

# Schriftelijke communicatie tussen huisarts en specialist

**Nanke Luursema**

UMCG, afdeling Dermatologie  
RUG, faculteit Letteren, Informatie- en  
communicatiewetenschappen

Groningen, 30 september 2008





# Schriftelijke communicatie tussen huisarts en specialist

Een survey study bij de afdeling Dermatologie van het Universitair Medisch Centrum Groningen

Groningen, januari 2008

Auteur

Studentnummer

Afstudeerscriptie in het kader van

Opdrachtgever

Begeleider

Begeleider UMCG

mw. N.A. Luursema  
1438263

Communicatie- en Informatiewetenschappen,  
Faculteit Letteren, RUG

drs. F.W.J. Leeman  
afdeling Dermatologie , UMCG

dr. E.F.A.J. Ensink  
Faculteit Letteren, RUG

mw. M. Grave, Wenckebach Instituut

ISBN 978-90-8827-029-1

NUR 810 Communicatiekunde Algemeen

Trefw Communicatiewetenschappen, communicatiekunde, gemedieerde communicatie, schriftelijke communicatie

Omslag: Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen

© 2008 Wenckebach Ontwikkelplatform Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

## Voorwoord

Voor u ligt het eindresultaat van mijn studie Communicatie- en Informatiewetenschappen aan de Rijksuniversiteit van Groningen. Een scriptie met als basis een onderzoek op de afdeling Dermatologie van het Universitair Medisch Centrum Groningen, mede mogelijk gemaakt door het Ontwikkelplatform van het Wenckebach Instituut, ook verbonden aan het Universitair Medisch Centrum Groningen. Ik wil beide afdelingen dan ook hartelijk danken voor de mogelijkheden en hulp die ze hebben geboden, waarbij drs. F.W.J. Leeman van de afdeling Dermatologie en dr. J. Pols van het Ontwikkelplatform in het bijzonder.

Een scriptie schrijf je individueel. Iets waar ik, als liefhebber van teamwerk, af en toe veel moeite mee heb gehad. De begeleiding van dr. Ensink vanuit de Rijksuniversiteit Groningen en Manon Grave vanuit het Wenckebach Instituut zorgde echter altijd weer voor motivatie en perspectief. Ik wil beide graag bedanken voor hun hulp.

Als laatste wil ik graag een versje plaatsen die me tijdens mijn scriptieperiode vaak door het hoofd is geschoten:

*Doe maar je best, en hoe het ook gaat  
Het komt wel terecht, 't zij vroeg, 't zij laat*

Nanke Luursema

Groningen, januari 2008

# INHOUDSOPGAVE

<b>SAMENVATTING .....</b>	<b>1</b>
<b>1. INLEIDING .....</b>	<b>3</b>
1.1 AFDELING DERMATOLOGIE .....	3
1.1.1 Specialistenbrief .....	3
1.1.2 Nieuwe stijl .....	5
1.2 VERWIJZERSCONTACT .....	5
1.3 AANLEIDING .....	6
<b>2. THEORETISCH KADER .....</b>	<b>7</b>
2.1 ALGEMEEN .....	8
2.2 INFORMATIEVE EN INSTRUCTIEVE COMMUNICATIE .....	8
2.3 NEDERLANDSE HUISARTSEN GENOOTSCHAP - STANDAARD .....	10
2.4 DE SPECIALISTENBRIEF ONDERZocht .....	10
<b>3. METHODE VAN ONDERZOEK .....</b>	<b>13</b>
3.1 TYPE ONDERZOEK .....	13
3.2 ONDERZOEKSPOPULATIE .....	13
3.3 ONDERZOEKSOPZET .....	14
3.4 VRAGENLIJST .....	14
3.4.1 Betrouwbaarheid .....	15
3.4.2 Validiteit .....	15
<b>4. RESULTATEN .....</b>	<b>17</b>
4.1 ALGEMEEN .....	17
4.2 UITKOMSTEN ENQUÊTE .....	18
4.3 UITKOMSTEN INTERVIEWS .....	21
4.4 TRIANGULATIE .....	23
<b>5. CONCLUSIE .....</b>	<b>25</b>
<b>6. DISCUSSIE .....</b>	<b>27</b>
<b>LITERATUUR .....</b>	<b>29</b>
<b>BIJLAGE 1 AANKONDIGING .....</b>	<b>31</b>

<b>BIJLAGE 2 VRAGENLIJST.....</b>	<b>32</b>
<b>BIJLAGE 3 VRAGENLIJST.....</b>	<b>33</b>
<b>BIJLAGE 4 HERINNERING.....</b>	<b>38</b>
<b>BIJLAGE 5 UITKOMSTEN ENQUÊTE IN SPSS .....</b>	<b>39</b>

## Samenvatting

### Inleiding

Goede communicatie tussen huisarts en specialist is noodzakelijk. Beide dragen zorg voor dezelfde patiënt en hebben elkaar daarbij nodig. Informatie-uitwisseling gaat voornamelijk per brief. De huisarts stuurt een verwijsbrief, waarna hij zijn patiënt overdraagt aan de specialist. De specialist rapporteert zijn bevindingen terug aan de huisarts met de 'specialistenbrief'.

In dit onderzoek staat de specialistenbrief van de afdeling Dermatologie van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) centraal. De afdeling paste haar specialistenbrief in oktober 2006 aan en maakte een korte en een lange versie. De tevredenheid onder huisartsen over de aanpassingen werd nog niet systematisch onderzocht. Ook de informatiebehoefte van de huisarts inzake de specialistenbrief van de dermatoloog werd niet eerder onderzocht. Daarom heb ik antwoord gezocht op de vraag: "Op welke manier kan men de specialistenbrief wat betreft vorm en inhoud optimaliseren naar de behoefte van de huisarts?"

Doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in de wensen en behoeften van huisartsen over de terugrapportage van dermatologen van het UMCG, om daarmee de schriftelijke communicatie tussen huisarts en dermatoloog te verbeteren. Dit onderzoek kijkt naar de informatiebehoefte van de huisarts en de informatienoodzaak van de specialist. Ook onderzocht ik hoe tevreden huisartsen en specialisten zijn over de huidige vorm van schriftelijke communicatie en in welke situaties een andere vorm gewenst is.

### Methode

Een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek vormt de basis van dit onderzoek. Met een vragenlijst is het oordeel van huisartsen onderzocht over de terugrapportage en werd hun informatiebehoefte geïnventariseerd. De resultaten heb ik besproken met

twee huisartsen welke terugrapportages ontvangen en de twee assistenten in opleiding tot dermatoloog die terugrapportages schrijven.

### Resultaten

De vragenlijst werd ingevuld door 96 huisartsen (respons 37%). Na de bespreking van de uitkomsten zijn de belangrijkste resultaten:

- Huisartsen zijn tevreden over de nieuwe korte brief van de dermatoloog.
- Bij complexe diagnoses ontvangen ze graag meer informatie.
- Een complexe diagnose is voor huisartsen iets anders dan voor een dermatoloog. Een huisarts noemt aandoeningen complex wanneer hij er weinig van weet en aan kan doen, of infectieziekten die snel behandeld moeten worden. Een dermatoloog noemt iets complex wanneer de aandoening lastig op te lossen is, zoals een chronisch eczeem dat niet met de standaard behandelingen geneest.
- Huisartsen willen bij urgente (voor hen vaak complexe) situaties snel bericht. Behalve diagnose, conclusie en therapievoorstel willen zij ook informatie over wat er met de patiënt is besproken en wat er tijdens de behandeling nog van de huisarts wordt verwacht.
- Tenslotte willen huisartsen de meeste berichtgeving via brief of fax, e-mail kan in de toekomst deze media vervangen.

### Conclusie

De veranderingen in de specialistenbrief van de afdeling Dermatologie hebben het gewenste resultaat gehad. Wanneer huisartsen een aandoening als complex ervaren kan de brief worden verbeterd. De huisarts wil niet alleen meer informatie, maar wil vooral sneller op de hoogte zijn over de staat van behandeling van zijn patiënt. De bevinding dat een complexe diagnose voor huisartsen iets anders is dan voor een dermatoloog verdient aandacht, ook van andere specialismen die hun schriftelijke communicatie met huisartsen willen verbeteren.





## 1. Inleiding

Het UMCG is een enorme organisatie. Het is één van de grootste ziekenhuizen in Nederland en één van de grootste werkgevers in het noorden van het land, gelegen in de binnenstad van Groningen. Eigenlijk is het UMCG een stad in een stad, waar dagelijks ongeveer 1.000 patiënten opgenomen zijn en waar meer dan 9.000 mensen samenwerken aan zorg, onderzoek, opleiding en onderwijs. Jaarlijks zijn er ruim 31.000 opnames, komen er ongeveer 32.000 patiënten op de Centrale Spoedopvang en er studeren ongeveer 3.400 studenten.

Het UMCG heeft drie kerntaken. In de eerste plaats de zorg. Zowel patiënten die in aanmerking komen voor de algemene zorg als voor specialistische zorg kunnen in het UMCG terecht. Als tweede taak heeft het UMCG onderwijs. Het UMCG verzorgt de medische opleidingen Geneeskunde en Tandheelkunde en in samenwerking met de Hanzehogeschool de opleiding Mondzorgkunde. Daarnaast heeft het UMCG studenten uit allerlei vakgebieden in huis die hun stage of scriptie binnen de organisatie verwezenlijken. De laatste kerntaak van het UMCG is onderzoek. Onderzoek naar nieuwe technieken en behandelingen, nieuwe medicijnen en nieuwe vormen van zorg.

De organisatie van het Universitair Medisch Centrum Groningen bestaat uit de raad van bestuur met daaronder de UMC-staf. Ondersteunende Diensten en Bouw en Infrastructuur vallen daaronder. Vervolgens is de organisatie verdeeld in zes sectoren, A tot en met E welke allen een bepaald onderdeel in de geneeskunde inhouden. Onder deze sectoren worden de verschillende afdelingen verdeeld.

### 1.1 Afdeling Dermatologie

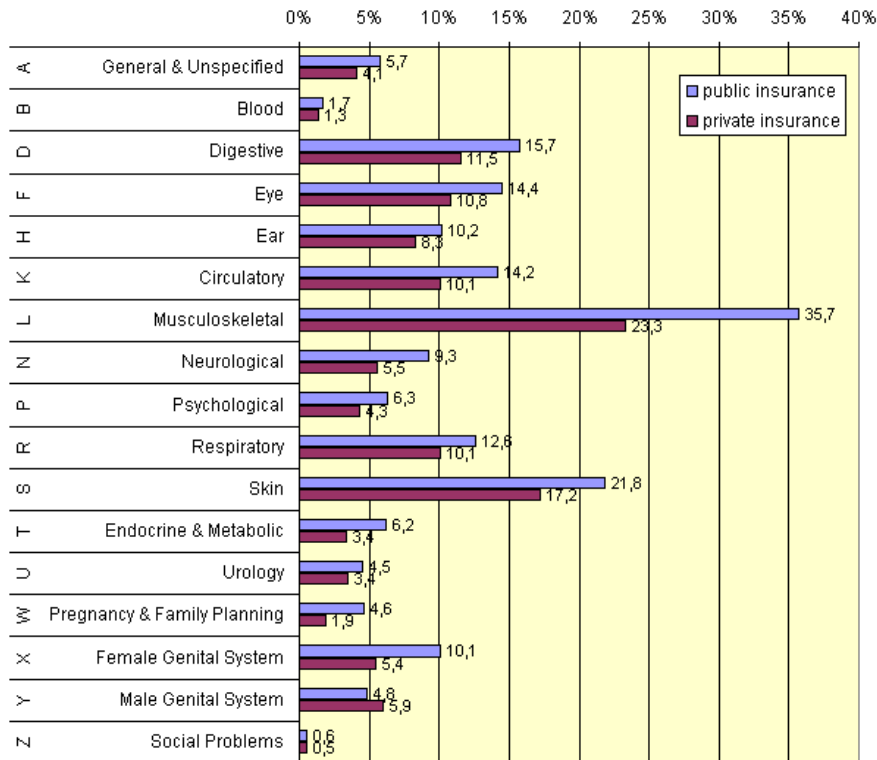
De afdeling Dermatologie behoort tot sector A van het UMCG: langdurige zorg, vaten. De afdeling heeft zeven specialisten (dermatologen) en een wisselend aantal artsen in opleiding tot specialist (AIOS') en co-assistenten in dienst. Naast de polikliniek heeft de afdeling Dermatologie een verpleegafdeling tot de beschikking bestaande uit 10 klinische bedden. Patiënten van de afdeling Dermatologie komen alleen binnen op de afdeling wanneer zij zijn doorverwezen door de huisarts door middel van een verwijfsbrief naar de dermatoloog. De huisarts heeft in veel gevallen te maken met de specialisten van de afdeling Dermatologie. Ruim 20 procent van alle verwijfsingen door huisartsen hebben betrekking op huidaandoeningen.

“De meest gestelde diagnose bij een nieuwe verwijfsing naar een medisch specialist heeft (bij een indeling naar orgaansystemen) betrekking op het bewegingsapparaat, zowel bij particuliere als bij ziekenfondspatiënten (figuur 1). Met enige afstand volgen huidaandoeningen, aandoeningen aan het maag-darmkanaal en oogaandoeningen (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg: [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl))”.

#### 1.1.1 Specialistenbrief

De vorm van de specialistenbrief naar de huisarts zoals beschreven in deze paragraaf, is zoals deze tot oktober 2006 door de afdeling Dermatologie van het UMCG werd gehanteerd.

