

University of Groningen

Correspondentie tussen eerste en tweede lijn over patiënten met kanker

Stegmann, Mariken E; Meijer, Jiska M; Nuver, Janine; Havenga, Klaas; Hiltermann, T Jeroen N; Maduro, John H; Berendsen, Annette J

Published in:
 Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
 Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
 2019

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Stegmann, M. E., Meijer, J. M., Nuver, J., Havenga, K., Hiltermann, T. J. N., Maduro, J. H., & Berendsen, A. J. (2019). Correspondentie tussen eerste en tweede lijn over patiënten met kanker. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 163. <https://www.ntvg.nl/artikelen/correspondentie-tussen-eerste-en-tweede-lijn-over-patiënten-met-kanker>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Correspondentie tussen eerste en tweede lijn over patiënten met kanker*

Hoe kan het beter?

*Dit artikel is een ingekorte versie van onderzoek dat eerder werd gepubliceerd in het European Journal of Cancer Care ([2019;28:e12903](#)) met als titel 'Correspondence between primary and secondary care about patients with cancer: A qualitative mixed-methods analysis'. Afgedrukt met toestemming.

Mariken E. Stegmann, Jiska M. Meijer, Janine Nuver, Klaas Havenga, T. Jeroen N. Hiltermann, John H. Maduro en Annette J. Berendsen

Samenvatting

Doel

De correspondentie exploreren tussen zorgverleners in de eerste en tweede lijn over patiënten met long-, borst- of darmkanker.

Opzet

Kwalitatief onderzoek.

Methode

Wij verzamelden de medische dossiers van 50 patiënten met long-, borst- of darmkanker door middel van 'purposive sampling', waaruit wij de correspondentie selecteerden. Dit betrof verwijsbrieven van de eerste aan de tweede lijn en brieven van specialisten. Van deze documenten werd de inhoud kwalitatief geanalyseerd. Daarnaast interviewden wij 4 huisartsen, 4 oncologisch specialisten en 1 verpleegkundig specialist.

Resultaten

We analyseerden 50 verwijsbrieven en 369 brieven van specialisten. In verwijsbrieven was de inhoud in te delen in 6 thema's, waarbij het opviel dat zeer relevante informatie in de voorgeschiedenis vermengd was met minder relevante informatie. In zekere mate gold dit ook voor de medicatielijst en de anamnese. In specialistenbrieven waren 9 thema's te onderscheiden. Alle specialistenbrieven bevatten informatie over de actuele behandeling, maar er was slechts zelden informatie beschikbaar over de intentie van de behandeling (curatief of palliatief) of over de alternatieve behandelopties. Interviews met zorgverleners bevestigden deze bevindingen.

Conclusie

De onderzoeksresultaten suggereren dat verwijsbrieven en specialistenbrieven niet voldoende zijn gericht op de behoeften van de ontvanger.

Bij de zorg voor patiënten met kanker zijn vaak veel verschillende zorgverleners betrokken.¹ Patiënten vinden het belangrijk dat deze zorgverleners relevante informatie op adequate wijze met elkaar delen om zo de continuïteit van zorg te garanderen.^{2,3}

Patiënten met kanker zoeken regelmatig contact met hun huisarts, ook tijdens behandeling, voor uitleg en emotionele ondersteuning.⁴

De huisarts en de specialist hebben elk hun eigen behoeftes en verwachtingen van onderlinge communicatie, wat kan leiden tot problemen.⁵⁻⁸ Beide partijen geven aan ontevreden te zijn over de kwaliteit van de correspondentie van de ander.^{6,8} In verwijsbrieven van de huisarts zouden vaak relevante klinische informatie en een specifieke vraagstelling ontbreken.^{8,9}

Specialistenbrieven zouden te lang na consultatie arriveren en niet die informatie bevatten die voor de huisarts relevant is.^{7,10,11} Patiënten en artsen zijn het er wel over eens dat inadequate communicatie tussen zorgverleners kan leiden tot suboptimale kwaliteit, slechte coördinatie en discontinuïteit van zorg.^{12,13}

