *Am Rev Respir Dis* 1990; 141: 21-8.
- 6 Bergmann KCh, Bauer CP, Overlack A. A placebo-controlled, blind comparison of nedocromil sodium and beclomethasone dipropionate in bronchial asthma. *Curr Med Res Opin*. 1989; 11: 533-42.
- 7 Stead RJ, Cooke NJ. Adverse effects of inhaled corticosteroid. *Br Med J* 1989; 298: 403-4.
- 8 Ebden P, Davies BH. High-dose corticosteroid inhalers for asthma. *Lancet* 1984; 576.

## Abstract

Querido JD. The city and the long art. *Huisarts Wet* 1993; 36(2): 59-63.

For quite some time and from many places, obstacles to practicing family medicine in a city setting, especially in deprived urban areas, have been reported. An effort is made to arrange these problems in the light of the contrast between, on the one hand, continuity as a prerequisite to consistent family practice, and, on the other hand, aspects of urban discontinuity. Notably, attention is paid to population characteristics such as mobility and heterogeneity, and to contextual factors such as the complexity of urban primary and secondary care. Also, the lesser 'bearing power' in terms of hampered continuity, especially apparent in deprived urban areas, is set against the increased 'burden' of excess morbidity in those same areas. Some suggestions pertaining to practice, policies of professional organizations, and research, are made.

**Key words** Continuity of care; Family practice; Inner cities.

**Correspondence** J.D. Querido, MD, 85-II Rechtboomssloot, 1011 CX Amsterdam, The Netherlands.

## Literatuur

### Vervolg pag. 66

- 3 Westerman RF, Hull FM. De briefwisseling tussen huisartsen en specialisten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991; 135: 603-5.
- 4 Verhage-Spliet CMTh, Eggink HD. De polikliniekbrief van de internist. Aan welke informatie heeft de huisarts behoefte? *Med Contact* 1990; 36: 1058-60.
- 5 Vrolijk A, Dijkema MF, Timmerman G. Gespreksmodellen. Een geprogrammeerde instructie. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1988.
- 6 Hageman HJ, Van Giffen H, Meyboom WA. Verslaggeving van specialist aan huisarts. *Med Contact* 1984; 39: 513-4.
- 7 Meijer F, Hofstra ML. Specialistische berichtgeving na polikliniekbezoek. Een onderzoek naar snelheid en kwaliteit. *Med Contact* 1990; 46: 1375-6. ■

## NOTA BENE

In tegenstelling tot de verwachting is de onge-rustheid van de patiënt een minder belangrijke determinant van het consulteren van de huisarts voor een klacht dan de invloed van anderen.

Stelling bij: Van de Kar A. Determinants of consulting the general practitioner [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1992.