Verschillende situaties in de terugrapportering naar de huisarts zijn mogelijk. Wanneer de dermatoloog bij het eerste bezoek van de patiënt een diagnose kan stellen en een behandelingstraject voorschrijft met medicijnen, gaat



**Figuur 1:** Aantal niet-... ..

direct een brief uit naar de huisarts. Hierin wordt de vraagstelling van de huisarts beantwoord en wordt de huisarts geïnformeerd over het behandelingstraject. Wanneer er nog geen diagnose kan worden gesteld en eerst onderzoek moet worden gedaan, gaat nog geen brief naar de huisarts. De huisarts krijgt dan pas bericht wanneer in tweede instantie de diagnose bij de patiënt gesteld kan worden en een behandelingstraject plaats vindt. Deze

laatste situatie ontstaat wanneer onduidelijkheid heerst betreffende de diagnose en meerdere onderzoeken nodig zijn om tot een conclusie en behandelingswijze te komen. De patiënt komt hierbij soms meerdere keren op consult, ziet soms verschillende specialisten en ondergaat verschillende onderzoeken. De vraag waar de dermatoloog dan mee zit, is wanneer de huisarts geïnformeerd moet worden en de terugrapportage moet worden verzonden. Tot oktober 2006 bekeek de specialist per patiënt en situatie wanneer een specialistenbrief wordt verzonden.

De specialistenbrief wordt opgesteld door de dermatoloog of een AIOS. Wanneer de brief wordt opgesteld door een AIOS, wordt deze altijd nagekeken door een dermatoloog. Op deze manier leren artsen in opleiding tot specialist hoe de brieven worden geschreven. Eventuele fouten in de brief worden verbeterd. Op initiatief van de AIOS kan de geschreven brief met de dermatoloog worden besproken. Hierna wordt de brief verzonden en een kopie van de brief gaat in de status van de patiënt. Op deze manier kan bij de volgende afspraak precies worden nagelezen wat er met de patiënt aan de hand is, wat al besproken en gedaan is en in hoeverre de huisarts op de hoogte is. De specialistenbrief fungeert dus niet alleen als brief om de huisarts te informeren, maar ook als documentatie voor in de status van de patiënt. Een collega dermatoloog kan, wanneer hij de patiënt overneemt, precies zien wat er is gedaan zonder dat hij de handgeschreven status hoeft te bekijken.

### 1.1.2 Nieuwe stijl

Tot oktober 2006 was er één vorm van terugrapporteren. Dit was een relatief lange specialistenbrief waarin alle specifieke informatie over de patiënt, de aandoening en het behandelingstraject werden besproken. Doordat de brieven vaak lang en uitgebreid waren ontstond er een achterstand in het opzetten en versturen van de brieven welke lastig was om in te lopen. Het duurde vaak te lang voordat een huisarts de specialistenbrief van de dermatoloog ontving. In oktober 2006 is de afdeling Dermatologie daarom overgestapt op twee verschillende vormen van terugrapporteren naar de huisarts, namelijk een korte brief en een lange brief, ook wel brieven 'nieuwe stijl' genoemd.

De korte brief bevat alleen een antwoord op de vraagstelling van de huisarts (wanneer deze door de huisarts in de verwijfsbrief is geformuleerd), de conclusie met de diagnose gesteld door de dermatoloog en het behandelingstraject. Het streven is dat deze brieven binnen vijf werkdagen na het eerste patiëntencontact of (wanneer een patiënt regelmatig door de dermatoloog wordt gezien)

na het constateren van een nieuw probleem, bij de huisarts zijn. Deze korte brief wordt alleen verstuurd wanneer de dermatoloog de aandoening eenvoudig vindt en meer informatie in een langere brief niet nodig acht. De lange brief bevat meer informatie en is uitgebreider betreffende de diagnose, uitslagen van onderzoek en het behandelingstraject. Deze brief wordt verstuurd wanneer er een meer complexe diagnose is geconstateerd. Bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een second opinion, een klinische opname of wanneer de patiënt doorverwezen wordt naar een expertise spreekuur. Voordat deze brief kan worden verzonden moet er vaak worden gewacht op uitslagen van het laboratorium of het oordeel van een gespecialiseerde dermatoloog. Mede de grote hoeveelheid informatie die in de brief moet worden verwerkt zorgt ervoor dat het langer duurt voordat deze brief bij de huisarts ligt (minimaal 4 weken). Daarom is er in de nieuwe stijl de regel dat een lange, gespecialiseerde brief altijd wordt voorafgegaan door een korte brief. Op deze manier is het voor de huisarts altijd duidelijk wat er met zijn patiënt gebeurt.

## 1.2 Verwijzerscontact

In de organisatie van het UMCG bestaat de afdeling Verwijzerscontact. Deze afdeling is het 'loket' voor alle zaken die te maken hebben met de relatie van het UMCG met zijn verwijzers, de huisartsen. Verwijzers kunnen hier terecht met klachten of vragen die niet direct betrekking hebben op een individuele patiënt. Verwijzerscontact heeft de zogenaamde klankbordgroep huisarts-UMCG in het leven geroepen. Deze groep, bestaande uit 15 huisartsen, vormt een klankbord voor vragen van verschillende afdelingen die betrekking hebben op de samenwerking met huisartsen. Deze vragen lopen uiteen van de telefonische bereikbaarheid van specialisten tot de mening van patiënten over de wachtruimte in de polikliniek. De huisartsenklankbordgroep komt twee tot drie keer per jaar bijeen. Van tevoren bekende vragen en onderwerpen ingezonden door afdelingen komen aan bod.

De afdeling Dermatologie heeft voor het peilen van de reacties op brieven nieuwe stijl ook gebruik gemaakt van de klankbordgroep. Tijdens een bijeenkomst met deze groep kwam naar voren dat de korte brief voor de minder complexe gevallen zeker gewaardeerd wordt. Wel willen de huisartsen graag de uitslagen van onderzoeken (wanneer deze zijn gedaan) ook gemeld hebben in de korte brief. Als reden hiervoor werd genoemd dat de patiënt vaak naar deze uitslagen vraagt wanneer hij weer bij de huisarts is. De langere brief en wanneer deze een noodzaak zou moeten zijn is niet besproken.

### 1.3 Aanleiding

De aanleiding voor dit onderzoek is de verandering in de terugrapportage naar huisartsen sinds oktober 2006. De afdeling Dermatologie wil graag weten wat het oordeel van de huisarts is over deze verandering en aan welke informatie de huisarts behoefte heeft en op welk moment in het proces. De hoofdvraag voor dit onderzoek is:

*Op welke manier kan de specialistenbrief wat betreft vorm en inhoud worden geoptimaliseerd naar de behoefte van de huisarts?*

De doelstelling bij dit onderzoek kan als volgt worden geformuleerd:

*Inzicht krijgen in de wensen en behoeften van huisartsen ten opzichte van de terugrapportage van specialisten van de afdeling dermatologie van het Universitair Medisch Centrum Groningen om daarmee bij te kunnen dragen aan een verbetering in de schriftelijke communicatie tussen huisarts en dermatoloog.*

Gekeken wordt naar de informatiebehoefte van de huisarts en de informatienoodzaak van de dermatoloog. Ook wordt onderzocht hoe tevreden huisartsen en specialisten zijn over de huidige vorm van terugrapporteren en in welke situaties een andere vorm van communicatie gewenst is.

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen opgesteld:

#### 1. Terugrapportage - huisartsen

- Leiden de brieven nieuwe stijl tot een grotere tevredenheid bij de huisarts?
- Moeten er verschillende brieven komen voor de verschillende diagnosegroepen?  
Bij welke ziektebeelden is een lange brief gewenst en wanneer een korte brief?  
Tot hoever mogen details in de brief gaan?
- In welke situaties en bij welke onderwerpen wil de huisarts de informatie van de specialist via een ander medium?

#### 2. Terugrapportage - specialisten

- In hoeverre zijn de dermatologen tevreden over het werken met de brieven in nieuwe stijl?
- Wat zijn de overeenkomsten en waar liggen de verschillen in de specialistenbrieven?  
Welk deel van de brief is procesgebonden en welk deel van de brief is persoonlijk? Welke elementen worden gebruikt in de brief bij verschillende diagnoses en hoe is de volgorde van de informatie bij de verschillende diagnoses?
- Gelden er wettelijke voorschriften voor de communicatie tussen specialist en huisarts?  
Zijn er gegevens die de specialist verplicht is de huisarts te verstrekken?  
Bestaan er standaarden voor specialisten over het schrijven van een verwijs- of specialistenbrief?

#### 3. Literatuur

- Wat staat in de literatuur over het gebruik van schriftelijke communicatie?
- Welke elementen bevat een professionele brief?
- Welke bevindingen zijn al gedaan betreffende de terugrapportage van specialisten naar huisartsen?  
Deze deelvragen zullen met behulp van een literatuuronderzoek, enquête en vier korte interviews met twee huisartsen en twee dermatologen in dit rapport worden beantwoord.

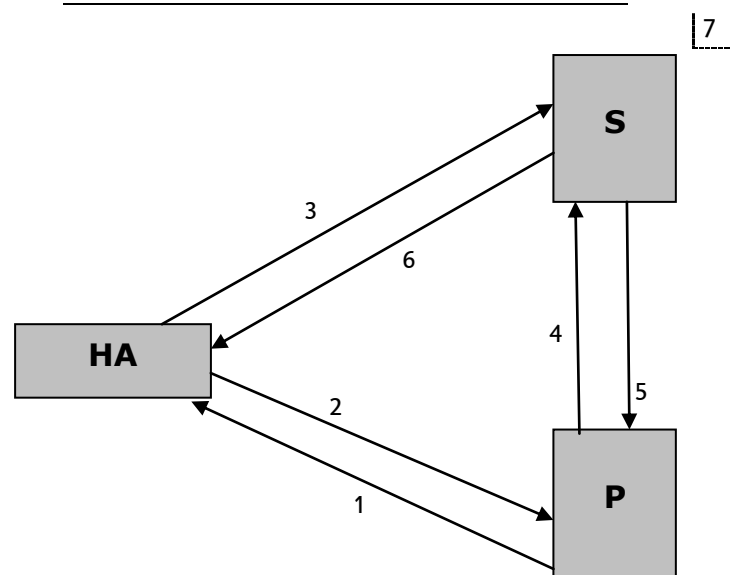
## 2. Theoretisch Kader

In medische vakbladen zijn veel artikelen gepubliceerd met als onderwerp de relatie tussen huisarts en specialist. De nadruk ligt voornamelijk op de verwijsbrief welke komt van de huisarts. In de Nederlandse gezondheidszorg is de huisarts de poortwachter naar de tweede lijn: hij zeef en stelt vast bij wie een bezoek aan de medische specialist of ziekenhuis nuttig of noodzakelijk is (Lisdonk en Schellevis, 1994).

Goede samenwerking tussen huisarts en specialist moet resulteren in een continue zorg voor de patiënt. Onafhankelijk van hoe de samenwerking precies is ingevuld, moeten huisarts en specialist op zorgmomenten elk optimaal kunnen beschikken over de op dat moment relevante gegevens van de patiënt. Wanneer een specialist een door de huisarts verwezen patiënt voor het eerst ziet zal hij moeten beschikken over de reden van verwijzing, de gegevens van de patiënt die daarbij van belang zijn en de actie die van hem wordt gevraagd door de huisarts. Gedurende de zorgperiode door de specialist zal de huisarts op de hoogte willen blijven van de inhoud en voortgang van de behandeling. Als de patiënt uiteindelijk weer wordt terugverwezen door de huisarts, zal de huisarts informatie moeten hebben over relevante bevindingen en conclusies en de verder te leveren zorg (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2000). Schematisch ziet de verhouding tussen huisarts, specialist en patiënt er uit als in figuur 2.

Te zien is een driehoeksverhouding tussen de patiënt (als leek), de huisarts (als semi-expert) en de specialist (als expert). Tussen alle partijen is sprake van tweezijdige communicatie, beide partijen hebben de mogelijkheid om te spreken. De eerste en de tweede pijl geven de eerste fase in het proces aan, de communicatie tussen huisarts en patiënt wanneer de patiënt bij de huisarts op consult komt.

Deze communicatie is tweezijdig, interpersoonlijk en gaat uit van de patiënt. De derde pijl is de verwijsbrief van de huisarts naar de specialist en is de tweede fase in het communicatieproces. Deze communicatie is gemedieerd en verloopt via een brief. De vierde en vijfde pijl geven de derde fase weer, de communicatie tussen specialist en patiënt wanneer de patiënt bij de specialist op consult komt. Ook deze communicatie is weer tweezijdig en interpersoonlijk. De laatste pijl, nummer zes is de laatste fase in het proces en geeft de terugrapportage weer van de specialist naar de huisarts. De terugrapportage gaat door middel van een brief, de communicatie is dus gemedieerd, en deze brief staat in dit onderzoek centraal.



**Figuur 2:** Communicatie tussen patiënt (P), huisarts (HA) en specialist (S)

## 2.1 Algemeen

Om communicatieprocessen en de problemen die zich daar in kunnen voordoen bespreekbaar te maken maakt men vaak gebruik van een communicatiemodel met vier componenten (Jansen et al. 2004).

De zender is degene die door middel van communicatie iets aan een ander, de ontvanger, wil laten weten. In dit geval dus de dermatoloog en de huisarts. De boodschap is wat de zender (dermatoloog) aan de ontvanger (huisarts) laat weten. In dit geval zijn dat de bevindingen over de patiënt (boodschap), via een geschreven brief. Het model omschrijft de boodschap in vier componenten.

