



Universiteit
Leiden

The Netherlands

Een slak laat sporen na; Hoe trage berichtgeving huisarts en patiënt hindert

Citation

Een slak laat sporen na; Hoe trage berichtgeving huisarts en patiënt hindert. (2010). Een slak laat sporen na; Hoe trage berichtgeving huisarts en patiënt hindert, *154*(51-52), A2895. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/120102>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License:

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/120102>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Een slak laat sporen na

HOE TRAGE BERICHTGEVING HUISARTS EN PATIËNT HINDERT

Just A.H. Eekhof, Margot Heijmans, Angelique A.C.M. Meskers-van Geel en W.J.J. (Pim) Assendelft

Dames en Heren,

Van alle klachten waarmee patiënten op het spreekuur van de huisarts komen, wordt maar een klein gedeelte (3%) naar een medisch specialist verwezen.¹ Het merendeel van de klachten handelt de huisarts zelf af. Ook als een patiënt bij een medisch specialist onder behandeling is, komt de patiënt nog vaak bij de huisarts. Dit kan zijn vanwege toename van diezelfde klacht, vanwege iets wat de specialist heeft gezegd maar niet helemaal is begrepen, vanwege bijwerkingen van gegeven medicijnen of vanwege een andere klacht.

Voor de continuïteit van de zorg aan zijn patiënten moet de huisarts, als de patiënt met problemen of vragen komt, geïnformeerd zijn over de actuele stand van zaken van diens medische situatie. Hiervoor is het belangrijk dat hij tijdig op de hoogte is van nieuw gestelde diagnoses, van uitkomsten van onderzoek en diagnostiek en van het voorgestelde beleid bij ontslag uit het ziekenhuis.

De ervaring leert dat dit niet altijd de dagelijkse praktijk is. Aan de hand van twee casussen wordt geïllustreerd waar de huisarts in zijn dagelijks werk tegenaan loopt door trage, onvolledige of afwezige informatie.

Patiënt A, een 50-jarige man, kwam bij de huisarts op het spreekuur omdat hij een drukkend gevoel op de borst had en benauwd was. De voorgeschiedenis vermeldde dat hij bekend was wegens schizofrenie en dat hij in het verleden tweemaal een trombosebeen had doorgemaakt. Hij was een alleenstaande man met wie de communicatie enigszins moeilijk verliep. Hierdoor was het soms lastig het medische probleem waarvoor hij kwam helder te krijgen. Hij gebruikte geen medicatie. De man was een fanatieke sporter en deed aan cardiofitness op de sportschool. De klachten waren de dag voor het bezoek begonnen en hij kwam naar de huisarts omdat de klachten toenamen.

Bij auscultatie van de longen hoorde de huisarts niets afwijkends. De polsfrequentie bedroeg 100 slagen/min en de ademhalingsfrequentie was hoog.

Gezien de medische voorgeschiedenis, de onverklaarbare benauwdheid met hoge polsfrequentie en snelle ademhaling, besloot de huisarts na telefonisch overleg met de internist de man in te sturen. Zowel aan de telefoon, als in de schriftelijke verwijsbrief was de vraagstelling aanwezigheid van een longembolie uit te sluiten.

*Leids Universitair Medisch Centrum,
afd. Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leiden.*

*Dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog;
drs. M. Heijmans en prof.dr. W.J.J. Assendelft,
huisartsen.*

Drs. A.A.C.M. Meskers-van Geel, huisarts, Leiden.

*Contactpersoon: dr. J.A.H. Eekhof
(j.a.h.eekhof@lumc.nl).*

De man werd gezien op de afdeling Spoedeisende Hulp en mocht aan het einde van de middag weer naar huis. De patiënt belde naar de huisartspraktijk om door te geven dat ze in het ziekenhuis niets gevonden hadden. De volgende dag had de huisarts nog geen bericht ontvangen van het ziekenhuis.

