

University of Groningen

## Maak van je verwijfsbrief geen troebele SOEP

Berendsen, Annette; Stegmann, Mariken; Meijer, Jiska

*Published in:*  
Huisarts en Wetenschap

*DOI:*  
[10.1007/s12445-019-0229-1](https://doi.org/10.1007/s12445-019-0229-1)

**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*  
Final author's version (accepted by publisher, after peer review)

*Publication date:*  
2019

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

*Citation for published version (APA):*

Berendsen, A., Stegmann, M., & Meijer, J. (2019). Maak van je verwijfsbrief geen troebele SOEP. *Huisarts en Wetenschap*, 62(8), 18-20. <https://doi.org/10.1007/s12445-019-0229-1>

### 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.*

# 1 **Maak van je verwijsbrief geen troebele SOEP**

2

3 Mariken E. Stegmann, Jiska M. Meijer, Annette J. Berendsen

4

5 UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde, Ouderengeneeskunde en Verloskunde, Groningen:

6 Mariken. E. Stegmann, aiotho, [m.e.stegmann@umcg.nl](mailto:m.e.stegmann@umcg.nl); dr. J.M. Meijer, huisarts; dr. A.J. Berendsen,  
7 huisarts.

8

9 Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

10 Financiering: Voor de besproken studie ontvingen we een subsidie van de Stichting Stoffels Hornstra.

11

12

13 Titel 43 karakters inclusief spaties

14 Manuscript 1131 woorden (waarvan 73 woorden in de lead paragraaf)

15 1 tekst bedoeld om te presenteren in een kader:

16 - De kern 52 woorden (3 punten)

17 Referenties 19

18 Tabellen ed 1

19

## 20 **Maak van je verwijsbrief geen troebele SOEP**

21

22 Mariken E. Stegmann, Jiska M. Meijer, Annette J. Berendsen

23

24 **Bij de zorg voor patiënten met kanker zijn veel verschillende artsen betrokken.<sup>1</sup> Het is van**  
25 **belang dat zij onderling goed communiceren om zo continuïteit van zorg te bevorderen. Dat**  
26 **vergroot de patiënttevredenheid en verbetert de kwaliteit van zorg.<sup>2,3</sup> Hoewel men zeer**  
27 **eensgezind is over het belang van goede onderlinge communicatie, is de tevredenheid hierover**  
28 **laag. Zo bleek in eerder onderzoek dat 43-83% van de medisch specialisten de kwaliteit van**  
29 **verwijsbrieven onvoldoende vindt.<sup>4-6</sup>**

30

31 Veel van dit onderzoek is echter verouderd en/of niet van toepassing op de Nederlandse situatie. Wij  
32 brachten daarom in kaart welke informatie in Nederland wordt uitgewisseld tussen huisartsen en  
33 medisch specialisten over patiënten met borst-, long- en darmkanker vanaf verwijzing tot aan het eind  
34 van de initiële behandelfase.<sup>7</sup> Hiervoor analyseerden we in een kwalitatief onderzoek 419 documenten  
35 uit 50 patiëntendossiers uit drie verschillende ziekenhuizen in Noord-Nederland. Daarnaast  
36 interviewden we vier huisartsen, vier medisch specialisten en een verpleegkundig specialist over  
37 onderlinge communicatie.

38

39 *Dhr. van Dam is 75 jaar. Onlangs heeft hij voor het eerst meegedaan aan het bevolkingsonderzoek*  
40 *voor darmkanker. De screeningsuitslag is positief en hij meldt zich bij de huisarts met het verzoek*  
41 *voor een brief. Deze verwijsbrief wordt door de medisch specialist met gemengde gevoelens*  
42 *ontvangen. ‘Wat een verschrikkelijke brei aan informatie! De verwijsreden is duidelijk maar daar is*  
43 *dan ook alles mee gezegd. Het hartfalen staat tussen de ingegroeide teennagels en nergens staat of die*  
44 *man ook klachten heeft.’*

45

### 46 **Reden van verwijzing**

47 Het niet vermelden van de reden van verwijzing wordt in eerder onderzoek als zeer hinderlijk  
48 ervaren.<sup>6,8</sup> De 50 geanalyseerde verwijsbrieven bevatten bijna allemaal wel een duidelijke  
49 verwijsreden of –vraag. Mogelijk kan dit worden verklaard door een toegenomen bewustwording van  
50 het belang hiervan of door het gebruik van *ZorgDomein*.<sup>9</sup> Vrijwel alle verwijsbrieven waren via dit  
51 platform verstuurd en het kopje ‘reden voor verwijzing’ is een vast onderdeel van het format.