Appelerende component: betreft het doel van de boodschap, datgene wat de zender wil bereiken. In dit geval is dat het informeren van de huisarts door de dermatoloog over de bevindingen die hij bij de patiënt heeft gedaan.

Referentiële component: betreft de feitelijke inhoud van de boodschap, de informatie over het onderwerp. De specialistenbrief bevat gegevens van de doorverwezen patiënt, de bevindingen van de dermatoloog.

Expressieve component: betreft het beeld dat de boodschap van de zender geeft, zijn normen en waarden. De specialistenbrief geeft de kunde van de dermatoloog als expert weer, maar ook de specialist als collega van de huisarts; de samenwerking tussen huisarts en specialist.

Relationele component: de manier waarop de zender tegen de ontvanger aankijkt en andersom. De huisarts ziet de dermatoloog als expert op het gebied van huidaandoeningen, degene wie hij om informatie kan vragen wanneer hij het als semi-expert niet meer kan oplossen. Daarnaast werken huisarts en specialist samen als collega's om een goede zorg voor de patiënt te bewerkstelligen.

De dermatoloog heeft met zijn specialistenbrief een bepaald doel: de huisarts zo goed mogelijk informeren over zijn bevindingen wat betreft de doorverwezen patiënt. Hij geeft antwoord op de door de huisarts gestelde hulpvraag. Daarnaast heeft de specialistenbrief van de dermatoloog vaak ook een instructief doel. Hij wil de huisarts ook informeren over hoe de patiënt verder te behandelen. De huisarts verwerft door middel van de specialistenbrief kennis over de aandoeningen en daarnaast verwerft hij ook de vaardigheid om de aandoening in de toekomst te herkennen en misschien zelf op te lossen.

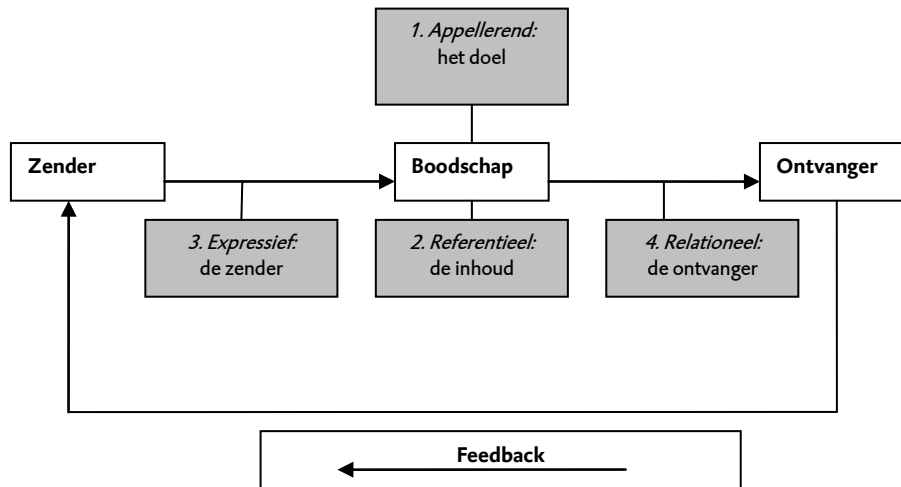
## 2.2 Informatieve en instructieve communicatie

Communicatie moet effectief zijn, zeker in een professionele context. Een goede en effectieve samenwerking tussen dermatoloog en huisarts is noodzakelijk voor de continuering van de zorg van de patiënt. Jansen et al. (2004) geven enkele criteria die helpen bij het zo effectief mogelijk communiceren bij informatieve en instructieve communicatie.

Bij communicatie met een informatief doel gaat het om overdragen van kennis. De kans op een effectieve en geslaagde overdracht van informatie wordt vergroot wanneer men rekening houdt met de volgende waarden:

Nieuwswaarde: de informatie van de dermatoloog moet voldoende aansluiten bij de voorkennis van de huisarts. Bij lastige diagnostiek moet de dermatoloog bijvoorbeeld meer uitleggen om aan te sluiten bij de voorkennis van de huisarts dan bij een simpele constatering.

Structuur: de inhoud van de brief moet voldoende samenhang hebben en de lijn moet goed te volgen zijn. Meestal is de opbouw van de specialistenbrief volgens de opbouw van het consult bij de dermatoloog. Daarnaast moet de specialistenbrief aansluiten op de verwijfsbrief van de huisarts, een eventuele hulpvraag kan worden beantwoord.



**Figuur 3:** Communicatiemodel met vier componenten

**Duidelijkheid:** het taalgebruik moet aansluiten op de taalvaardigheid van de ontvanger. In dit geval zijn beide deelnemers aan het communicatieproces arts, hierdoor bezitten ze een gemeenschappelijke medische taalvaardigheid. Dit maakt het communiceren per brief makkelijker, huisarts en dermatoloog weten beide ruim voldoende af van de medische termen welke worden gebruikt.

**Aantrekkelijkheid:** de informatie moet op een dusdanige manier gepresenteerd worden dat de huisarts zijn aandacht niet verliest en de gehele brief leest. De specialistenbrief heeft vaak nog een tweede, onderliggend doel, namelijk het geven van instructies aan de huisarts. Wanneer de patiënt niet meer onder controle staat van de dermatoloog, kan de huisarts de patiënt zelf verder begeleiden. De kans op succesvolle instructieve communicatie wordt vergroot

wanneer men rekening houdt met de volgende voorwaarden (Jansen et al. 2004):

**Handelingsgerichtheid:** de boodschap moet geconcentreerd zijn op de procedure (de acties) die de ontvanger moet uitvoeren. Achtergrondinformatie is alleen gewenst als die nodig is om onduidelijkheden of fouten te voorkomen.

**Efficiëntie:** de inhoud van de brief moet bondig zijn, alle aandacht moet gaan naar het uitvoeren van de taak.

**Inzichtelijkheid:** de inhoud van de brief moet duidelijk maken wat de logica is achter de oplossing. In dit geval de behandelingsmethode.



Leerbaarheid: als de taak op den duur ook zonder ondersteuning moet worden uitgevoerd, moet de boodschap ook helpen bij het leren van de taak

Motivatie: de brief moet niet alleen duidelijk maken hoe de boodschap uitgevoerd moet worden, maar moet de ontvanger, de huisarts, ook aansporen om de taak uit te voeren en dat nauwgezet te doen.

### 2.3 Nederlandse Huisartsen Genootschap - Standaard

De NHG-standaard is een richtlijn voor de informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen. Deze standaard is ontwikkeld door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Met behulp van de richtlijn kan worden ingevuld hoe huisarts en specialist zorginformatie rond patiënten uitwisselen bij verwijzingen van de eerste naar de tweede lijn. Het idee achter de richtlijn is dat de informatie-uitwisseling gericht zal zijn en beter de behoefte dekt als huisarts en specialist zich baseren op gezamenlijke inhoudelijke afspraken. De richtlijn schrijft daarbij een bepaalde mate van uniformiteit voor, zodat gegevens automatisch doorgestuurd kunnen worden naar een elektronisch patiënten dossier. De basis van de richtlijn zijn twee tabellen, één voor de huisarts en één voor de specialist, met rubrieken die in de uitwisseling gebruikt kunnen worden. Daarbij geeft de richtlijn een overzicht van de momenten waarop verstrekking van informatie aan de andere zorgpartij gewenst is. Het doel van de richtlijn is 'het bieden van een kader voor protocollering van zorginformatie tussen huisarts en specialist bij verwijzingen, met voldoende uniformiteit om doorsluiting van gegevens naar het Elektronisch Patiënten Dossier van de huisarts mogelijk te maken'. De richtlijn is bedoeld voor huisartsen en specialisten die binnen een regionaal samenwerkingsverband de uitwisseling van zorginformatie willen protocolleren.

De richtlijn is ontstaan vanuit een behoefte aan uniformiteit in uitwisseling van zorginformatie. Van belang is daarbij dat de richtlijn het gehele scala van gemeenschappelijke zorgtrajecten van huisartsen en specialisten kan ondersteunen. De standaard is voornamelijk gericht op het verkrijgen van landelijke uniformiteit in uitwisseling van zorginformatie tussen huisarts en specialist in gemeenschappelijke zorgtrajecten (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2000). De NHG-standaard is niet verplicht maar moet gezien worden als een richtlijn vanuit de behoefte van de huisarts.

### 2.4 De specialistenbrief onderzocht

Het verwijzen van huisartsen en de terugrapportage van specialisten is in de medische literatuur een veel besproken en onderzocht onderwerp. De informatiebehoefte van de huisarts en de specialist staan hier wisselend centraal. Men is er van overtuigd dat voor een goede patiëntenzorg de communicatie over en weer tussen huisarts en specialist essentieel is. De communicatie vindt voor een groot deel schriftelijk plaats door middel van de verwijsbrief en de terugrapportage. Beide lijken voor verbetering vatbaar. (Rooyackers-Lemmens et. al. 1998).

Een definitie voor een kwalitatief goede terugrapportage is te vinden in een Amerikaans onderzoek uit 1999. De definitie is geformuleerd op basis van discussies tussen medici en wordt als volgt omschreven:

“Een terugrapportage van hoge kwaliteit communiceert op efficiënte wijze de informatie over patiënten welke nodig is om de voortgang van de zorg voor de patiënt door de huisarts te realiseren.” (Walraven en Rokosh, 1999)

De definitie lijkt op twee fronten niet sterk. Ten eerste wordt niet uitgelegd wat de efficiëntie precies inhoudt: wanneer is er sprake van communicatie op efficiënte wijze? Daarnaast worden er geen voorstellen gedaan uit welke

elementen een brief in ieder geval moet bestaan wil hij de voortgang van de zorg niet belemmeren.

In een onderzoek uit 2000 staat centraal hoe huisartsen tegen een ziekenhuis en medisch specialisten aankijken. Belangrijkste punten van kritiek waren de slechte telefonische bereikbaarheid van specialisten, een tekortschietende communicatie met de specialisten en de lange duur van het arriveren van specialistenbrieven. Daarnaast kennen huisartsen en specialisten elkaar vaak niet persoonlijk wat een goede communicatie in de weg staat (Kingma en Kruit-Waal, 2000).

#### *Informatiebehoefte huisarts*

De terugrapportage heeft van oudsher de naam slecht geschreven te zijn, onnodige informatie te bevatten en te laat te worden ontvangen door de huisarts (Wilson et. al. 2001). In een onderzoek uit de American Journal Of Medical Quality is onderzocht welke elementen in een terugrapportage de huisarts belangrijk en nuttig vindt. In eerste instantie zijn dit de aangenomen diagnose door de specialist, en de geschiedenis van de aandoening. Ook de voorgeschreven medicatie en eventuele complicaties gedurende de periode dat de patiënt onder behandeling staat van de specialist, worden door huisartsen nuttige elementen gevonden in een terugrapportage. De belangrijkste informatie die de huisarts nodig heeft wanneer een patiënt uit behandeling gaat bij de specialist is volgens het onderzoek de voorgeschreven medische nazorg die door de huisarts moet worden begeleid (Walraven en Rokosh, 1999). Ook kwam in dit onderzoek naar voren dat brieven geschreven volgens een gestructureerde format de kwaliteit van de brieven deed verbeteren, dit in tegenstelling tot brieven die in briefstijl of narratieve vorm werden geschreven.

#### *Verwijsbrief vs. specialistenbrief*

In een Nederlands onderzoek, gepubliceerd in Huisarts en Wetenschap, welke gehouden is in 1990 zijn 200 specialistenbrieven en 200 bijbehorende verwijsbrieven geanalyseerd. De belangrijkste conclusies uit dit onderzoek

waren dat de specialistenbrieven beter verzorgd waren dan verwijsbrieven van huisartsen, specialistenbrieven niet met behulp van voorgestructureerde formulieren waren geschreven en vaak erg lang waren. Dit laatste komt overeen met de conclusie in het American Journal Of Medical Quality waarin brieven in narratieve vorm slecht werden beoordeeld. Met uitzondering van de omschrijving van de klacht van de patiënt werden er meer medische gegevens vermeld in de specialistenbrieven dan in de verwijsbrieven. Als laatste kon worden geconcludeerd dat door de specialist in alle gevallen de vraagstelling van de huisarts (wanneer deze geformuleerd was) werd overgenomen en beantwoord (Verhage-Spliet en Kersten, 1990). Ook in een onderzoek van Den Heuvel en Kaag, gepubliceerd in Medisch contact in 2004, kwam naar voren dat huisartsen voornamelijk klachten hadden over de lengte en het laat of soms niet arriveren van de brief, maar ook dat er geen antwoord werd gegeven op de vraagstelling van de huisarts of informatie over het vervolg van de behandeling. Dit in tegenstelling tot eerder genoemde conclusies. Ook is al aangegeven, dat juist het vervolg van de behandeling voor de huisarts een belangrijk element is in de brief. Een Australisch onderzoek uit 1998 trekt dezelfde conclusies: terugrapportages komen niet op tijd aan, er wordt onvoldoende informatie gegeven over de nazorg en de behandeling zoals deze door de specialist is gedaan (Bolton et.al., 1998). In het onderzoek van den Heuvel en Kaag is ook gekeken naar de klachten van specialisten over verwijsbrieven en opvallend genoeg toonden deze klachten veel overeenkomsten met de klachten van de huisartsen over de terugrapportage (Heuvel, van den en Kaag, 2004).