Veel van de literatuur over dit onderwerp is verouderd of niet van toepassing op de Nederlandse situatie. Daarom was het doel van deze studie te onderzoeken welke informatie zorgverleners in verwijsbrieven en specialistenbrieven wel of niet uitwisselen tijdens diagnose en initiële behandeling van patiënten met long-, borst- of darmkanker.¹⁴

Methode

Opzet

We analyseerden op kwalitatieve wijze dossiers van patiënten die in 2014 of 2015 de diagnose longkanker, borstkanker of darmkanker kregen. Daarnaast hielden we semigestructureerde interviews met huisartsen en oncologische zorgverleners. De medische-ethische toetsingscommissie (METC) van het UMCG oordeelde dat de studie niet WMO-plichtig was.

Dataverzameling van de dossiers

We verzamelden de dossiers met 'purposive sampling', dat wil zeggen: we streefden ernaar patiënten te includeren die verschilden in leeftijd, geslacht en tumorstadium en wiens oncologisch specialisten en huisartsen verschilden in werkervaring, leeftijd en geslacht. We analyseerden de verwijsbrieven en de bijbehorende specialistenbrieven die waren geschreven tot het eind van de initiële behandelphase. Deze fase definieerden we als de eerste 3 maanden na diagnose, of na het begin van een behandeling die was beschreven in het oorspronkelijke behandelplan. Vervolgens bestudeerden we aantekeningen in de dossiers over polikliniekbezoeken, bezoeken aan paramedici (bijvoorbeeld maatschappelijk werk), telefonische contacten en multidisciplinaire besprekingen. We excludeerden correspondentie tussen verschillende zorgverleners binnen het ziekenhuis. Ook de steekproef voor de interviews stelden we samen door purposive sampling. In de interviews spraken we over de inhoud en kwaliteit van verwijsbrieven, specialistenbrieven, andere manieren van communicatie en over niet-gedeelde informatie. Alle interviews namen we op; 5 werden volledig uitgeschreven en van de overige schreven we relevante citaten uit.

Data-analyse

Tijdens een pilotstudie met dossiers van 5 patiënten met borstkanker maakten we een voorlopige codelijst, die we vervolgens gebruikten tijdens de analyse van de overige dossiers. We identificeerden en codeerden relevante tekstfragmenten, waarna we een thematische analyse uitvoerden van de gecodeerde tekstfragmenten.¹⁵ Steeds analyseerde een tweede researcher steekproefsgewijs documenten. Overeenstemming berekenden we als het percentage exact overeenkomende codes. We bespraken discrepanties totdat consensus was bereikt en zo nodig pasten we de codelijst aan tijdens een iteratief proces. Voor de interviews identificeerden 2 onderzoekers onafhankelijk van elkaar relevante tekstfragmenten.

We breidden de steekproef uit totdat saturatie was bereikt, gedefinieerd als het moment waarop geen nieuwe codes meer werden toegevoegd. Als saturatie was bereikt voor een tumortype in een ziekenhuis, analyseerden we nog 2 dossiers extra om saturatie te verzekeren.

We noteerden van elke brief de lengte en van specialistenbrieven het aantal dagen tussen consult en verzending.

Bij kwalitatief onderzoek wordt een zo divers mogelijke steekproef samengesteld. Deze steekproef is niet noodzakelijkerwijs representatief en resultaten kunnen daarom niet gegeneraliseerd worden. Daarom kwantificeerden we de resultaten niet.¹⁵ We hanteerden de volgende vuistregels met betrekking tot geschatte frequenties: zelden/nauwelijks/vrijwel nooit: < 10%; soms/af en toe/sommige: < 50%; meestal/vaak/veel: > 50%; vrijwel altijd/over het algemeen: > 90%.