52

### 53 **Wel en niet relevante informatie**

54 Opvallend was dat in de verwijsbrieven de informatie die voor de medisch specialist van belang was,  
55 nogal eens was vermengd met niet-relevante informatie. Dit was het duidelijkst zichtbaar in de  
56 medische voorgeschiedenis, waar grote (zoals diabetes mellitus) en kleine (zoals gebroken vinger)  
57 gezondheidsproblemen vaak in één lijst stonden, waarbij soms ook een chronologische volgorde  
58 ontbrak. In mindere mate gold hetzelfde voor de medicatielijst (meerdere herhaalrecepten en  
59 vermelding van gestopte medicatie ) en voor de anamnese (onderdelen uit de speciële anamnese  
60 afgewisseld met stukjes familieanamnese, tractusanamnese en lichamelijk onderzoek). Ook in de  
61 interviews met medisch specialisten kwam deze gemengde presentatie aan de orde, waarbij zij  
62 aangaven zich vooral te ergeren aan de onoverzichtelijke voorgeschiedenis. Daarnaast zijn specialisten

63 niet gewend om te werken met het SOEP-systeem, en missen zij hun eigen kopjes voor anamnese en  
64 lichamenlijk onderzoek.

65 Het gebrek aan onderscheid tussen relevante en niet-relevante informatie werd in de literatuur niet  
66 eerder benoemd. Mogelijk speelt ook hierbij *ZorgDomein* een rol, omdat informatie uit de episodelijst  
67 en het jaarnaal vaak rechtstreeks worden geïmporteerd in de verwijfsbrief. Blijkbaar wordt deze  
68 informatie vervolgens door de verwijfsend huisarts niet aangepast of op maat gemaakt voor de  
69 ontvanger.

70

## 71 **Afkortingen**

72 Er werd regelmatig gebruik werd gemaakt van afkortingen in de verwijfsbrief. Vaak waren dit  
73 algemeen gangbare medische afkortingen (zoals *pulm VAG*), maar soms ook zelfbedachte afkortingen.  
74 Overigens was het gebruik van afkortingen in de brieven van medisch specialisten frequenter en viel  
75 op dat daar ook regelmatig afkortingen voor specialistische termen werden gebruikt. Dit laatste werd  
76 ook benoemd in de interviews met huisartsen, die aangaven dat ze vaak gebruikte afkortingen niet  
77 begrijpen. Dat het gebruik van afkortingen kan leiden tot verwarring wordt ook benoemd in de  
78 literatuur, vooral omdat sommige afkortingen meerdere dingen kunnen betekenen (zoals *OAC* voor  
79 orale anticonceptie en voor orale anticoagulantia).<sup>10</sup>

80

81 *Twee weken later ontvangt de huisarts een lange brief met uitslagen en beleid. Darmkanker met*  
82 *levermetastasering, helaas. De huisarts bezoekt patiënt en bespreekt wat hij wil nu hij niet meer beter*  
83 *kan worden. Patiënt is er echter van overtuigd dat hij wél kan genezen en na een ongemakkelijk*  
84 *gesprek doet de huisarts navraag bij de medisch specialist. Er blijkt inderdaad sprake van een*  
85 *curatieve opzet. ‘Waarom staan die brieven dan ook altijd vol met afkortingen en staat nergens*  
86 *expliciet dat dit een curatief traject is, ik kan toch niet van alle types tumor alles weten?’*

87

## 88 **Behandelopties**

89 In de 369 brieven van medisch specialisten viel op dat er vaak uitgebreide informatie wordt gegeven  
90 over de uitkomsten van de verrichte diagnostiek. Gegevens over de prognose, de intentie van de  
91 behandeling (curatief of palliatief) en over de verschillende behandelopties en de argumentatie voor  
92 een bepaalde keuze vaak ontbrak vaak. Dit is in overeenstemming met eerdere literatuur.<sup>11-13</sup> Toch is  
93 het opvallend omdat huisartsen een duidelijke rol spelen bij patiënten met kanker, ook als deze onder  
94 behandeling zijn in de tweede of derde lijn.<sup>14,15</sup> Patiënten benaderen in deze periode hun huisarts voor  
95 klachten, die soms een uiting van de ziekte en soms een bijwerking van de behandeling zijn.<sup>16,17</sup> Ook  
96 in de periode na de behandeling is de huisarts vaak belangrijk in de zorg. Dit gold altijd al voor de  
97 terminale fase, maar op dit moment het verschuiven van nazorg en follow-up naar de eerste lijn ook  
98 actueel.<sup>14,18</sup> Bovendien heeft de huisarts regelmatig een rol in de emotionele ondersteuning van patiënt  
99 en familie.<sup>15</sup> Zeker in het Nederlandse gezondheidssysteem, waar de huisarts als poortwachter als ‘spin  
100 in het web’ fungeert, lijkt het uitermate van belang dat de huisarts goed op de hoogte is van details  
101 over zowel diagnose als behandeling(smogelijkheden).