#### *Alternatief*

In een Nederlands onderzoek van Engelsman en Geertsema komt naar voren dat, van de verschillende specialismen, dermatologen het snelst zijn met hun terugrapportages naar de huisarts. Bij de inhoudelijke beoordeling komen de dermatologen er juist slecht van af. Bij de onderdelen prognose, beleidsadvies en vervolgfafspraken blijft de dermatoloog in gebreke (Engelsman en Geertsema, 1994).

Het elektronisch versturen van terugrapportages wordt door huisartsen als een goed alternatief gevonden voor de brief per post of fax. Huisartsen hopen hiermee ook de al eerder genoemde vertraging van terugrapportages terug te dringen. Specialisten in ziekenhuizen blijven liever bij de brief per post. Deze verschillen van mening zullen dus eerst bij elkaar moeten worden gebracht om een digitale terugrapportage te kunnen verwezenlijken (Kljakovic et al. 2004).

### *Conclusie*

De boodschap van de specialist naar de huisarts heeft volgens het model in afbeelding drie 4 componenten die ingaan op het doel en de inhoud van de boodschap. Daarnaast spelen het beeld dat de boodschap geeft van de zender (de specialist) en de relatie tussen de specialist en de huisarts een rol. De specialistenbrief van de dermatoloog heeft in eerste instantie een informatief doel. Daarnaast heeft de brief van de dermatoloog ook een instructief doel. De kans op het behalen van deze doelen bij de huisarts wordt groter wanneer er voldaan wordt aan een aantal voorwaarden. De belangrijkste voorwaarden zijn structuur, duidelijkheid, handelingsgerichtheid en efficiëntie, oftewel: samenhang, duidelijke taalgebruik, geen overbodige achtergrondinformatie en kort en bondig formuleren.

Over het algemeen kan geconcludeerd worden dat onderzoeken naar de terugrapportages dezelfde uitkomsten bevatten: de terugrapportage is vaak te lang (meer dan 2 pagina's), bevat veel onnodige informatie en het duurt te lang (langer dan 4 weken) voordat een specialistenbrief door de huisarts wordt ontvangen. In sommige onderzoeken wordt echter wel een onderscheid gemaakt tussen meer en minder complexe aandoeningen. Een complexe aandoening zou dan de aanleiding kunnen zijn voor een langere brief. Ook een regelmatige terugkerende klacht was de slechte telefonische bereikbaarheid van specialisten.

De brieven van de specialist naar de huisarts zijn een bijzondere manier van schrijven. De specialistenbrief heeft

zijn eigen regels ontwikkeld en wordt volgens een eigen format, vaak de opbouw van het consult, gevormd. De format is wel aangegeven door het Nederlands Huisartsen Genootschap maar doordat dit voor huisartsen is geschreven en niet voor specialisten, wordt in veel gevallen van de standaard afgeweken. Ook omdat de NHG-standaard uitgebreid is en in veel gevallen de onderdelen in de standaard onnodig zijn. Hierdoor is er weinig uniformiteit in de terugrapportages die de huisarts ontvangt.

Uitgaande van de resultaten van gedane onderzoeken, is er een sterke behoefte van de huisarts aan communicatie met de specialist vanwege de relatief weinig specialistische kennis waarmee de huisarts moet werken. Daarnaast vraagt een goede continuering van de zorg voor de patiënt om een goede en effectieve communicatie tussen huisarts en specialist.

### 3. Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke manier de informatiebehoefte van de huisarts, wat betreft de vorm en inhoud van de specialistenbrief, is onderzocht.

Achtereenvolgens worden het type onderzoek en de onderzoekspopulatie besproken. Vervolgens komt de onderzoeksopzet aan bod. Besproken wordt hoe de vragenlijst is opgezet en uitgevoerd en hoe de variabelen zijn geoperationaliseerd. Ten slotte zal de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek worden besproken.

#### 3.1 Type onderzoek

Uit voorgaande onderzoeken is gebleken dat specialistenbrieven over het algemeen te lang worden gevonden, en dat het te lang duurt voordat de brieven worden ontvangen. Deze onderzoeken zijn voornamelijk gericht op de specialistenbrieven welke vanuit veel verschillende disciplines worden geschreven.

Dit onderzoek richt zich op specialistenbrieven van alleen dermatologen. De specialistenbrief van dermatologen en de informatiebehoefte van huisartsen staan centraal. De specialistenbrieven zijn al in oktober 2006 aangepast, maar voor deze verandering van de brieven heeft geen onderzoek plaatsgevonden. Er is dus over het algemeen weinig bekend over de informatiebehoefte van een huisarts wat betreft de specialistenbrief van de dermatoloog. Omdat er nog relatief weinig bekend is over dit onderwerp kan het onderzoek worden getypeerd als een explorerend onderzoek. Exploratief onderzoek wordt uitgevoerd wanneer er nog niet zoveel bekend is over een bepaald onderwerp. Van tevoren zijn er nog weinig uitgesproken ideeën, maar bestaan er wel vermoedens (Baarda en de Goede, 1998).

Er wordt gebruik gemaakt van meerdere onderzoeksmethoden, zowel kwantitatief als kwalitatief

onderzoek. Dit wordt ook wel een triangulatie van onderzoeksmethoden genoemd.

#### 3.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie van dit onderzoek bestaat, zoals genoemd in paragraaf 3.1, uit huisartsen. Omdat de afdeling Dermatologie sinds oktober 2006 een verschil heeft gemaakt in haar specialistenbrieven en een deel van dit onderzoek als doel heeft de waardering voor deze verandering te meten, is er voor gekozen om huisartsen te betrekken die vanaf oktober 2006 hebben verwezen naar Dermatologie. De kans dat de onderzoekspopulatie te maken heeft gehad met de verandering in specialistenbrieven is hierdoor sterker aanwezig. Met behulp van de afdeling gegevensbeheer van het UMCG is tot een bestand gekomen van 897 huisartsen. Dat wil zeggen dat in totaal 897 huisartsen uit heel Nederland (vaak meerdere keren) hebben verwezen naar de afdeling Dermatologie van het UMCG. Omdat dit een te groot aantal is om mee te nemen in het onderzoek is het in eerste instantie de bedoeling geweest een steekproef te trekken. De afdeling Dermatologie heeft echter voornamelijk te maken met huisartsen uit de provincie Groningen die verwijzen naar het UMCG. De reden van verwijzen naar het UMCG door huisartsen speelt in het onderzoek geen rol. Er wordt niet ingegaan op de vraag waarom een huisarts voor het UMCG kiest en niet voor een ander ziekenhuis. In samenspraak met de opdrachtgever is toen besloten om alleen de huisartsen uit de provincie Groningen die het afgelopen halve jaar hebben verwezen naar de afdeling Dermatologie van het UMCG te betrekken in het onderzoek. De steekproef kan worden gekenmerkt als een convenience sample. Een convenience sample is een steekproef gebaseerd op beschikbare gegevens (Baxter en Babbie, 2004). Het aantal huisartsen dat verwezen heeft naar de afdeling Dermatologie uit de provincie Groningen is 256 waarmee de populatie voor dit onderzoek is vastgesteld.

Naast de populatie voor de vragenlijst zijn er twee huisartsen en twee AIOS' geselecteerd voor het bespreken van de resultaten van de vragenlijst. Deze personen zijn geselecteerd door at-random twee AIOS' en twee huisartsen te vragen mee te werken aan het onderzoek.

### 3.3 Onderzoeksopzet

Om een antwoord te vinden op de vraagstelling "Op welke manier kan de specialistenbrief wat betreft vorm en inhoud worden geoptimaliseerd naar de behoefte van de huisarts?" zoals deze in het eerste hoofdstuk is geformuleerd is een survey-onderzoek uitgevoerd.

"Van een survey-onderzoek is sprake wanneer er informatie nodig is over veel personen en of objecten en deze informatie wordt verzameld met behulp van vragenlijsten en/ of observatie. Bij survey-onderzoek is van tevoren precies bekend wat men wil weten, dus wat gevraagd wordt of waarnaar wordt gekeken." (Baarde en de Goede, 1998)

Meestal vindt bij een survey-onderzoek de dataverzameling plaats op één moment of in één periode. In dit onderzoek worden gegevens verzameld van huisartsen die sinds oktober 2006 hebben verwezen naar de afdeling Dermatologie van het UMCG. Er zijn 256 huisartsen benaderd. Er gaat eenmalig een vragenlijst uit naar de respondenten. Dit wil zeggen dat er sprake is van een cross-sectionele studie.

"In de cross-sectionele studie wordt op een enkel moment een aantal vragen afgenomen bij een steekproef van respondenten. In dit soort onderzoek wordt één meting verricht op één bepaald moment of in één bepaalde periode." (den Boer et.al. 1994)  
Het nadeel van een cross-sectionele studie is dat het beeld representatief is voor de situatie op dit moment. Wat ervoor is gebeurd of erna laat het onderzoek niet zien. Bepaalde ontwikkelingen kunnen niet gevolgd worden. Er is

toch voor een cross-sectionele studie gekozen omdat er op dit moment geen tijd is voor een tweede meting. Deze kan bovendien pas plaatsvinden nadat de specialistenbrief is aangepast en alweer een bepaalde periode in gebruik is.

De gesprekken welke gehouden worden met twee huisartsen en twee AIOS' vormen geen onderdeel van het cross-sectionele gedeelte. Voor deze gesprekken is gekozen omdat de verwachting is dat niet alle informatie die nodig is uit de vragenlijsten komt. Ook zijn een aantal onderzoeksvragen geformuleerd, die alleen door de schrijvers van de specialistenbrieven kunnen worden beantwoord. De gesprekken hebben de vorm van een semi-gestructureerd interview. Dit wil zeggen dat de vragen vastliggen, maar dat er wel ruimte is voor inbreng van de geïnterviewde en andere wijzigingen. Ook kan gemakkelijk van de vragenvolgorde worden afgeweken.

### 3.4 Vragenlijst

Voordat de vragenlijst is verstuurd is eerst een brief uitgegaan ter aankondiging van de vragenlijst. Deze brief is ondertekend door de opdrachtgevers en had voornamelijk als doel de bereidwilligheid tot het invullen van de enquêtes bij de huisartsen te vergroten.

De vragenlijst is ontstaan door informatie uit theoretische achtergronden zoals in hoofdstuk twee, gesprekken met dermatologen en AIOS' en uit een bijeenkomst van de afdeling Verwijzerscontact met haar klankbordgroep. In eerste instantie is uitgegaan van de huidige situatie. Dit is de situatie van de nieuwe, korte brieven. Er zijn in totaal vier vragen gesteld die betrekking hebben op de waardering voor de nieuwe, korte brief. Daarna gaat de vragenlijst uit van de gewenste situatie. Deze gaat over de informatiebehoefte van de huisarts.  
De informatiebehoefte van de huisarts is uitgelegd door middel van drie vragen die ingaan op de inhoud en het proces. Inhoudelijk gezien: van welke aandoeningen wil de huisarts meer weten. Proces gebonden gezien: wanneer wil

de huisarts geïnformeerd worden wanneer een patiënt is doorverwezen?

Daarna volgen er zowel drie vragen over de korte als over de lange brief. Deze gaan allen weer uit van de informatiebehoefte van de huisarts. De vragen over de elementen die in een specialistenbrief belangrijk zijn, zijn een essentieel onderdeel van de vragenlijst. De dermatoloog beslist op dit moment zelf in hoeverre bepaalde elementen wel of niet worden opgenomen in de brief. Hij heeft geen kennis wat betreft de behoefte van de huisarts en gaat uit van de informatie noodzaak, die door de dermatoloog bepaald wordt.

Hoewel de vragen over de lengte van de brief en de tijdsduur (hoe lang duurt het voordat een brief aankomt) voor de hand liggen en in de theorie worden besproken is er bewust voor gekozen deze vragen bij te voegen. Dit aangezien niet 'zomaar' kan worden aangenomen dat de gekozen onderzoekspopulatie hetzelfde denkt over de lengte en tijdsduur van de brieven als vermeld in de theorie.

De vragenlijst is meerdere malen met de opdrachtgever besproken. Ook de afdeling Verwijzerscontact is betrokken bij het opzetten van de vragenlijst vanwege hun kennis over de informatiebehoefte van huisartsen en het benaderen van huisartsen. Vervolgens is de vragenlijst doorgenomen met drie huisartsen welke niet mee doen aan het onderzoek. De vragenlijsten zijn op die momenten eerst ingevuld en daarna inhoudelijk besproken: zijn de vragen duidelijk, zijn er vragen overbodig of worden er vragen gemist die betrekking hebben op het onderwerp van onderzoek. Ook is gevraagd naar de lengte van de vragenlijst en de tijd die het kost om in te vullen. Na elk gesprek is de lijst aangepast waar nodig. Uiteindelijk is de vragenlijst verstuurd samen met een begeleidende brief welke refereert aan de aankondigingsbrief en het onderzoek kort beschrijft. Ook bevat de brief instructies voor het invullen en retourneren van de vragenlijst. Als laatste is een retourenvelop bijgevoegd om het de huisartsen gemakkelijk te maken de vragenlijst te retourneren. Omdat we een zo hoog mogelijk

responspercentage nastreefden is enkele weken na het versturen van de enquête een herinneringsbrief verstuurd naar de non-respons. Deze brief vindt u terug in bijlage 3.