Resultaten

Steekproef

Alle 6 afdelingen die we benaderden, wilden meewerken. We analyseerden 50 dossiers die samen 419 documenten bevatten. Er waren 19 mannen (38%) onder de 50 patiënten van wie wij het dossier analyseerden. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 65 jaar (SD: 10). We interviewden 9 zorgverleners (4 huisartsen, 4 oncologisch specialisten en 1 verpleegkundig specialist). Kenmerken van de tumoren bij de patiënten staan in tabel 1.

kenmerk	patiëntendossiers	interviews met zorgverleners
	n (%) (n = 50)	n (%) (n = 9)
lokalisatie		
long	20 (40)	4 (44)
borst	16 (32)	3 (33)
darm	14 (28)	2 (22)
tumorstadium		
stadium I	9 (18)	-
stadium II	11 (22)	-
stadium III	16 (32)	-
stadium IV	14 (28)	-

- = niet van toepassing.

Tabel 1
Over welke tumoren gaat het?

Kenmerken van tumoren in correspondentie tussen zorgverleners over patiënten met kanker

De uiteindelijke codelijst bevat 70 codes, verdeeld over 13 thema's. De overeenstemming tussen de coderende onderzoekers was gemiddeld 90%. Er kwamen geen nieuwe codes naar voren uit de interviews.

Verwijsbrieven

We analyseerden 50 verwijsbrieven. Hiervan was 96% geschreven met ZorgDomein. De brieven waren 1-2 pagina's lang, alhoewel een medicatielijst soms als losse pagina was toegevoegd. De volgende thema's waren in de meeste verwijsbrieven aanwezig:

reden van verwijzing/specifieke vraagstelling;

voorgeschiedenis en huidig medicatiegebruik;

anamnese, familie-anamnese en intoxicaties;

lichamelijk onderzoek;

aanvullende diagnostische informatie;

beleid (beleid voorafgaand aan verwijzing, verwachtingen ten aanzien van verwijzing).

Verwijsbrieven bleken vaak een mix te zijn van informatie die relevant was voor de oncologisch specialist en informatie die voor het huidige probleem minder van belang was. Dit was het meest opvallend in de voorgeschiedenis, waar grote en kleine gezondheidsproblemen door elkaar stonden (citaat 1), en niet altijd in chronologische volgorde. In mindere mate gold hetzelfde voor de medicatielijst en de anamnese. In de interviews signaleerden de specialisten deze vermenging van informatie eveneens.

16-07-2010	Fractuur proximale falanx dig 5 links
30-11-2009	Osteoporose
02-07-2009	Diabetes mellitus type 2
02-03-2008	Rib#, levercontusie (dd ruptuur) na val
01-01-2005	Polyartrose bij artrose
01-01-2000	Mortons neuroom
01-01-1999	Mammareductie
01-01-1987	Rotatorcuff syndroom
01-01-1963	Adenomyose van de galblaas, waarvoor cholecystectomie
01-01-1980	Sterilisatie
01-01-1973	Appendectomie
15-10-2013	Hoesten

Citaat 1

Verwijsbrief met voorgeschiedenis (Long, doc90)

Voorbeeld van voorgeschiedenis zonder chronologische volgorde, met zowel relevante informatie (bijvoorbeeld diabetes mellitus) als irrelevante informatie (bijvoorbeeld sterilisatie)

In totaal analyseerden we 369 specialistenbrieven. De lengte varieerde van 1-4 pagina's en het interval tussen het polikliniekbezoek en de verzending van de brief bedroeg 0-40 dagen (mediaan: 3 dagen). De volgende informatie was aanwezig in de meeste specialistenbrieven:

datum van polikliniekbezoek of ziekenhuisopname;
 relevante voorgeschiedenis, inclusief huidige diagnose en recente behandeling;
 anamnese (onder andere huidige symptomen);
 lichamelijk onderzoek, vaak beperkt tot afwijkende bevindingen;
 aanvullende diagnostische informatie (onder andere uitslagen van bloedonderzoek);
 diagnose of werkdiagnose;
 beleid (aanvullend onderzoek, nieuwe behandeling, volgend bezoek);
 meta-communicatie ('wat weet de patiënt?');
 samenvatting.

