



beeld: Getty Images

Reflectie is essentieel bij behandeling van patiënten met complexe problemen

# Specialistenbrieven in een digitaal tijdperk

prof. dr. Douwe Biesma,  
medisch manager divisie en  
opleider interne geneeskunde

prof. dr. Hans Bijlsma,  
medisch afdelingshoofd en  
opleider reumatologie

prof. dr. Andy Hoepelman,  
medisch afdelingshoofd en  
opleider infectieziekten

Divisie Interne Geneeskunde &  
Dermatologie, UMC Utrecht

Correspondentieadres:  
d.h.biesma@umcutrecht.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

De komst van het EPD luidt het einde in van de klassieke specialistenbrief. Dat mag niet ten koste gaan van de functies die deze brief vervult voor huisarts, continuïteit van zorg en opleiding.

**E**en elektronisch patiëntendossier (EPD) heeft als voordeel dat gegevens eenvoudig en snel toegankelijk zijn voor andere behandelaars. Niet alleen voor collega-specialisten binnen het ziekenhuis, maar ook voor collega's – zoals huisartsen en verwijzende specialisten – van buiten. Steeds vaker kunnen zij inloggen in het ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) en (delen van) het specialistendossier van hun eigen patiënten inzien. Digitale opslag en toegang vragen om aanpassingen in de manier waarop gegevens over patiënten en hun behandeling worden geregistreerd en samengevat.

## Klassieke brief

Van oudsher speelt de brief van de specialist aan de huisarts een belangrijke rol in de onderlinge

communicatie. Het afronden van een klinische opname of een poliklinisch traject vormde daarvoor het natuurlijke moment. In deze uitgebreide brief stonden voorgeschiedenis, medicatie bij opname of eerste polikliniekbezoek, anamnese, lichamelijk onderzoek en alle bevindingen van aanvullend onderzoek. In de bespreking werden – in de ideale situatie – alle gegevens van een interpretatie voorzien, differentiaaldiagnoses besproken en keuzes voor verdere diagnostiek en overwegingen inzake de therapie toegelicht. Een goede brief eindigde met een eendoordeel en een samenvatting met adviezen voor verdere controle.

Deze klassieke brief diende meerdere doelen. Omdat het vaak de enige plek in het dossier was waar de overwegingen van de specialist terug

te vinden waren, was de brief van belang voor de continuïteit van zorg. Ook in de opleiding tot specialist speelde de brief een essentiële rol, omdat een aios daarin laat zien in hoeverre zij of hij in staat is tot zorgvuldig klinisch redeneren en beslissen. Bovendien was de brief van belang voor de verdere afwikkeling van een opname. Bijvoorbeeld voor een goede medische registratie en als het gaat om financiën, voor controle op de juiste DBC-registratie. Het uitblijven van een dergelijke specialistenbrief werd dan ook als hinderlijk ervaren in de eigen praktijkvoering zonder EPD en als onfatsoenlijk tegenover de huisarts of andere verwijzer.

### **Snelle informatie**

De komst van het EPD dwingt tot nadenken over de functie van de klassieke specialistenbrief. Een groot deel van de gegevens – voorgeschiedenis, anamnese, lichamelijk onderzoek en informatie uit aanvullend onderzoek – is direct en op elk moment in te zien via werkstations in het ziekenhuis, en naar verwachting binnenkort ook voor huisartsen. Daarnaast wordt steeds vaker gebruikgemaakt van doorlopende samenvattingen, omdat daarmee de kwaliteit van de vele overdrachtsmomenten verbetert.

Het is al langer bekend dat huisartsen niet altijd de uitgebreide klassieke specialistenbrief lezen maar scannen wat zij daaruit nodig hebben. Huisartsen hechten vanwege de continuïteit van hun zorg wel veel belang aan zeer snelle informatie op hoofdlijnen en diverse momenten, bij voorkeur verstuurd per beveiligde e-mailverbinding. De NHG-richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen,

kortweg HASP, bevestigt dit en noemt dit een e-retourbericht. De meeste afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH) rapporteren hun bevindingen over patiënten al direct en digitaal aan de betreffende huisartsen. Huisartsen ontvangen ook graag een overzicht van de actuele medicatie bij elke verandering, een korte samenvatting van het gevoerde of gewijzigde beleid tijdens opname of poliklinisch traject en duidelijke adviezen over follow-up na afloop ervan.