#### 3.4.1 Betrouwbaarheid

Een onderzoek is betrouwbaar wanneer het gekozen onderzoeksinstrument bij herhaalde toepassing op dezelfde variabelen dezelfde meting geeft. Oftewel, het onderzoek en het meetinstrument zijn onafhankelijk van toeval (Baarda en de Goede, 2006).

De betrouwbaarheid van dit onderzoek is getoetst door de vragenlijst door drie huisartsen te laten invullen en beoordelen. Door middel van deze pre-testen kon de vragenlijst aangepast worden. Hierbij is gebruik gemaakt van drie verschillende respondenten. Tijdens deze pre-tests werd de vragenlijst correct ingevuld, werden de vragen begrepen en kon de vragenlijst als betrouwbaar worden gekenmerkt. Daarnaast is in de vragenlijst deels (6 van de 15 inhoudelijke vragen) gebruik gemaakt van Likert-schalen. Deze meetmethode is een gevestigde manier voor het verzamelen van data die zijn betrouwbaarheid heeft bewezen in veel onderzoeken. Door deze meetmethode ook te gebruiken in de vragenlijst wordt de betrouwbaarheid ervan vergroot.

Als laatste is de betrouwbaarheid van antwoorden op deze vragen getest door bij de resultaten betrouwbaarheidsintervallen te berekenen.

Betrouwbaarheidsintervallen geven de spreiding weer in de antwoorden. Bij een grote spreiding van de antwoorden, en een standaarddeviatie meer dan één, zijn de gegevens minder betrouwbaar dan bij een kleine spreiding en een standaarddeviatie minder dan één. Bij een standaarddeviatie groter dan één wordt dit in de resultaten vermeld.

#### 3.4.2 Validiteit

Validiteit kan omschreven worden met de vraag: wordt gemeten wat je wilt meten? Is het resultaat van de vragenlijst een afspiegeling van de mening van de

ondervraagden (Baxter en Babbie, 2004)? In dit geval: wordt met het onderzoeksinstrument daadwerkelijk de opinie van de huisartsen over de specialistenbrief gemeten? Validiteit kan worden verdeeld in interne en externe validiteit. Interne validiteit wil zeggen de mate waarin de uitkomsten van het onderzoeksinstrument adequaat kunnen worden geïnterpreteerd. Het gaat om het “waarheidsgehalte” van de onderzoeksresultaten (Baxter en Babbie, 2004).

In dit onderzoek is de interne validiteit gewaarborgd door triangulatie. Triangulatie wil zeggen dat eerdere bevindingen met nieuwe waarnemingen op basis van dezelfde waarnemingsmethode of met waarnemingen op basis van andere methoden worden geconfronteerd (den Boer, et.al., 1994). In dit geval zijn verschillende onderzoeksmethoden gebruikt. Kwantitatieve onderzoeksmethoden voor het verzamelen van een grote hoeveelheid informatie bij een grote populatie. Daarna zijn de resultaten uit het kwantitatieve gedeelte in korte interviews met dezelfde onderzoekspopulatie (huisartsen) en een andere populatie (AIOS<sup>1</sup>) besproken. Naast deze methodologische vorm van triangulatie (kwantitatief en kwalitatief onderzoek) is er ook gebruik gemaakt van datatriangulatie. Dit omdat niet alleen huisartsen zijn betrokken bij het onderzoek, maar ook de schrijvers van de specialistenbrieven. Hierdoor kan de informatiebehoefte van de huisarts worden vergeleken met de verwachtingen van de AIOS<sup>1</sup> ten opzichte van de brieven. De discrepantie tussen de informatienoodzaak volgens de dermatoloog en de informatiebehoefte van de huisarts kan door middel van datatriangulatie worden besproken. Beide partijen worden immers gehoord waardoor ervaringen en inzichten van beide partijen kunnen worden vergeleken.

Externe validiteit wil zeggen of de conclusie generaliseerbaar is naar algemenere begrippen, andere populaties en andere situaties. Oftewel, zeggen de conclusies van dit onderzoek iets over de gehele populatie van 900 huisartsen die sinds oktober 2006 hebben verwezen naar de afdeling Dermatologie van het UMCG? En daarnaast, zeggen de conclusies iets over de communicatie tussen huisartsen en specialisten in het

algemeen? In het begin van dit hoofdstuk is al besproken dat de huisartsen uit Groningen voldoende representatief staan voor de huisartsen uit de rest van Nederland die naar de afdeling Dermatologie van het UMCG hebben verwezen. De reden van verwijzen naar het UMCG en de herkomst van de huisarts spelen immers geen rol in dit onderzoek.

De vraag of de conclusies iets zeggen over de communicatie tussen huisartsen en specialisten in het algemeen is moeilijk te beantwoorden. De resultaten van dit onderzoek zullen weer leiden tot vragen over de verhouding tussen huisarts en specialist. Dit kan door middel van vervolgonderzoeken worden onderzocht. Pas dan zal ook blijken of de conclusies van dit onderzoek zover generaliseerbaar zijn.

## 4. Resultaten

In dit hoofdstuk geef ik de resultaten uit de enquête weer, verwerkt via SPSS. De bespreking van de resultaten bestaat uit twee onderdelen:

### Algemeen

In dit gedeelte bespreek ik de populatie, de respons en de non-respons. De representativiteit van de responsgroep komt uitgebreid aan bod.

### Uitslag enquête

In dit deel van het hoofdstuk volgt een analyse van verkregen resultaten. De volgende onderdelen komen aan bod:

- nieuwe procedure
- diagnosegroepen
- informatieproces
- korte brief
- lange brief
- informatie via andere media

Naast bovenstaande onderdelen geeft dit hoofdstuk de resultaten van gesprekken weer welke werden gehouden met twee AIOS' en twee huisartsen.

### 4.1 Algemeen

Van de 255 verstuurde vragenlijsten kwamen 97 retour waarvan 96 waren ingevuld. De huisarts van de niet ingevulde enquête gaf als reden weinig door te verwijzen naar het UMCG. Van de ondervraagde huisartsen werkten iets meer dan de helft in een tweemans- of groepspraktijk, de overige huisartsen werkten individueel. Huisartsen die de enquête hebben ingevuld werken gemiddeld 18 jaar als

huisarts. Het minste ervaring als huisarts is één jaar en het meeste ervaring is 35 jaar.

In totaal is de respons bijna 40 procent. Dit betekent dus een relatief grote non-respons van ruim 60 procent.

### *Non-respons*

Non-respons is dat deel van de steekproefpopulatie dat niet heeft meegewerkt aan het onderzoek. Er bestaan twee soorten non-respons:

- unit non-respons
- item non-respons

Unit non-respons is het niet verkrijgen van data van een geselecteerde persoon of groep. De persoon of groep doet geheel niet mee aan het onderzoek, volledige gegevens worden gemist.

Soms betreft non-respons alleen een enkel onderwerp van het onderzoek. Dit wordt item non-respons genoemd. Gedeeltelijke gegevens van de respons worden gemist (Groves et.al., 2004). In dit onderzoek is sprake van unit non-respons. De vraag is wat het effect is van de non-respons op de onderzoeksresultaten. Wanneer de non-respondenten andere ideeën en antwoorden hebben bij de onderwerpen die aan bod komen in het onderzoek dan de respondenten, kunnen de uitkomsten van het onderzoek verschillen van de totale onderzoeksgroep.

Non-respons kan op twee manieren worden weergegeven: Missing At Random (MAR) of Missing Not At Random (MNAR). In het eerste geval is het niet erg om een grote groep non-respondenten te hebben. De non-respons is dan volstrekt toevallig en het is aannemelijk dat de respons dezelfde eigenschappen heeft als de non-respons. Een probleem ontstaat bij de tweede optie, Missing Not At Random. Bij dit soort non-respons is een groot verschil tussen de respondenten en de non-respondenten te bemerken. De vertekening in de resultaten is hierbij afhankelijk van de grootte van de non-respons en het verschil tussen respondenten en non-respondenten



([http://www.nwo.nl/nwohome.nsf/pages/NWOP\\_5UDLWC/\\$file/WSAverslagnon respons8maart2001.pdf](http://www.nwo.nl/nwohome.nsf/pages/NWOP_5UDLWC/$file/WSAverslagnon%20respons8maart2001.pdf)).

Om te onderzoeken of er een verschil is tussen de respons en de non-respons is gekeken naar de kenmerken van de responsgroep en naar de kenmerken van huisartsen in het algemeen. Van de respons waren de volgende kenmerken bekend: het werken in een solopraktijk of meermanspraktijk, patiëntenbestand en geslacht. Deze kenmerken zijn vergeleken met die van Nederlandse huisartsen. Uiteindelijk bleken er geen grote verschillen te zijn in de deze kenmerken. Hoewel deze gegevens niet volledig zijn is het wel waarschijnlijk dat de non-respons volstrekt op toeval berust en de respons representatief kan staan voor de totale onderzoeksgroep ([www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)). Een goede respons percentage verschilt per onderzoek en per populatie. Sommige onderzoekers hanteren de volgende norm: 50 procent is acceptabel, 60 procent is goed en 70 procent zeer goed (Stoop, 2005). Daarnaast worden er onderzoeken gedaan waarbij men pas tevreden is met een respons van 75 procent. De populatie in het desbetreffende onderzoek bestond uit gezinshuishoudens. Echter zijn er ook onderzoeken waarbij men zeer tevreden is met een respons van 30 procent. De populatie van dit onderzoek bestond uit internetgebruikers waar de vragenlijst digitaal werd verstuurd. De tevredenheid over een behaalde respons is vaak per populatie verschillend en afhankelijk van de bereikbaarheid van de populatie.

In dit onderzoek was vooraf al duidelijk dat het moeilijk is om de personen uit de steekproef, huisartsen, mee te laten werken. Huisartsen hebben het druk, zijn over het algemeen lastig te bereiken en krijgen ook nog zeer vaak enquêtes met de vraag deze ingevuld te retourneren. In sommige gevallen krijgen ze hiervoor een financiële vergoeding wat het invullen aanmoedigt. In de gevallen waarin een arts geen vergoeding krijgt, moeten andere factoren aanzetten tot het invullen en retourneren van een enquête. Een goede voorbereiding van de huisarts op het verschijnen van de enquête is hier één van. In dit onderzoek is de enquête vooraf aangekondigd door middel van een brief waarin het belang van het onderzoek en de deelname aan het onderzoek duidelijk zijn gemaakt. Na de feitelijke

enquête is een brief verzonden naar alle non-respons waarin nogmaals werd gevraagd mee te doen aan het onderzoek. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in een respons van een kleine 40 procent. Hoewel dit voor algemene begrippen geen hoog percentage is, beschouw ik op grond van de gegevens zoals ze in deze paragraaf zijn vermeld de respons als voldoende representatief voor het generaliseren van de gegevens naar een grotere populatie.

## 4.2 Uitkomsten enquête

Deze paragraaf analyseert de verkregen resultaten. De statistische gegevens vindt u terug in de bijlage. Wanneer de gegevens niet eenduidig zijn en er een grote spreiding is in de antwoorden, dan wordt dit in de analyse besproken.

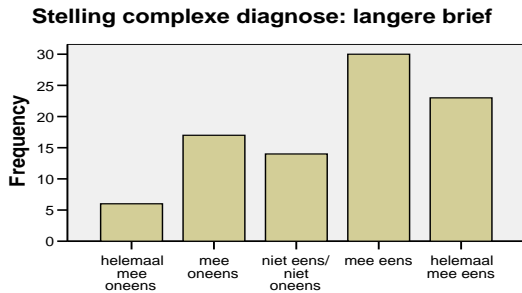
### *Nieuwe procedure*

In dit gedeelte worden de vragen besproken die betrekking hebben op de nieuwe specialisten brief van de dermatoloog sinds oktober 2006.

Een derde van de huisartsen is op de hoogte van de nieuwe specialistenbrief van de dermatoloog. Een vijfde van de huisartsen heeft de nieuwe specialistenbrief ook al ontvangen.

Van de huisartsen die de nieuwe korte brief hebben ontvangen is een zeer grote meerderheid tevreden over de inhoud. De korte specialistenbrief van de dermatoloog wordt door de meeste huisartsen als een verbetering gezien ten opzichte van de brieven die men voorheen kreeg van de dermatoloog.

In de enquête is de huisartsen de volgende stelling voorgelegd: 'Ik vind het belangrijk om bij complexe diagnoses meer informatie over de aandoening te krijgen. In die gevallen wil ik een langere specialistenbrief en wil daar wel op wachten'. Een ruime meerderheid was het met deze stelling eens en ongeveer een kwart was het met deze stelling oneens. In afbeelding 4 zijn deze gegevens grafisch weergegeven.