Alle specialistenbrieven bevatten – vaak gedetailleerde – informatie over de actuele behandeling. Alternatieve behandelopties en patiëntvoorkeuren stonden zelden beschreven, net als de intentie van de behandeling (curatief of palliatief). Als men opties noemde, ging dat meestal om de afwijzing van een bepaalde behandeling om medische redenen, bijvoorbeeld ernstige comorbiditeit. In de interviews noemden huisartsen ook dat specifieke informatie over de curatieve of palliatieve opzet van een behandeling vrijwel altijd ontbrak.

Informatie over de anamnese was altijd aanwezig, maar soms zeer aspecifiek (citaat 2). Uitslagen van aanvullend onderzoek beschreef men juist gedetailleerd. Veel brieven beschreven potentiële bijwerkingen. In sommige brieven stonden specifieke aanbevelingen voor de huisarts over hoe om te gaan met bijwerkingen of een verwijzing naar een protocol of richtlijn.

Anamnese: Patiënt bezocht de poli met vier kinderen. Resultaten besproken.

Citaat 2
Specialistenbrief, onderdeel anamnese (Academisch ziekenhuis, long, doc49)

Voorbeeld van tekst die voor de ontvanger onvoldoende concreet is

Veel brieven beschreven dat informatie was besproken met een patiënt, maar meestal niet wat er precies was verteld en hoe de patiënt daarop reageerde. In de interviews gaven huisartsen aan dat ze het fijn zouden vinden informatie te krijgen over wat er besproken was over de prognose.

Verwijsbrief én specialistenbrief

In alle brieven stonden veel afkortingen. Het gebruikelijkst waren algemene medische afkortingen als 'pulm VAG', maar sommige waren afdelingsspecifiek (citaat 3). In de interviews vermeldden huisartsen dat ze niet alle afkortingen in de specialistenbrieven begrijpen. Sommige medisch specialisten vertelden dat zij afkortingen en afdelingsspecifieke terminologie bewust zoveel mogelijk vermijden.

Tijdens positionering voor PCEA, ontwikkeling AF, ivm mogelijke postoperatieve antistolling PCEA verwijderd. Na resectie ICG-klaring 8%.

Citaat 3
Specialistenbrief, onderdeel operatieverslag (Academisch ziekenhuis, colorectaal, Doc6)

Dit citaat toont jargon en afkortingen die onbegrijpelijk zijn voor de gemiddelde huisarts

Opmerkingen over reanimatiebeleid waren zelden aanwezig in verwijsbrieven en specialistenbrieven. In sommige brieven was hiervoor wel een speciaal kopje aanwezig, maar dit was over het algemeen niet ingevuld. Ook psychosociale informatie stond slechts zelden in een brief.

Verslagen

Alle patiënten werden ten minste eenmaal besproken in een multidisciplinair overleg (MDO). Op sommige afdelingen verzond men het volledige verslag hiervan naar de huisarts. Bij andere afdelingen was het verslag samengevat in de specialistenbrief. Sommige

van deze MDO-verslagen gaven meer informatie over alternatieve behandelopties dan de specialistenbrief. Verslagen van invasieve diagnostische procedures (bijvoorbeeld bronchoscopie) werden, net als operatieverslagen, bijna altijd naar de huisarts verzonden, hetzij los, hetzij ingebed in een brief. Verslagen van gesprekken met paramedici stuurde men vrijwel nooit aan de huisarts.

Telefonisch contact

We troffen zelden vermeldingen van telefonische contacten aan in brieven of in het patiëntendossier. Zowel huisartsen als oncologisch specialisten vertelden echter dat ze het prettig vinden om telefonisch contact te hebben over een oncologische diagnose. Beide groepen gaven aan dat het lastig is elkaar telefonisch te bereiken. Sommige huisartsen prefereerden om die reden perifere ziekenhuizen boven een academisch ziekenhuis.