Twee dagen later meldde een buurvrouw telefonisch aan de huisarts dat de man dood in zijn huis was gevonden. Door de gemeentelijke lijkschouwer werd obductie aangevraagd. De doodsoorzaak bleek een massale longembolie te zijn.

De dag na het aantreffen van de overleden patiënt en de obductie arriveerde het ontslagbericht van het ziekenhuis bij de huisarts: er waren verschillende onderzoeken gedaan, waaronder ecg, bloedonderzoek, en röntgenopnamen van de thorax, maar er was geen specifiek onderzoek gedaan om de aanwezigheid van een longembolie uit te sluiten. Bij telefonische navraag bleek dat de internist deze diagnose niet in zijn eigen differentiaaldiagnose had staan, hoewel dit wel de vraag was in de verwijzing van de huisarts. Als de huisarts het bericht eerder had ontvangen, zou hij hier zeker direct actie op ondernomen hebben. De veronderstelling dat een longembolie was uitgesloten, had de huisarts ten onrechte gerustgesteld.

Patiënt B, een 57-jarige man, kwam bij de huisarts wegens pijn in onderbuik en bij het plassen. Bij rectaal toucher werd een pijnlijke, vergrote prostaat vastgesteld. Onder de diagnose 'prostatitis' werd patiënt behandeld met een kuur co-trimoxazol gedurende 2 weken.

Omdat de klachten na 2 weken niet verdwenen waren, werd de duur van de antibioticakuur met nog 2 weken verlengd. Een week later kwam de patiënt terug op het spreekuur, wegens toename van de pijnklachten. In overleg met een uroloog werd gestart met behandeling met ciprofloxacine. 2 weken later waren de klachten nog niet over. Na telefonisch overleg met de uroloog kon de patiënt de volgende dag gezien worden op de polikliniek.

4 maanden nadien kwam de dochter van patiënt voor zichzelf op het spreekuur. Aan het eind van het consult vertelde zij dat zij zich zorgen maakte over haar vader: bij hem was prostaatcarcinoom vastgesteld en hij was hierdoor erg van slag.

Omdat de huisarts niet wist van deze gestelde diagnose, nam deze dezelfde dag contact op met patiënt. Die vertelde hem dat hij nog steeds veel pijn in de onderbuik had. Hoewel er op de botscan geen uitzaaiingen gevonden waren, zou hij niet worden geopereerd, maar zou binnenkort gestart worden met lokale bestraling. Patiënt was erg ongerust en begreep niet waarom hij niet geopereerd werd. Via een advertentie in de krant had hij een uroloog in een privékliniek in Duitsland gevonden en had daar voor de volgende week een afspraak voor een second opinion gemaakt.

De huisarts had na 4 maanden nog geen steeds bericht van de uroloog (in Nederland) ontvangen. Hierop belde de huisarts naar het ziekenhuis. Het secretariaat gaf door dat er nog geen polikliniekbrief gemaakt was, maar dat deze snel zou worden geschreven.

Patiënt kwam daags na het bezoek aan de Duitse uroloog bij de huisarts op het spreekuur: de grond onder zijn voeten was weggeslagen. De Duitse uroloog had hem verteld dat er waarschijnlijk wel metastasen waren, omdat de prostaatspecifiek antigeen (PSA)-waarden erg hoog waren.

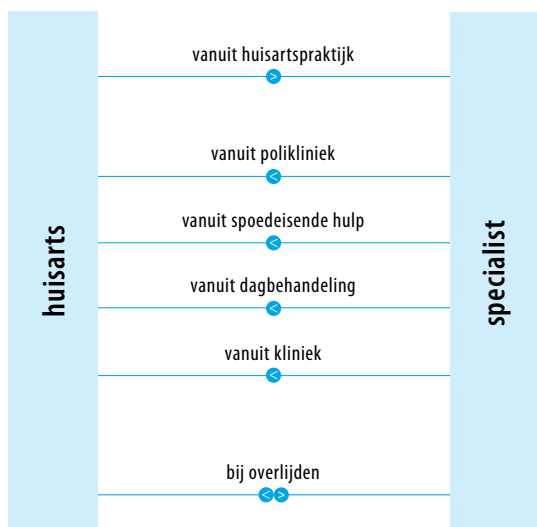
Kort na dit bezoek kwam ook de gevraagde brief van de Nederlandse uroloog binnen: '... prostaatcarcinoom T3G7NXMo, PSA 296, botscan en CT beide negatief. Na overleg in oncologiebespreking besloten tot combinatie radiotherapie en hormonale therapie...' (betekenis T3G7NXMo: T3: tumor strekt zich uit buiten de prostaat; G7: gleasonscore 7, wat wijst op een matige prognose; NX: regionale lymfeklieren konden niet worden bestudeerd; Mo: geen metastasen op afstand; referentiewaarde PSA: < 3,5 µg/l).