**Figuur 4:** bij een complexe diagnose is een langere brief gewenst

Zoals in de grafiek ook te zien is, is de spreiding in de antwoorden groot. Hoewel een meerderheid het met de stelling eens is, lopen de waarderingen voor de stelling uiteen. Hierdoor is de uitkomst van deze vraag minder zeker. De spreiding in de antwoorden kan voor een gedeelte worden veroorzaakt door de vraagstelling. De vraag behelst in feite drie vragen:

- Ik vind het belangrijk om bij complexe diagnoses meer informatie over de aandoening te krijgen
- Ik wil een langere brief
- Ik wil daar wel op wachten

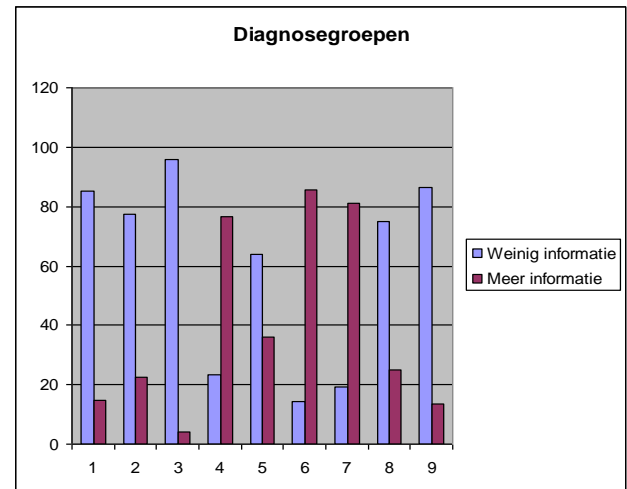
Het is voor een respondent lastig om hier een eenduidig antwoord op te geven omdat hij het misschien niet met alle onderdelen in de vraag eens is.

#### Diagnosegroepen

In de enquête is de huisartsen de vraag gesteld hoeveel informatie ze nodig hebben bij bepaalde diagnoses om hun patiënten goed te kunnen begeleiden. Van de huisartsen liet een kwart deze keuze over aan de dermatoloog. Driekwart gaf zelf aan welke diagnoses minder informatie nodig hadden van de dermatoloog en welke meer.

In figuur 5 zijn de diagnosegroepen te zien en hoeveel informatie de huisarts nodig acht.

De diagnoses Maligne huidtumoren, Immunodermatosen en Genodermatosen zijn voor huisartsen diagnoses waar ze meer informatie over willen hebben in de brief. Flebologie en Ulcus Cruris worden ook als minder complex gezien maar bij deze diagnose zijn de meningen meer verdeeld.



**Figuur 5:** hoeveelheid informatie bij verschillende diagnoses

#### Legenda afbeelding 5

1. Eczeem
2. Psoriasis
3. B Huidtumoren en Naevi
4. M Huidtumoren
5. Flebologie en U C
6. Immunoderma-tosen
7. Genoderma-tosen
8. Acneïforme dermatosen
9. Dermatosen door micro-organismen

#### Informatieproces

In de enquête zijn vragen gesteld over wanneer een bericht wordt verwacht van de dermatoloog, als een patiënt door

de huisarts is doorverwezen. De eerste vraag ging over wanneer huisartsen het eerste bericht willen ontvangen na een verwijzing.

Meer dan de helft van de huisartsen wil direct na het eerste bezoek van zijn patiënt aan de dermatoloog een korte brief. Ook als nog verder onderzoek moet worden gedaan en een definitieve diagnose nog niet kan worden gesteld. De huisarts wil later nog een brief ontvangen met de definitieve diagnose. Een derde van de huisartsen wil pas een brief ontvangen wanneer de uitslagen van vervolgonderzoeken binnen zijn en de diagnose kan worden gesteld, ook al duurt het langer voordat deze brief wordt verstuurd.

Een klein aantal geeft aan het anders te zien. Hierbij wordt voornamelijk gezegd dat het afhangt van de problematiek of diagnose. Bij “ernstige” huidandoeningen is een voorlopige eerste brief gewenst, anders pas na afloop van de diagnostiek. Ook geven enkelen aan dat deze terugkoppeling via e-mail zou moeten.

Op de vraag op welke momenten gedurende de behandeling van de patiënt de huisarts geïnformeerd wil worden nadat de eerste berichtgeving heeft plaatsgevonden, antwoordt een ruime meerderheid van de huisartsen dat hij geïnformeerd wil worden bij belangrijke wijzigingen in de behandeling. Een klein aantal wil bij elk bezoek van de patiënt aan de dermatoloog een brief, en één huisarts wil pas weer bericht van de dermatoloog wanneer de patiënt niet meer onder controle staat van de dermatoloog en de behandeling is beëindigd. Een aantal huisartsen merkt op dat beëindiging van behandeling ook een belangrijke wijziging is en kiest voor beide opties.

#### *Korte brief*

In de nieuwe procedure verstuurt de dermatoloog een snelle, korte brief wanneer bij een patiënt een minder complexe diagnose is geconstateerd. Wanneer huisartsen de vraag wordt gesteld hoe snel ze deze korte brief willen ontvangen zegt iets meer dan de helft van de huisartsen de

brief binnen één week te willen ontvangen. Ongeveer een derde noemt een termijn van twee weken. Een aantal huisartsen noemt iets anders, namelijk binnen de door de specialist aan de patiënt voorgespiegelde tijd.

De lengte van de korte brief van de dermatoloog mag volgens bijna alle huisartsen niet langer zijn dan één A4. De helft hiervan ziet de brieven het liefst nog korter, namelijk een halve A4.

In de korte specialistenbrief vindt de huisarts de volgende onderdelen het meest belangrijk:

- diagnose en conclusie
- beantwoording vraagstelling
- therapie en zorg
- beleidsadviezen aan de huisarts

Iets meer dan de helft van de huisartsen vindt ook het onderdeel ‘aan patiënt verstrekte informatie’ belangrijk. De onderdelen ‘anamnese’ en ‘vervolgafspraken polikliniek’ vinden huisartsen het minst belangrijk in een korte brief. Bij dit laatst genoemde onderdeel is er een grotere spreiding te zien in de antwoorden dan bij de andere genoemde onderdelen. Of dit onderdeel wel of niet belangrijk is in een korte specialistenbrief is daardoor onzeker.

#### *Lange brief*

Wanneer bij een patiënt een meer complexe diagnose is geconstateerd door de dermatoloog duurt het in de huidige praktijk ongeveer vier weken voordat deze brief wordt verzonden. Dit omdat vaak meer onderzoek moet worden gedaan en de inhoud van de brief minder snel vastligt.

Er is de huisartsen de vraag gesteld hoe snel ze de lange specialistenbrief willen ontvangen. Ruim driekwart van de huisartsen wil de lange specialistenbrief binnen de gestelde vier weken ontvangen. Een kleine groep zegt een termijn van vijf of zes weken prima te vinden. Daarnaast vindt een aantal dat de brief eerder binnen moet kunnen zijn, termijnen van drie weken worden genoemd of zo spoedig mogelijk binnen de mogelijkheden. Een

enkeling zegt dat het niet uitmaakt of het vier of zes weken duurt, mits er snel een voorlopig eerste bericht komt.

De lengte van de lange specialistenbrief mag voor bijna de helft van de respondenten twee A4 zijn. Daarbij wordt vaak de opmerking gemaakt: “zo lang als dat de specialist nodig acht”. Een kwart van de huisartsen vindt één A4 genoeg en iets minder dan een kwart vindt anderhalf A4 lang genoeg voor de uitgebreide specialistenbrief.

In de lange specialistenbrief vindt de huisarts de volgende onderdelen het meest belangrijk:

- diagnose en conclusie
- beantwoording vraagstelling
- beleidsadviezen aan de huisarts
- therapie en zorg

Naast bovenstaande onderdelen vindt de huisarts dat er ook aandacht moet worden besteed aan de volgende onderdelen:

- aan patiënt verstrekte informatie
- informatie over de aandoening aan de huisarts
- aanvullend onderzoek
- lichamelijk onderzoek

Bij het eerste onderdeel, de aan patiënt verstrekte informatie, is weer een grotere spreiding in de antwoorden te vinden dan bij de overige onderdelen. Dat wil zeggen dat de uitkomst bij dit onderdeel niet zeker is.

In de lange brief vinden huisartsen anamnese en vervolgspraken op de polikliniek de minst belangrijke onderdelen. Ook bij deze onderdelen is de spreiding in de antwoorden dusdanig dat de uitkomst minder betrouwbaar is.

#### *Informatie via andere media*

In de enquête is de huisartsen gevraagd via welke media ze geïnformeerd willen worden in verschillende situaties. In dit onderdeel in de enquête is een grote spreiding in de gegeven antwoorden te zien. Behalve bij het medium

telefoon en het onderwerp overlijden, zijn de verschillen in de gegeven antwoorden groot. Dit wil zeggen dat de uitkomst van dit onderdeel met minder zekerheid kan worden gepresenteerd.

Wanneer een patiënt wordt doorverwezen naar een andere specialist wil de huisarts in de helft van de gevallen geïnformeerd worden per brief. Naast de brief wil ongeveer een derde geïnformeerd worden per fax.

Bij een opname wil het grootste deel van de huisartsen geïnformeerd worden per brief. Daarnaast wordt de fax een goed medium gevonden.

Bij een overlijden willen de meeste huisartsen geïnformeerd worden per telefoon. Daarnaast vindt ruim een derde van de huisartsen de fax een goed medium. Opvallend is dat iets minder dan een derde de fax juist geen goed medium vindt om te horen dat een patiënt is overleden. De media brief en e-mail worden het minst geschikt gevonden om het overlijden van een patiënt te vernemen.

### **4.3 Uitkomsten interviews**

Om de gegevens te completeren zijn vier gesprekken gevoerd. Twee assistenten in opleiding tot specialist (AIOS') en twee huisartsen hebben hieraan meegewerkt. In deze paragraaf zullen de gesprekken worden weergegeven.

#### *Artsen in opleiding tot specialist*

In eerste instantie zijn de AIOS' gevraagd of ze tevreden waren over het werken met de brieven in nieuwe stijl. Beide AIOS' waren tevreden over het werken met de korte en lange brieven. Het grootste deel van de gevallen kan in een korte brief worden verwerkt, volgens de AIOS' staat alles wat de huisarts wil weten in een korte brief. Dat wil zeggen, beantwoording van de vraagstelling, de conclusie en de therapie die is voorgeschreven. Het nadeel van de korte brieven is dat de status van de patiënt geen lange getypte brief meer bevat waarin staat

wat tot nu toe is gedaan, maar alleen de korte brief. Patiënten wisselen nog al eens van dermatoloog en alle informatie wordt nu overgedragen via de met de hand ingevulde status. Dit betekent dat de status duidelijk moet worden ingevuld zodat collega's de aantekeningen kunnen doornemen wanneer ze een patiënt overnemen. Een nadeel van de nieuwe procedure is wanneer twee brieven moeten worden gedicteerd en de tweede brief bijna een herhaling is van de eerste brief. De tweede brief is dan nog uitgebreid met bijvoorbeeld de anamnese of, wanneer het gaat om een second opinion, een verslag hiervan. Soms zijn er geen nieuwe uitkomsten meer gevonden. Het schrijven van een tweede brief met weinig nieuwe informatie is dan extra werk en helpt uiteindelijk niet een achterstand weg te werken. Een lange brief laten volgen op een korte brief werkt in dit geval niet in de praktijk.

Wanneer de korte brief gevolgd wordt door een lange brief met daarin bijvoorbeeld uitslagen van onderzoek die in de eerste brief is aangekondigd, is het wel noodzakelijk een tweede brief te sturen.

In de gesprekken worden de verschillende diagnosegroepen besproken. De AIOS' zijn het over het algemeen wel eens met de door de huisarts aangegeven complexe diagnoses, maar verbazen zich dat hij meer wil weten wanneer er maligniteiten worden geconstateerd omdat hier ook al een aparte format voor bestaat. Door deze aparte format valt de diagnose voor de AIOS' buiten de nieuwe procedure. Flebologie en Ulcus Cruris en Eczeem zijn diagnoses die volgens de AIOS' ook een lange brief nodig hebben, maar deze worden door huisartsen als minder complex ervaren.

De inhoud van de specialistenbrieven wordt kort besproken. De vorm van de verwijfsbrief van de huisarts heeft geen enkele invloed op de specialistenbrief van de dermatoloog. Wanneer een vraagstelling is vermeld wordt deze wel altijd beantwoord.

De inhoud van de brief is voor het grootste deel procesgebonden, de volgorde van informatie staat vast (zoals het consult is opgebouwd wordt ook de brief

geschreven) en wordt door middel van tussenkopjes aangegeven. Standaard problemen krijgen ook een standaard brief. Wanneer er iets bijzonders is, hetzij met de patiënt hetzij met de aandoening, dan wordt dit wel in de brief aangegeven, maar dit kan niet als iets persoonlijks worden gekenmerkt. De lengte van de korte brief is bijna nooit langer dan 1 A4. De lange brief varieert wat lengte betreft en is de lengte afhankelijk van de aandoening en de onderzoeken die zijn gedaan bij de patiënt.

#### *Huisartsen*

In de gesprekken met de huisartsen is voornamelijk het verwachtingspatroon wat betreft de specialistenbrief van de dermatoloog besproken.

Als eerste is besproken wat de belangrijkste onderdelen zijn voor een huisarts in een brief van de specialist. Diagnose en therapievoorstel zijn voor de huisarts de belangrijkste onderdelen in een brief. De huisarts verwacht antwoord te krijgen op zijn vraagstelling, wat het traject is voor de patiënt en wat de rol van de huisarts is in dit traject. Wat snelheid betreft wordt er voor een eerste bericht een termijn gegeven van twee tot drie weken.

Onderwerpen die de huisarts graag in een brief ziet staan zijn: de reden van verwijzing, de diagnose en het therapievoorstel. Belangrijk is voor de huisarts ook om te weten of dit met de patiënt is doorgesproken. De huisarts wil weten wat hij nog moet doen en wat zijn rol verder is tijdens de behandeling van de patiënt. Wat wordt er van de huisarts verwacht wanneer een patiënt is doorverwezen?