102

## 103 **Ongedeelde informatie**

104 Tot slot viel op dat sommige informatie slechts zeer zelden werd gedeeld. Dit gold voor opmerkingen  
105 over reanimatiebeleid, maar ook voor psychosociale informatie. In de onderzochte dossiers werden

106 echter vrijwel geen notities over telefonisch contact gevonden, het is niet te achterhalen of er geen  
107 contact plaatsvond of dat hier geen aantekeningen over werden gemaakt.

108

## 109 **Aanbevelingen**

110 Het schrijven van brieven is naar ons idee niet zelden een sluitpost na een drukke dag. Zowel  
111 huisartsen als medisch specialisten maken gebruik van de informatie die ze tijdens hun eigen consult  
112 hebben opgeschreven en laten dat door de computer exporteren naar een brief. Het lijkt er op dat deze  
113 informatie vervolgens niet wordt toegesneden op de ontvanger. In vervolgonderzoek zal moeten  
114 worden bekeken welke informatie huisartsen en medisch specialisten graag zouden willen ontvangen  
115 van de andere partij. Tot die tijd kunnen op basis van de literatuur en dit onderzoek in elk geval de  
116 volgende aanbevelingen aan huisartsen worden gegeven:

- 117 - Vermeld altijd de reden van verwijzing
- 118 - Zorg voor een nette medische voorgeschiedenis met alleen relevante problemen
- 119 - Zorg voor een overzichtelijke lijst met actuele medicatie
- 120 - Maak de anamnese overzichtelijk en gestructureerd
- 121 - Vermijd afkortingen
- 122 - Schrijf de brief met de ontvanger (in dit geval de medisch specialist) in gedachten
- 123 - Aarzel niet om bij behoefte aan meer of meer specifieke informatie dan vermeld in de  
124 specialistenbrief, telefonisch contact op te nemen

125

126

127 **De kern**

- 128 - Zowel huisartsen als specialisten zijn ontevreden over de onderlinge communicatie.  
 129 - We exploreerden in een kwalitatieve studie welke informatie wordt uitgewisseld over  
 130 patiënten met kanker en waar mogelijkheden voor verbetering liggen.  
 131 - Brieven kunnen meer dan nu het geval is, geschreven worden met de ontvanger in gedachten.

132

133

Onderwerp	HASP	Dit onderzoek
Tijdigheid	<i>‘Het verwijsbericht is beschikbaar in de tweede lijn op het moment van overname’ en ‘Het ontslagbericht vanuit de polikliniek volgt zo snel 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.’</i>	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 bij verwijsbrieven de belangrijkste informatie soms samengevat onder het kopje ‘reden voor verwijzing’ en bij specialistenbrieven onder het kopje ‘samenvatting’.
Inhoud per kopje	De HASP geeft inhoudelijk per kopje suggesties welke informatie opgenomen kan worden.  Zo staat bij verwijsbrief onder het kopje ‘Episodelijst’: <i>“Een opsomming van de actuele gezondheidsproblemen van de patiënt; aangevuld met belangrijke eerdere problemen, achtereenvolgens:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- open episodes met vlag;</li> <li>- afgesloten episodes met vlag;</li> <li>- open episodes zonder vlag.”</li> </ul>	De opvallende bevindingen zijn samengevat in het artikel.  Wat betreft de episodelijst in de verwijsbrief zou bijvoorbeeld aan de aanbevelingen kunnen worden toegevoegd: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verwijder niet-relevante episodes</li> <li>- Zorg voor een chronologische weergave.</li> </ul>

134 **Tabel 1: De aanbevelingen van HASP<sup>19</sup> naast de resultaten van dit onderzoek.** De richtlijn HASP  
 135 (informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist) is opgesteld door het NHG en de FMS  
 136 (Federatie Medisch Specialisten) en bevat aanwijzingen voor de onderlinge communicatie.  
 137