BESCHOUWING

De hierboven gepresenteerde casussen illustreren hoe de zorgverlening van de huisarts nadelig wordt beïnvloed doordat hij laat, of soms helemaal geen informatie over zijn patiënten ontvangt. De consequenties hiervan kunnen leiden tot vertraging in de diagnostiek en behandeling, tot onnodige ongerustheid of tot onterechte geruststelling, wat soms zelfs noodlottig voor de patiënt kan zijn. Het lastige voor de huisarts is daarbij dat hij in die gevallen niet weet welke informatie hij níet krijgt.

Patiënt A werd door huisarts naar de SEH verwezen om een levensbedreigende aandoening uit te sluiten; de huisarts had dit zowel bij de telefonische, als in de schriftelijke verwijzing vermeld. Pas achteraf bleek dat op de SEH aan deze vraagstelling geen aandacht was besteed. De huisarts werd misleid doordat de mondelinge overdracht van informatie via de patiënt onvolledig was. De huisarts werd direct na ontslag op de SEH niet geïnformeerd door de behandelend specialist; het bericht kwam na 3 dagen en dat was in dit geval te laat. Als de huisarts echter dezelfde dag of de dag erna een elektronisch bericht had ontvangen en daarin had gezien dat er geen diagnostiek was gedaan naar longembolie, had hij daar actie op kunnen ondernemen. Het blijft natuurlijk onzeker of dit de fatale afloop had kunnen voorkomen.

Patiënt B werd verwezen vanwege pijn in de buik bij een urineweginfectie. Er was aanvankelijk enige malen telefonisch overleg tussen huisarts en uroloog. Bij aanvullende diagnostiek door de uroloog bleek dat er sprake was van een prostaatcarcinoom. De uroloog had de huis-



FIGUUR Momenten van informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist.

arts niet over deze ernstige, nieuwe diagnose geïnformeerd. Na 4 maanden had de huisarts nog geen bericht ontvangen. De patiënt was erg van slag door de gestelde diagnose en begreep niet waarom hij niet werd geopereerd. Omdat de Nederlandse uroloog hem hier geen goed antwoord op had gegeven, is de patiënt zelf naar zekerheid gaan zoeken door een second opinion in Duitsland aan te vragen. Indien de huisarts wel tijdig op de hoogte was geweest en de patiënt had kunnen begeleiden, had hij de patiënt waarschijnlijk onrust en onzekerheid kunnen besparen, onder andere door meer informatie te geven over de plaatsbepaling van operatie bij prostaatacarcinoom. Een second opinion was dan mogelijk niet nodig geweest.

INFORMATIE-UITWISSELING TUSSEN SPECIALIST EN HUISARTS

De gesignaleerde problemen van het niet of te laat bericht geven, of van het niet gericht beantwoorden van een vraag zijn niet nieuw. De valkuilen in de schriftelijke informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist zijn regelmatig beschreven. In onderzoeken uit 1988 en 1990 ontving de huisarts van 25% van de opgenomen patiënten geen brief en de gemiddelde duur voordat een brief de huisarts bereikte was 25 dagen.^{2,3} De vertraging werd destijds vooral aan achterstand op de typekamer toegeschreven.^{3,4} Volgens een recent onderzoek vindt 62% van de specialisten dat hun brief op tijd wordt verstuurd, terwijl slechts 23% van de huisartsen die mening deelt.⁵ Huisartsen vinden dat de vraagstelling in hun verwijfsbrief in 40-50% van de gevallen niet voldoende beantwoord wordt door de specialisten.^{3,5} Volgens een ander onderzoek beantwoorden specialisten de vraagstelling

van de huisarts in 13% van de gevallen expliciet in hun ontslagbrieven, in 62% impliciet, en in 25% geheel niet.⁶