Beschouwing

In tegenstelling tot andere studies op dit gebied gebruikten wij geen vooraf vastgestelde kwaliteitscriteria voor de inhoud van correspondentie. We hebben onze informatie op een open en exploratieve manier verzameld, zoals gebruikelijk is bij kwalitatief onderzoek.¹⁵ We besteedden veel aandacht aan het samenstellen van de steekproef, wat resulteerde in diversiteit. Bovendien gebruikten we naast de dossiers ook interviews. Ondanks het feit dat ons onderzoek gericht was op correspondentie over patiënten met kanker, lijken de bevindingen niet ziekte-specifiek te zijn.

Een minder sterk punt is dat alle onderzoekers die de data codeerden werkzaam waren op de afdeling Huisartsgeneeskunde, wat de objectiviteit kan hebben beïnvloed. Om deze invloed tegen te gaan gebruikten we een waarde vrije codelijst en werden alle resultaten uitgebreid besproken met de specialistische coauteurs. Verder analyseerden we alleen geschreven informatie. Dit kan betekenen dat er telefonische contacten hebben plaatsgevonden die niet in de dossiers terug te vinden waren. We mogen echter aannemen dat transparantie en continuïteit van zorg vereisen dat zorgverleners wel notities maken van dergelijke contacten.

Conclusie

Huisartsen en oncologisch specialisten wisselen veel informatie uit in hun onderlinge correspondentie. In deze studie hebben we tekortkomingen geïdentificeerd in zowel verwijsbrieven als specialistenbrieven. Verwijsbrieven bevatten soms irrelevante informatie, waarbij huisartsen vooraf opgestelde formats voor de brieven (ZorgDomein) niet hebben aangepast. Specialistenbrieven bevatten veel gedetailleerde informatie over de behandeling, maar andere informatie die relevant kan zijn voor de eerste lijn, zoals het doel van de behandeling en alternatieve behandelopties, ontbreekt vaak. Onze bevindingen suggereren dat zowel verwijsbrieven als specialistenbrieven onvoldoende zijn toegespitst op de behoeftes van de ontvanger. Op basis van de literatuur en dit onderzoek hebben we adviezen geformuleerd voor huisartsen en medisch specialisten (tabel 2). Verder onderzoek zou zich moeten richten op welke informatie verschillende zorgverleners wel en niet willen ontvangen.

voor huisartsen	voor medisch specialisten
- vermeld altijd de reden van verwijzing	- vermeld alle relevante behandelopties en licht toe waarom voor een bepaalde behandeling werd gekozen (zowel medische redenen als voorkeur van de patiënt)
- zorg voor een nette medische voorgeschiedenis met alleen relevante problemen	- vermeld van de gekozen behandeling expliciet of deze een curatieve of palliatieve intentie heeft
- zorg voor een overzichtelijke lijst met actuele medicatie	- vermeld wat de prognose met en zonder behandeling is en wat daarover aan de patiënt verteld is
- maak de anamnese overzichtelijk en gestructureerd	- zorg voor snelle verzending van de brief, liefst op de dag van het polibezoek
- vermijd afkortingen	- vermijd afkortingen en jargon
- schrijf de brief met de ontvanger (in dit geval de medisch specialist) in gedachten	- schrijf de brief met de ontvanger (in dit geval de huisarts) in gedachten
- neem telefonisch contact op bij behoefte aan meer of specifiekere informatie dan vermeld in de specialistenbrief	- neem telefonisch contact op bij behoefte aan meer of specifiekere informatie dan vermeld in de verwijsbrief

Tabel 2
Adviezen voor de correspondentie over patiënten met kanker

- Online artikel en reageren op nvtg.nl/D3616
- Rijksuniversiteit Groningen-Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen. Afd. Huisartsgeneeskunde: drs. M.E. Stegmann,

aios en promovenda huisartsgeneeskunde; dr. J.M. Meijer en dr. A.J. Berendsen, huisarts. Afd. Medische Oncologie: dr. J. Nuver, medisch oncoloog. Afd. Abdominale Chirurgie: dr. K. Havenga, chirurg. Afd. Longziekten: dr. T.J.N. Hiltermann, longconcoloog. Afd. Radiotherapie: dr. J.H. Maduro, radiotherapeut.