138

139

140 **Literatuur**

- 141 1. Sussman J, Baldwin LM. The interface of primary and oncology specialty care: From diagnosis  
142 through primary treatment. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2010;40:18–24.
- 143 2. Nazareth I, Jones L, Irving A, Aslett H, Ramsay A, Richardson A, et al. Perceived concepts of  
144 continuity of care in people with colorectal and breast cancer - a qualitative case study analysis.  
145 *Eur J Cancer Care (Engl).* 2008;17:569–77.
- 146 3. Spiegel W, Zidek T, Karlic H, Maier M, Vutuc C, Isak K, et al. Cancer patients' perception of  
147 information exchange between hospital-based doctors and their general practitioners. *J Eval*  
148 *Clin Pract.* 2010;16(6):1309–13.
- 149 4. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WHGM, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J.  
150 How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey.  
151 *BMC Health Serv Res.* 2009;9(143).
- 152 5. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al.  
153 Communication in healthcare: A narrative review of the literature and practical  
154 recommendations. *Int J Clin Pract.* 2015;69(11):1257–67.
- 155 6. Westermann R, Hull F, Bezemer P, Gort G. A study of communication between general  
156 practitioners and specialists. *Br J Gen Pract.* 1990;40:445–9.
- 157 7. Stegmann ME, Meijer JM, Nuver J, Havenga K, Hiltermann TJN, Maduro JH, et al.  
158 Correspondence between primary and secondary care about patients with cancer: A qualitative  
159 mixed-methods analysis. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2018;(June 2017):e12903.
- 160 8. Grol R, Rooijackers-Lemmers N, Van Kaathoven L, Wollersheim H, Mokkink H.  
161 Communication at the interface: Do better referral letters produce better consultant replies? *Br*  
162 *J Gen Pract.* 2003;53(488):217–9.
- 163 9. Bal R, Mastboom F, Spiers HP, Rutten H. The product and process of referral. Optimizing  
164 general practitioner-medical specialist interaction through information technology. *Int J Med*  
165 *Inform.* 2007;76S:S28–34.
- 166 10. Girbes AC. Abbreviations in daily language: stop it. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2017;161(D1414.  
167 Dutch.).
- 168 11. Graham PH, Wilson G. Letters from the radiation oncologist: Do referring doctors give a  
169 damn ? *Australas Radiol.* 1998;42:222–4.
- 170 12. McConnell D, Butow PN, Tattersall MHN. Improving the letters we write: an exploration of  
171 doctor–doctor communication in cancer care. *Br J Cancer.* 1999;80(3–4):427–37.
- 172 13. Tattersall MHN, Monaghan H, Griffin A, Scatchard K, Dunn SM, Butow PN. Writing to  
173 referring doctors after a new patient consultation: What is wanted and what was contained in  
174 letters from one medical oncologist? *Aust N Z J Med.* 1995;25(5):479–82.
- 175 14. Rubin G, Berendsen A, Crawford SM, Dommert R, Earle C, Emery J, et al. The expanding role  
176 of primary care in cancer control. *Lancet Oncol.* 2015;16(12):1231–72.
- 177 15. Nederlands Huisartsen Genootschap. Website: Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk  
178 NHG-standpunt. 2014. <https://www.nhg.org/themas/publicaties/>.
- 179 16. Brandenbarg D, Roorda C, Groenhof F, Havenga K, Berger MY, de Bock GH, et al. Increased  
180 primary health care use in the first year after colorectal cancer diagnosis. *Scand J Prim Health*  
181 *Care.* 2014;32(2):55–61.
- 182 17. Roorda C, de Bock GH, van der Veen WJ, Lindeman A, Jansen L, van der Meer K. Role of the  
183 general practitioner during the active breast cancer treatment phase: an analysis of health care

- 184 use. Support Care Cancer. 2012;20(4):705–14.
- 185 18. Brandenbarg D, Roorda C, Stadlander M. Patients' views on general practitioners' role during  
186 treatment and follow-up of colorectal cancer: a qualitative study. Fam Pract. 2016;1–5.
- 187 19. NHG-FMS-kerngroep Revisie HASP 2017. Guideline information exchange general  
188 practitioner and medical specialist (Richtlijn HASP). 2017.

189

#### 190 **Auteursinformatie**

191 UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde, Ouderengeneeskunde en Verloskunde, Groningen:  
192 Mariken. E. Stegmann, aiotho, [m.e.stegmann@umcg.nl](mailto:m.e.stegmann@umcg.nl); dr. J.M. Meijer, huisarts; dr. A.J. Berendsen,  
193 huisarts.

194

195 Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

196 Financiering: Voor de besproken studie ontvingen we een subsidie van de Stichting Stoffels Hornstra.

197

#### 198 **Gerelateerde informatie**

199 NHG-standpunt Oncologische Zorg in de Huisartsenpraktijk

200 HASP-richtlijn

201

202

#### 203 **Beeld-suggestie**

204 Zie bijgevoegd bestand

205