RICHTLIJN VOOR ONDERLINGE INFORMATIE-UITWISSELING

Om de informatie-uitwisseling te verbeteren hebben de Orde van Medisch Specialisten en het Nederlands Huisartsen Genootschap samen afspraken gemaakt over optimale de informatie-uitwisseling (figuur en tabel).⁷ De richtlijn geeft informatie over hoe brieven er uit moeten zien en over logische momenten voor informatie-uitwisseling. Ook over het tempo waarmee de brief moet worden gestuurd wordt een duidelijke uitspraak gedaan: 'Het is goed zich te realiseren dat tempo vaak prevaleert boven volledigheid. Dit speelt vooral bij de ontslagbrieven. De huisarts is zeer gediend met een brief op de dag van ontslag.' Deze afspraken over informatie-uitwisseling zouden de in de twee casussen beschreven problemen hebben voorkomen. Hoe komt het dat de problemen in de informatie-uitwisseling blijven voortbestaan?

De wereld van huisarts en specialist zijn nog steeds erg van elkaar gescheiden. Zowel huisartsen als specialisten zijn vooral betrokken bij het deel van de zorg waar zij direct verantwoordelijk voor zijn. Als een patiënt in het ziekenhuis is opgenomen, hoeft de huisarts even geen aandacht aan deze patiënt te besteden, omdat hij weet dat de specialist zich over de patiënt ontfermt. Wanneer een patiënt uit het ziekenhuis is ontslagen, richt de aandacht van de specialist zich mogelijk op andere zaken die op dat

TABEL Logische momenten in het zorgproces voor informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist

van huisarts naar specialist	van specialist naar huisarts
op het moment van verwijzen bij nieuwe problematiek of nieuwe informatie gemeld bij huisarts bij overlijden	vanuit de polikliniek: na 1e (of 2e) bezoek, zodra specialist werkhypothese of plan heeft opgesteld op de dag van ontslag uit poliklinische controle bij langdurige controle: op gezette tijden rapportage over het ingezette traject vanuit de spoedeisende hulp: op dezelfde dag vanuit de dagbehandeling: op dezelfde dag vanuit kliniek: de dag van opname (of de dag daarna) de dag van een operatie op het moment dat een nieuwe diagnose wordt gesteld als zich een wijziging in het beloop voordoet of iets dergelijks bij overlijden op de dag van ontslag

LEERPUNTEN

- De huisarts is voor zijn werk afhankelijk van actuele en volledige informatie van medisch specialisten.
- Vaak komt deze informatie door allerlei redenen niet op tijd.
- Dit kan zowel ernstige als minder ernstige, maar voor de patiënt vervelende gevolgen hebben.
- Er bestaat een richtlijn over informatie-uitwisseling tussen huisartsen en specialisten, door beide beroepsgroepen samen opgesteld, die een overzicht biedt van de momenten en het tempo van noodzakelijke informatie-uitwisseling.
- Bij verwijzen moet de huisarts zorgen voor een duidelijke verwijsbrief en opletten dat de patiënt die daadwerkelijk meeneemt naar de specialist, zodat de vraagstelling aan de specialist helder is bij het eerste consult.
- Vooral bij ontslagbrieven geldt dat tempo vaak prevaleert boven volledigheid: de huisarts is zeer gediend met een brief op de dag van ontslag.

moment urgenter zijn dan het schrijven van een ontslagbrief.