### **Specialistische overwegingen**

De keerzijde kan zijn dat medisch specialisten en aios veel tijd besteden aan het bijhouden van het EPD, dat de berichtgeving een opeensta-

peling van korte mededelingen wordt en dat bekibbeld wordt op de zorgvuldigheid van een samenvattende periodieke verslaglegging, zeker als de arts zelf verantwoordelijk is voor het componeren en typen daarvan. Het motto 'kort is goed' wordt dan verheven tot norm. Het is veelzeggend dat in de NHG-Standaard het onderdeel 'bespreking' in het e-retourbericht optioneel is. Met enige charging kan de introductie van het EPD dus leiden tot een situatie waarbij summiere samenvattingen van gecompileerde opnames per e-brief naar de huisarts worden verzonden en waarbij voor de klinische (of poliklinische) episode wordt verwezen naar handzame doorlopende samenvattingen. Daarmee wordt specialisten en aios een natuurlijk moment voor reflectie op de patiënten, hun ziektebeelden en het beloop daarvan ontnomen. Dit is geen goede ontwikkeling, noch voor de opleiding, noch voor de kwaliteit van zorg. Ten behoeve van die kwaliteit en continuïteit moet worden gedocumenteerd welke interpretaties aan onderzoeken zijn gegeven, waarom is afgezien of juist gekozen voor specifiek aanvullend onderzoek, welke behandelbeperkingen zijn afgesproken, wat de uitkomsten zijn van multidisciplinair en intercollegiaal overleg, et cetera. Daarom moet er een alternatief komen voor de klassieke brief die verder gaat dan een korte samenvatting bij ontslag.

### **Cruciale momenten**

Ons voorstel is om te werken met twee soorten brieven van specialist naar huisarts, een korte en een lange. We maken daarbij gebruik van de aanbevelingen uit HASP, in het bijzonder voor de korte brief.

Deze korte brief bevat een samenvatting van de vraagstelling, de conclusie of diagnose, het gevoerde en te voeren beleid, aanbevelingen voor huisarts en patiënt en een overzicht van de actuele medicatie. Er staat ook in of er een lange brief volgt. De korte brief wordt verstuurd op cruciale momenten. In elk geval na een bezoek aan de SEH, aan het begin van een diagnostisch traject – dus na het eerste of tweede polikliniekbezoek –, op de dag van ontslag na een klinische opname, bij majeure wijzigingen in de situatie of het behandelbeleid en bij overlijden.

### **Meer reflectie**

Het is niet noodzakelijk om voor elke patiënt een korte én een lange brief te schrijven. De noodzaak voor een lange brief die meer reflectie, details en achtergrondinformatie evat, hangt vooral af van de complexiteit van



***Korte mededelingen  
worden de norm, zonder  
ruimte voor reflectie***

## SAMENVATTING

- Digitale dossiervorming vraagt om herziening van de klassieke wijze van corresponderen met verwijzers.
- Veel informatie over patiënten kan kort en bondig worden samengevat en verstuurd, ook in beschouwende medische vakken.
- Bij een deel van de patiënten is uit oogpunt van continuïteit, veiligheid en opleiding een uitgebreide brief nog steeds noodzakelijk.
- Ook een uitgebreide brief kan volstaan met alleen een bespreking van relevante bevindingen en overwegingen.
- Korte en lange brieven dienen onderdeel te zijn van kwaliteits- en opleidingsvisitaties.


de problematiek waarmee de patiënt kampt. De lange brief bevat een samenvatting of selectie en interpretatie van voorgeschiedenis, anamnese, lichamelijk onderzoek, medicatie en aanvullende onderzoeken. Daarna volgt een bespreking van de differentiaal diagnose inclusief een toelichting waarom en wanneer onderdelen daarvan zijn verworpen of aangenomen. De keuzes die gemaakt zijn voor diagnostiek, therapie of interventies worden toegelicht. Er wordt een samenvatting gegeven van de decursus – beloop van de ziekte, effect van interventie, complicaties, impact op patiënt en omgeving, et cetera. En de brief eindigt met de gemaakte afspraken over verdere begeleiding van de patiënt.