Er is gesproken over verschillende diagnoses en bij welke de huisarts meer informatie wil hebben. Diagnoses waarbij meer informatie gewenst is zijn Maligne huidtumoren, Naevi, Immunodermatosen en in mindere mate Flebologie en Ulcus Cruris.

Chronische ziekten als eczeem, waarbij weinig haast is geboden, kunnen in een korte brief maar hoeven niet binnen een korte periode van één week gerapporteerd hoeven te worden. Bij infectie ziekten en meer complexe zaken is meer haast geboden en daarom wil de huisarts in die gevallen snel bericht, ook al is dit bericht nog niet volledig. De huisarts wil op de hoogte zijn van wat er in

deze situaties met de patiënt is gebeurd, wat de rol nog is van de huisarts.

Daarnaast wil de huisarts graag weten wat aan onderzoeken gedaan is, bijvoorbeeld of een biopsie wordt genomen. Bij bijzondere of complexe aandoeningen is een korte uitleg over de aandoening wel gewenst.

Wanneer een patiënt is doorverwezen wil de huisarts weten wanneer hij gezien is. Een snel, eerste bericht is dan wenselijk. Als er verder onderzoeken volgen, kan dit bericht worden in een tweede brief. Als de patiënt onder behandeling blijft van de dermatoloog wil de huisarts graag weten wanneer er wijzigingen zijn in het beleid dat in eerste instantie is gevolgd. Voornamelijk veranderingen in de medicatie wil de huisarts weten omdat dit ook in het dossier moet worden aangepast. Voornamelijk bij agressievere medicijnen is dit belangrijk, hoewel dit bij de afdeling Dermatologie minder snel voorkomt. Wanneer er geen wijzigingen zijn dan is een jaarlijks bericht van de dermatoloog aan de huisarts voldoende.

Tijdens het gesprek is besproken hoe de communicatie met de dermatoloog zou kunnen verbeteren. Er is onder andere gesproken over elektronische berichtgeving. Elektronische berichtgeving is niet voor iedere huisarts noodzakelijk. In sommige praktijken worden brieven met behulp van een scanner in de computer gezet en vanaf papier gelezen door de huisarts. In andere praktijken is er juist wel weer behoefte aan digitale brieven. Een reden hiervoor is dat een doorverwijzing per fax niet te controleren is. Het is onduidelijk of een doorverwijzing goed aankomt en wat er vervolgens mee gebeurt. Wanneer de berichtgeving elektronisch gaat zijn deze gevallen makkelijker te controleren. Een huisarts noemt nog dat dermatologie voornamelijk veel herkennen is. Hij zou dan ook, in de gevallen waarbij dat mogelijk is, de brief vergezeld willen zien van foto's zodat het ziektebeeld in het vervolg beter herkend wordt.

Opmerkingen van de huisarts gaan over de telefonische bereikbaarheid van de dermatoloog. De dermatoloog is

telefonisch slecht te bereiken voor bijvoorbeeld kort overleg.

#### 4.4 Triangulatie

Doordat er gewerkt is met verschillende vormen van dataverzameling (enquête en interviews), kunnen de resultaten hiervan met elkaar worden vergeleken. In deze paragraaf worden de resultaten van de enquête en de interviews op één lijn gezet. De vraag is of er discrepanties worden gevonden, of dat de resultaten elkaar juist versterken.

##### *Nieuwe procedure*

De uitkomst van de stelling: 'Ik vind het belangrijk om bij complexe diagnoses meer informatie over de aandoening te krijgen. In die gevallen wil ik een langere specialistenbrief en wil daar wel op wachten' in de enquête komt niet overeen met de uitkomst uit de interviews. In de enquête is een ruime meerderheid het met deze stelling eens. Met behulp van de betrouwbaarheidsintervallen wordt al duidelijk dat de uitkomst niet helemaal betrouwbaar is omdat er een grote spreiding in antwoorden is. Wanneer dit onderwerp in de interviews aan bod komt blijkt ook dat huisartsen bij complexe diagnoses wel graag mee informatie willen, maar hier niet lang op willen wachten. In deze gevallen wil de huisarts snel bericht, ook al is dit bericht nog niet volledig. Een tweede brief die later volgt kan de informatie volledig weergeven.

##### *Diagnoses*

Zowel in de interviews als in de enquête komen dezelfde diagnoses naar voren die door huisartsen als complex worden ervaren. In dit opzicht versterken de resultaten elkaar. Een discrepantie is te vinden in wat de huisarts als complex ervaart en wat de dermatoloog als complex ervaart.

##### *Informatieproces*

In de interviews komt heel duidelijk naar voren dat de huisarts direct een bericht wil wanneer de patiënt door de

dermatoloog is gezien. Dit eerste bericht wil hij graag binnen twee tot drie weken ontvangen. In de enquête geven huisartsen

ook aan dat ze het eerste bericht willen direct wanneer de patiënt door de dermatoloog is gezien. Dit bericht moet binnen één tot twee weken zijn ontvangen. Deze resultaten versterken elkaar. Zowel in de enquête als in de interviews komen dezelfde onderwerpen naar voren die een huisarts belangrijk vindt in een korte brief. In de interviews zijn de huisartsen nog iets explicieter maar de uitkomsten komen met elkaar overeen. In de lange brief komen uit de enquête veel verschillende onderwerpen naar voren die een huisarts in de brief wil zien. In de resultaten van de interviews is te zien dat huisartsen de onderdelen 'aanvullend onderzoek' en 'lichamelijk onderzoek' ook vermeld willen hebben in de brief, naast de onderdelen die ook belangrijk zijn in de korte brief. In de enquêtes komt dit ook naar voren, alleen minder duidelijk. Het resultaat van de interviews versterkt het resultaat op dit onderdeel en maakt de resultaten meer expliciet.

#### *Informatie via andere media*

In de enquête komt naar voren dat huisartsen de communicatie graag via brief of fax laten verlopen. E-mail kan deze media te zijner tijd vervangen. De telefoon wordt alleen in levensbedreigende situaties gebruikt. In de interviews wordt hetzelfde aangegeven. In dit opzicht versterken de resultaten elkaar.

## 5. Conclusie

Dit hoofdstuk verbindt conclusies aan de analyse van de resultaten. Via een enquête en interviews werd getracht antwoord te vinden op de vraagstelling: “Op welke manier kan de specialistenbrief wat betreft vorm en inhoud worden geoptimaliseerd naar de behoefte van de huisarts?”

De specialistenbrief van de afdeling Dermatologie van het UMCG bestond voorheen uit één lange brief met veel informatie. Het duurde lang voordat alle informatie was verzameld én het duurde lang voordat men deze had verwerkt en kon versturen. Er ontstond een achterstand, waardoor de huisarts pas na een lange periode werd geïnformeerd door de dermatoloog. Vanaf oktober 2006 vond een verandering in de berichtgeving naar huisartsen plaats. De specialistenbrief bestaat nu uit twee brieven, een korte en een lange. Een korte brief voor eenvoudige diagnoses en een lange brief voor complexe diagnoses.

Met de veranderingen in de specialistenbrief van de afdeling Dermatologie heeft men het gewenste resultaat bereikt. Huisartsen zijn tevreden over de korte specialistenbrief. In deze korte brief horen volgens hen in ieder geval de volgende onderdelen:

- reden van verwijzen
- diagnose
- therapievoorstel

De korte brief geeft de huisarts zo voldoende informatie wanneer het een minder complexe diagnose betreft.

De langere specialistenbrief van de dermatoloog is echter voor verbetering vatbaar. Bij zo'n brief is er sprake van een complexe diagnose en geeft meer informatie. Bij complexere diagnoses vindt de huisarts niet alleen meer informatie belangrijk, maar ook urgentie in de berichtgeving.

De huisarts geeft aan de volgende diagnoses als complex te ervaren:

- maligniteiten
  - immunodermatosen
  - genodermatosen
- en in mindere mate:
- flebologie en ulcus cruris

De huisarts wil in deze gevallen direct informatie ontvangen wanneer de patiënt door de dermatoloog is gezien. Een snelle korte brief is gewenst, later kan een uitgebreide brief met de nodige achtergrondinformatie volgen. In de uitgebreide brief ziet de huisarts graag de volgende onderdelen:

- aanvullend/ lichamelijk onderzoek
- aan patiënt verstrekte informatie
- informatie over de aandoening aan de huisarts

Bij het onderdeel 'aan patiënt verstrekte informatie' is het voor de huisarts belangrijk om te weten wat door de dermatoloog met de patiënt is besproken. De huisarts wil weten wat er nog van hem wordt verwacht en wat zijn rol is tijdens de behandeling van de patiënt bij de dermatoloog.

Dermatologen zijn tevreden over het werken met de nieuwe korte brieven. Een groot deel van de aandoeningen kan men in een korte brief verwerken. De brief is vooral procesgebonden en aangeleerd, er komen weinig tot geen persoonlijke kenmerken in voor. Men bouwt de brieven op volgens de opbouw van het consult met de patiënt.

Opvallend is dat een complexe diagnose voor een huisarts iets anders is dan voor een dermatoloog. Er is een betere afstemming nodig tussen huisartsen en dermatologen over wat een complexe diagnose is en waarom men er meer informatie over geeft. Deze bevinding verdient ook de aandacht van andere specialismen die hun schriftelijke communicatie met huisartsen willen verbeteren.





## 6. Discussie

In deze scriptie deed ik onderzoek naar de specialistenbrief van de afdeling Dermatologie van het UMCG. De informatiebehoefte van de huisarts stond in dit onderzoek centraal. Daarnaast is ook kort de mening van dermatologen wat betreft de specialistenbrief onderzocht om zo het verhaal van twee kanten te horen.

Dit onderzoek richtte zich voornamelijk op de ontvanger van de brief. Er is specifiek gekeken naar de informatiebehoefte van de huisarts. Wat willen zij in een specialistenbrief zien en hoe kan men de brief van de dermatoloog daar op aanpassen?

Ook in de theorie is vooral ingegaan op het informatieve en instructieve doel van de specialistenbrief en effectiviteit van de brief bij de ontvanger. Omdat steeds de mening en behoefte van huisartsen is gevraagd, is er sprake van een subjectieve beoordeling van de specialistenbrieven. In een vervolgonderzoek zou men de brieven objectief kunnen beoordelen door juist te kijken naar stijl en inhoud. In de theorie is al naar voren gekomen dat brieven in een narratieve stijl of briefstijl minder gewaardeerd worden, hier zou men dieper op in kunnen gaan, bijvoorbeeld wat betreft stijl en structuur in de brief. De informatiebehoefte van de huisarts uit dit onderzoek kan een begin vormen voor een inhoudelijk en kwalitatief onderzoek.

Een ander belangrijk onderwerp dat betrekking heeft op de communicatie tussen huisarts en specialist dat in dit onderzoek niet aan de orde is geweest, is elektronische berichtgeving via e-mail of informatie inzien van elkaars patiënten via een elektronisch patiënten dossier.

In een tijd waarin langzamerhand alle documenten en men bestanden digitaal opmaakt, verzend en bewaard, blijft de medische sector een beetje achter. Men bewaard gegevens al wel digitaal, alleen zijn deze gegevens vaak binnen één

ziekenhuis of één huisartsenpraktijk beschikbaar. Hoewel veel medici steeds meer de gemakken van bijvoorbeeld een elektronisch patiëntendossier of berichtgeving via e-mail beginnen te begrijpen, is dit nog steeds om technische redenen niet mogelijk: te veel vertrouwelijke informatie op een netwerk dat men nog steeds niet voldoende kan beveiligen.

In dit onderzoek is bijna niet ingegaan op dit aspect van de communicatie tussen huisarts en specialist. In de vragenlijst en interviews is wel gesproken over informatie-uitwisseling via e-mail. Huisartsen stonden hier positief tegenover: brief en fax kan men te zijner tijd vervangen door e-mail. Digitale berichtgeving en dossiers voorkomen veel papierwerk en specialisten en huisartsen hebben elkaar minder nodig omdat ze patiëntendossiers eenvoudig kunnen opvragen. E-mail en digitale bestanden zijn voor de medische sector wel de toekomst, maar de basis is een solide en betrouwbaar netwerk, welke tot nu toe nog steeds moeilijk te realiseren is. Tegen de tijd dat men bestanden ook digitaal verzend en informatie over patiënten digitaal gemakkelijk is op te vragen, kan men opnieuw kijken naar de, wellicht veranderde, informatiebehoefte van de specialist en huisarts.

Eén van de opvallendste conclusies is dat de een complexe diagnose voor een huisarts iets anders is dan voor een dermatoloog. De interviews met twee huisartsen en twee dermatologen maakte deze discrepantie tussen complex of niet complex nog duidelijker.

In de enquête en tijdens de interviews werd de huisartsen wel gevraagd welke diagnoses men als complex ervaart, maar er werd niet doorgevraagd waarom juist de aangegeven diagnoses complex zijn. Uit de diagnoses kan men echter wel opmerken dat het vaak gaat om ernstige

ziekten of infectieuze ziekten, waar de huisarts weinig kennis van heeft. Tijdens de enquête en interviews had ik duidelijker naar een definitie kunnen vragen van een complexe diagnose.

Deze kanttekening doet echter niets af aan de bevinding dat de beleving van een huisarts betreffende een complexe diagnose anders is dan de beleving van een dermatoloog. Het is moeilijk te zeggen of dit geldt voor alle specialismen, maar het verdient zeker de aandacht van andere specialismen die hun communicatie met huisartsen willen verbeteren.