– Contact: M.E. Stegmann (m.e.stegmann@umcg.nl)

– Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen belangenconflict gemeld; voor deze studie ontvingen de auteurs een subsidie van de Stichting Stoffels Hornstra. ICMJE-formulieren met de belangenverklaring van de auteurs zijn online beschikbaar bij dit artikel.

– Aanvaard op 21 maart 2019

– Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2019;163:D3616

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;2010:18-24. [doi:10.1093/jncimonographs/lgq007](https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgq007). [Medline](#)
2. Nazareth I, Jones L, Irving 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. [doi:10.1111/j.1365-2354.2007.00891.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2007.00891.x). [Medline](#)
3. Spiegel W, Zidek T, Karlic H, et al. Cancer patients' perception of information exchange between hospital-based doctors and their general practitioners. *J Eval Clin Pract.* 2010;16:1309-13. [doi:10.1111/j.1365-2753.2009.01333.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01333.x). [Medline](#)
4. Rubin G, Berendsen A, Crawford SM, et al. The expanding role of primary care in cancer control. *Lancet Oncol.* 2015;16:1231-72. [doi:10.1016/S1470-2045\(15\)00205-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00205-3). [Medline](#)
5. Admi H, Muller E, Ungar L, et al. Hospital-community interface: a qualitative study on patients with cancer and health care providers' experiences. *Eur J Oncol Nurs.* 2013;17:528-35. [doi:10.1016/j.ejon.2013.02.005](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.02.005). [Medline](#)
6. Berendsen AJ, de Jong GM, Meyboom-de Jong B, Dekker JH, Schuling J. Transition of care: experiences and preferences of patients across the primary/secondary interface - a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:62. [doi:10.1186/1472-6963-9-62](https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-62). [Medline](#)
7. Farquhar MC, Barclay SIG, Earl H, Grande GE, Emery J, Crawford RAF. Barriers to effective communication across the primary/secondary interface: examples from the ovarian cancer patient journey (a qualitative study). *Eur J Cancer Care (Engl).* 2005;14:359-66. [doi:10.1111/j.1365-2354.2005.00596.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2005.00596.x). [Medline](#)
8. Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br J Gen Pract.* 1990;40:445-9. [Medline](#).
9. 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. [Medline](#).
10. 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. [doi:10.1038/sj.bjc.6690374](https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6690374). [Medline](#)
11. 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. [doi:10.1111/j.1445-5994.1995.tb01491.x](https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.1995.tb01491.x). [Medline](#)
12. Kamradt M, Baudendistel I, Längst G, et al. Collaboration and communication in colorectal cancer care: a qualitative study of the challenges experienced by patients and health care professionals. *Fam Pract.* 2015;32:686-93. [doi:10.1093/fampra/cmz069](https://doi.org/10.1093/fampra/cmz069). [Medline](#)
13. Walsh J, Harrison JD, Young JM, Butow PN, Solomon MJ, Masya L. What are the current barriers to effective cancer care coordination? A qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:132. [doi:10.1186/1472-6963-10-132](https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-132). [Medline](#)
14. Stegmann ME, Meijer JM, Nuver J, et al. Correspondence between primary and secondary care about patients with cancer: A qualitative mixed-methods analysis. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2019;28:e12903. [doi:10.1111/ecc.12903](https://doi.org/10.1111/ecc.12903). [Medline](#)
15. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet.* 2001;358:483-8. [doi:10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6). [Medline](#)

Kernpunten

- Bij de zorg voor patiënten met kanker is goede communicatie tussen de verschillende zorgverleners van groot belang.
- Zowel huisartsen als specialisten zijn ontevreden over de onderlinge communicatie.
- In verwijsbrieven bevat de voorgeschiedenis vaak irrelevante informatie; in mindere mate geldt dit ook voor de medicatielijst en anamnese.
- In specialistenbrieven staat weinig informatie over de intentie van de behandeling en alternatieve behandelopties.

- Brieven zouden meer dan nu het geval is, geschreven kunnen worden met de ontvanger in gedachten.