Deze brief wordt verstuurd na het afronden van een diagnostisch of therapeutisch traject of, in geval van een behandeling van een patiënt met een chronische ziekte, bij een jaarlijks of tweejaarlijks reflectiemoment.

Deze lange brief gaat duidelijk verder dan een korte samenvatting en is meer dan een overdracht. Aios en specialist laten hierin zien dat zij zich daadwerkelijk in hun patiënt en zijn of haar ziektebeeld hebben verdiept. Deze brief is beknopter dan de klassieke versie omdat daarin geen feitelijke herhaling van gegevens uit voorgeschiedenis, anamnese, lichamelijk onderzoek, medicatie en aanvullend onderzoek wordt gegeven. Het accent in deze brief ligt op het inhoudelijk functioneren van aios en specialisten. Deze brief is de basis voor een eventuele volgende stap, indien de behandeling van de patiënt niet het gewenste resultaat oplevert.

Een goede lange brief kan niet tot stand komen door het knippen en plakken van tekst uit het opgebouwde EPD tijdens het behandelingstraject, maar is een op zichzelf staand verhaal. Een knip- en plakbrief zal ook zeker op problemen stuiten bij een opleidingsvisitatie.

## Registratie en controle

Ook digitale specialistenbrieven hebben meerdere functies en spelen een rol bij communicatie met collega-zorgverleners, opleiding en goede zorgverlening. Daarom moeten afdelingshoofden en opleiders zich uitspreken over de eisen die moeten worden gesteld aan verslaglegging en de controle daarop. Kwaliteitsvisitaties moeten een oordeel vellen over correcte en tijdige correspondentie met andere zorgverleners, dossiervoering en verslaglegging. Opleidingsvisitaties richten zich in het bijzonder op de reflectie en beschouwingen bij patiënten met complexe problematiek. 

# veldwerk

## Bloei

Onlangs was ik bij een promotie in Rotterdam van een collega die al jaren psychiater is, en kwam daar twee van 'mijn' ex-arts-assistenten tegen. Ik had ze al enkele jaren niet meer gezien en het bleek dat ook zij, al geruime tijd psychiater, aan een proefschrift werken. Zoiets is een hele kluit, tijdens een baan als clinicus een promotie afronden. En zij zijn niet de enigen. In tegendeel. Er promoveren nu elk jaar tientallen artsen, psychologen en psychiaters op een (neuro)psychiatrisch onderwerp. Hoe anders dan toen ik in opleiding was. Het aantal promovendi in de psychiatrie was toen op één hand te tellen, en dan hield je nog wat vingers over ook.

Het heeft even geduurd, maar we zijn er: bijna op één lijn met de andere medische specialismen in het aantal aios dat als doctor het opleidingspand verlaat. De psychiatrie is volwassen geworden. Na decennia van wetenschappelijke woestenij (een enkele oase daargelaten) is wetenschappelijk onderzoek nu een onlosmakelijk deel geworden van ons vak.

De interesse in het actief deelnemen aan onderzoek is niet alleen goed voor de kwaliteit van het vak, het is een uitvloeisel van het feit dat de psychiatrie in staat is creatief talent aan te trekken. Dit enthousiasme blijkt al vroeg te beginnen: hersenen, neurowetenschappen en (dus!) de psychiatrie mogen zich in een groeiende belangstelling verheugen die al op middelbare scholen ontluikt.

Zoals een politieke partij ten onder gaat als ze geen jonge stemmers aan zich kan binden, geldt dat wetenschap verwelkt als het geen jeugdig talent kan motiveren. De snel groeiende belangstelling voor wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie suggereert dat de grootste bloeitijd van het vak nog voor ons ligt.

René Kahn,  
psychiater



De volledige richtlijn en een samenvatting voor specialisten kunt u vinden bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).