Van nieuwe ontwikkelingen zoals het (gemeenschappelijk) elektronisch patiëntendossier en snelle internetverbindingen wordt gezegd dat zij nieuwe mogelijkheden bieden. Hiermee zou informatie kunnen worden gedeeld, sneller informatie worden uitgewisseld en 'alerts' worden gegeven op van te voren vastgestelde momenten, bijvoorbeeld bij ontslag. Of deze nieuwe mogelijkheden een bijdrage gaan leveren om boven beschreven problemen op te lossen, zal de toekomst moeten leren.

HAND IN EIGEN BOEZEM

'Traagheid' en 'luiheid' zijn overigens geenszins eigenschappen die voorbehouden zijn aan medisch specialisten. Huisartsen schieten evenzeer regelmatig tekort, bijvoorbeeld door patiënten bij een verwijzing géén, een onvolledige of een te lange verwijsbrief, bestaande uit een lange lijst met onbewerkte consultteksten, mee te geven. Ook letten huisartsen er vaak onvoldoende op dat patiënten de verwijsbrief inderdaad bij de huisarts ophalen, of benadrukken zij onvoldoende dat de patiënt geacht wordt

bij het 1e bezoek aan de specialist de verwijsbrief mee te nemen. Het gevolg is dat de specialist niet weet met welke vraagstelling de huisarts de patiënt heeft verwezen. Dit kan op de polikliniek of bij opname leiden tot ergernis, onnodige diagnostiek, medicatiefouten, enzovoorts.

Verwijs- en ontslagbrieven zijn primair bedoeld als informatieoverdracht van huisarts naar specialist en vice versa, om de continuïteit van zorg voor de patiënt te waarborgen, en mogen alleen secundair dienen als leermiddel voor een arts in opleiding of als samenvatting voor het dossier of ziekenhuisdossier van de patiënt.

Dames en heren, de huisarts is voor zijn werk afhankelijk van actuele en volledige informatie van medisch specialisten. Door allerlei redenen komt deze informatie vaak niet op tijd. Dit kan zowel ernstige als minder ernstige, maar toch voor de patiënt vervelende gevolgen hebben. De richtlijn die hierover door huisartsen en specialisten samen is opgesteld, biedt een helder overzicht van de momenten en het tempo van noodzakelijke informatie-uitwisseling. Hoewel huisartsen en specialisten ieder een eigen deel van de zorg voor hun rekening nemen, gaat het erom dat hun gezamenlijke zorg optimaal is. Het consequent elkaar tijdig en adequaat informeren leidt tot de gewenste continuïteit van zorg voor de patiënt. De huisarts is er bijvoorbeeld bij gebaat als hij tijdig (dezelfde dag) een brief ontvangt bij een nieuwe, ernstige diagnose, bij SEH-bezoek, na dagbehandeling, na een eerste polikliniekbezoek en bij ontslag van de patiënt. Wanneer huisartsen en specialisten zich meer bewust zijn dat de zorg voor een patiënt doorgaat waar hun eigen zorg ophoudt, leidt dit tot meer volledige en tijdige informatieoverdracht.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 17 november 2010

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A2895

 [Meer op www.ntvg.nl/klinischepraktijk](http://www.ntvg.nl/klinischepraktijk)

LITERATUUR

- 1 Cardol M, van Dijk L, de Jong JD, de Bakker DH, Westert GP. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: Huisartsenzorg; wat doet de poortwachter? Utrecht: NIVEL en Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2004.
- 2 Penney TM. Delayed communication between hospitals and general practitioners: where does the problem lie? *BMJ*. 1988;297:28-9.
- 3 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.
- 4 Long A, Atkins JB. Communications between general practitioners and consultants. *BMJ*. 1974;4:456-9.
- 5 Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:143.
- 6 Grol R, Rooijackers-Lemmers N, van Kaathoven L, Wollersheim H, Mokkink H. Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? *Br J Gen Pract*. 2003;53:217-9.
- 7 Buiting C, Njoo K. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen (HASP). Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2008.