## Literatuur

Baarda, D.B en Goede, M.P.M. de *Basisboek Methoden en technieken, een handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek* (Groningen etc.: Stenfert Kroese, 2006)

Baxter, L.A. en Babbie, E. *The basics of communication research* (Belmont, CA etc.: Thomson/ Wadsworth, 2004)  
Bergsma, J. *Gezonde communicatie: interdisciplinaire en andere communicatie in de gezondheidszorg* (Lochem: Tijdstroom, 1971)

Boer, D.J. den et. al. *Methodologie en statistiek voor communicatieonderzoek* (Houten etc.: Bohn Stafleu van Loghum 1994)

Bolton, P. et al. *"The quality of communication between hospitals and general practioners: An assessment"*  
J.Qual.Clin. Practice, 18 (1998) 241-247

Brinkman, J.H.M. *De Vragenlijst* (Groningen: Wolters Noordhoff, 2000)

Buiting- van der Zon C.I.C.M. (ed.) *Richtlijn informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist* (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2000)

Engelsman, C. en Geertsema, A. *De kwaliteit van verwijzingen* (Groningen: van Denderen B.V., 1994)

Groves, R.M. ea *Survey Methodology* (Hoboken NJ: Wiley Interscience, 2004)

Heuvel, L. van den en Kaag, M., *"Vraag en antwoord, protocollen voor de briefwisseling tussen huisarts en speialist"* Medisch Contact, 59 nr 32/33 (2004), 1268-1270

Jansen C.J.M. en Steehouder, M.F. *Professioneel communiceren: taal en communicatiegids* (Groningen etc.: Nijhoff, 2004)

Kingma, P.J. en Kruit-Waal J.M. van der *"Als de specialist naar de huisarts gaat"* Medisch Contact, 55 nr. 23 (2000) 855-856

Kljakovic, M. Abernethy, D. Ruiters I. de *"Quality of diagnostic coding and information flow from hospital to general practice"* Informatics In Primary Care, 12 (2004) 227-234

Lisdonk, E.H. en Schellevis, F.G. *"Inter-doktervariatie en de kwaliteit van verwijzingen"* Huisarts en Wetenschap, 37/ 13 (1994) 573-578

Hart, H. et. al. *Onderzoeksmethoden* (Amsterdam etc.: Boom, 1998)

Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg: [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

Rooyackers-Lemmens, E. et al. *"De verwijsbrief en de informatiebehoefte vande specialist"* Medisch Contact, 53/ nr. 20 (1998) 685-687

Stoop, I.A.L. *The Hunt for the Last Respondent: nonresponse in sample surveys* (Den Haag: Social en cultural Planning Office of the Netherlands, 2005)

Veenman, R. en Doorn, A. van *Grondslagen van de professionele communicatie* (Houten etc.: Bohn Stafleu van Loghum, 1997)

Verhage-Spliet, C.M. TH. en Kersten, T.J.J.M.T., *“De inhoud van verwijfsbrieven en specialistenbrieven”* Huisarts en Wetenschap, 33/4 (1990), 148-151

Vocht, A. de, *Basishandboek SPSS 10* (Utrecht: Bijleveld Press, 2002)

Walraven, C. van en Rokosh, E. *“What is necessary for high-quality discharge summaries”* American journal of medical quality, 14 nr. 4 (1999) 160-169

Wilson, S. et. al. *“General practioner-hospital communications” A review of discharge summaries”* J.Qual.Clin. Practice, 21 (2001)104-108

WSA gebruikersdag-verslag over non response  
[http://www.nwo.nl/nwohome.nsf/pages/NWOP\\_5UDLWC/\\$file/WSAverslagnonrespons8maart2001.pdf](http://www.nwo.nl/nwohome.nsf/pages/NWOP_5UDLWC/$file/WSAverslagnonrespons8maart2001.pdf) (5-11-07, 19.30)

## Bijlage 1 Aankondiging

Groningen, 29 mei 2007

Geachte collegae,

De afdeling dermatologie van het Universitair Medisch Centrum Groningen doet onderzoek naar de communicatie tussen huisarts en dermatoloog. In dit onderzoek staat de schriftelijke terugrapportage van de dermatoloog naar de huisarts centraal. Het doel is om te onderzoeken wanneer de schriftelijke terugrapportage voldoet aan de informatiebehoefte van huisartsen.

Concrete aanleiding tot dit onderzoek is de verandering van de terugrapportage van de afdeling dermatologie vanaf oktober 2006. De terugrapportages van de eenvoudige diagnoses zijn korter en komen sneller aan dan voorheen. De afdeling dermatologie wil hiermee een eerste stap zetten in het verbeteren van haar terugrapportages met als streven u op tijd van voldoende informatie te voorzien.

Om het effect van deze nieuwe manier van terugrapporteren te meten en de brief beter te laten aansluiten op uw behoefte, zijn we dit onderzoek gestart. Welke informatie heeft u bijvoorbeeld nodig, bij welke aandoeningen? Om antwoord te krijgen op deze en andere vragen hebben wij uw inbreng nodig. In week 23 kunt u een vragenlijst verwachten. Wij vragen u de vragenlijst in te vullen en te retourneren. Het invullen van de vragenlijst kost u slechts tien minuten.

Het onderzoek wordt uitgevoerd door een studente Communicatie- en Informatiewetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen. Voor vragen en opmerkingen betreffende dit onderzoek kunt u met haar contact opnemen via e-mail: [n.a.luursema@wenckebach.umcg.nl](mailto:n.a.luursema@wenckebach.umcg.nl)

Alvast bedankt voor uw interesse en medewerking.

Vriendelijke groet,

Prof. dr. M.F. Jonkman  
Afdelingshoofd

Drs. F.W.J. Leeman  
Chef de clinique

## Bijlage 2 Vragenlijst

Groningen, 12 juni 2007

Geachte heer, mevrouw,

Onlangs heeft u een brief van de afdeling Dermatologie van het Universitair Medisch Centrum Groningen ontvangen over een onderzoek naar de communicatie tussen huisarts en dermatoloog. In dit onderzoek staat de specialistenbrief van de dermatoloog centraal. Het doel is om te onderzoeken wanneer de schriftelijke communicatie voldoet aan de informatiebehoefte van huisartsen.

Concrete aanleiding tot dit onderzoek is de verandering van de specialistenbrief vanaf oktober 2006. De brieven zijn korter, en komen sneller bij de huisarts aan dan voorheen. Om het effect van deze nieuwe manier van terugrapporteren te meten en de berichtgeving richting huisartsen te verbeteren, ontvangt u nu deze vragenlijst.

32

De vragenlijst bestaat uit 18 vragen en het kost u slechts tien minuten om de vragenlijst in te vullen. De vragenlijst is anoniem. Uw persoonlijke gegevens worden eenmalig gebruikt om de non-respons te kunnen achterhalen. Het is belangrijk dat u alle vragen beantwoordt, tenzij anders vermeld.

U kunt de vragenlijst vóór 25 juni retourneren met behulp van de antwoordvelop. Voor vragen kunt u contact met mij opnemen: [n.a.luursema@wenckebach.umcg.nl](mailto:n.a.luursema@wenckebach.umcg.nl)

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Vriendelijke groet,

Nanke Luursema

## Bijlage 3 Vragenlijst

Communicatie tussen dermatoloog en huisarts  
Een onderzoek naar de informatiebehoefte van de huisarts

Vragenlijst juni 2007

Naam: .....  
(Enkel ter identificatie non-respons)

### Nieuwe procedure specialistenbrief

Sinds oktober 2006 heeft de afdeling Dermatologie haar terugrapportage aangepast. Bij de minder complexe diagnoses wordt er binnen vijf werkdagen een korte brief verstuurd naar de huisarts. Bij complexe diagnoses wordt er een langere brief verstuurd, met meer informatie. Aangezien het verzamelen van de informatie voor de lange brief meer tijd kost, kan het 4 weken duren voordat deze wordt verstuurd.

1. Wist u al dat de afdeling Dermatologie van het UMCG nu snelle korte brieven verstuurt?
  - Ja
  - Nee
2. Heeft u al een korte specialistenbrief van de afdeling Dermatologie ontvangen?
  - Ja (ga door met vraag 3)
  - Nee (ga door naar vraag 5)

De volgende stellingen hebben betrekking op de korte specialistenbrief van de dermatoloog van het UMCG

3. Ik ben op dit moment zeer tevreden over de inhoud van de korte specialistenbrief van de dermatoloog van het UMCG  
Helemaal mee oneens 3 4 5 Helemaal mee eens
4. Ik vind de korte specialistenbrief een verbetering ten opzichte van de brieven die ik voorheen kreeg van de dermatoloog van het UMCG. (Dus voor de invoering van de korte brief.)  
Helemaal mee oneens 3 4 5 Helemaal mee eens





- Ik wil pas een brief ontvangen wanneer de uitslagen van vervolgonderzoeken binnen zijn en de diagnose kan worden gesteld, ook al duurt het langer voordat deze brief wordt verstuurd.
  - Anders, namelijk: .....
8. Op welke momenten gedurende de behandeling van uw patiënt wilt u geïnformeerd worden over de behandeling? (Dus nadat de eerste berichtgeving heeft plaatsgevonden).
- Ik wil een brief elke keer dat mijn patiënt door de dermatoloog wordt gezien, ook al is dit alleen voor controle
  - Ik wil alleen een brief wanneer er belangrijke wijzigingen zijn in de behandeling van mijn patiënt
  - Ik wil alleen een brief wanneer mijn patiënt niet meer onder controle staat van de dermatoloog en de behandeling is beëindigd
  - Anders, namelijk: .....

### Korte brief

De dermatoloog verstuurt een korte brief binnen vijf werkdagen wanneer bij uw patiënt een minder complexe diagnose is geconstateerd.

9. Hoe snel wilt u de korte brief ontvangen?
- Binnen 1 week
  - Binnen 2 week
  - Binnen 3 week
  - Anders, namelijk: .....

10. Hoe lang mag de korte specialistenbrief zijn?
- Half A4
  - 1 A4
  - Anderhalf A4
  - 2 A4 of meer

11. Hoe belangrijk vindt u de volgende onderdelen in een korte specialistenbrief?

	Zeer onbelangrijk			Zeer belangrijk	
• Anamnese/ voorgeschiedenis	1	2	3	4	5
• Lichamelijk onderzoek	1	2	3	4	5
• Aanvullend onderzoek	1	2	3	4	5
• Bespreking diagnose, conclusie	1	2	3	4	5
• Beantwoording vraagstelling	1	2	3	4	5
• Therapie en zorg	1	2	3	4	5
• Beleidsadviezen aan de huisarts	1	2	3	4	5
• Informatie over de aandoening aan de huisarts	1	2	3	4	5

- Vervolgafspraken polikliniek 1 2 3 4 5
- Aan patiënt verstrekte informatie 1 2 3 4 5

### Lange Brief

Wanneer bij uw patiënt een meer complexe diagnose is geconstateerd, duurt het in de huidige praktijk 4 weken voordat de brief kan worden verstuurd.

12. Hoe snel wilt u de lange specialistenbrief ontvangen?

- Binnen 4 week
- Binnen 5 week
- Binnen 6 week
- Anders, namelijk .....

13. Hoe lang mag de lange specialistenbrief zijn?

- 1 A4
- Anderhalf A4
- 2 A4
- Meer dan 2 A4

36

14. Hoe belangrijk vindt u de volgende onderdelen in een lange specialistenbrief?

	Zeer onbelangrijk				Zeer belangrijk
• Anamnese/ voorgeschiedenis	1	2	3	4	5
• Lichamelijk onderzoek	1	2	3	4	5
• Aanvullend onderzoek	1	2	3	4	5
• Bespreking diagnose, conclusie	1	2	3	4	5
• Beantwoording vraagstelling	1	2	3	4	5
• Therapie en zorg	1	2	3	4	5
• Beleidsadviezen aan de huisarts	1	2	3	4	5
• Informatie over de aandoening aan de huisarts	1	2	3	4	5
• Vervolgafspraken polikliniek	1	2	3	4	5
• Aan patiënt verstrekte informatie	1	2	3	4	5

**Op welke wijze wilt u door de dermatoloog op de hoogte worden gebracht in de volgende situaties:**

15. Bij doorverwijzing van mijn patiënt naar een andere specialist vind ik de volgende wijze van informeren geschikt:

Helemaal mee oneens - Helemaal mee eens

- Brief 1 2 3 4 5

- Telefoon 1 2 3 4 5
- Fax 1 2 3 4 5
- E-mail 1 2 3 4 5

16. Bij een ziekenhuisopname van mij patiënt vind ik de volgende wijze van informeren geschikt:

Helemaal mee oneens - Helemaal mee eens

- Brief 1 2 3 4 5
- Telefoon 1 2 3 4 5
- Fax 1 2 3 4 5
- E-mail 1 2 3 4 5

17. Bij overlijden van mijn patiënt vind ik de volgende wijze van informeren geschikt:

Helemaal mee oneens - Helemaal mee eens

- Brief 1 2 3 4 5
- Telefoon 1 2 3 4 5
- Fax 1 2 3 4 5
- E-mail 1 2 3 4 5

---

Dit waren de inhoudelijke vragen. Tot slot volgen hier nog enkele algemene vragen.

Hoe lang bent u werkzaam als huisarts?

..... jaar

Bent u werkzaam in een groepspraktijk?

Ja

nee

Hoe groot is het patiëntenbestand van uw praktijk?

Ongeveer ..... patiënten

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst. Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen die voor dit onderzoek van belang kunnen zijn dan kunt u die hieronder kwijt.

## Bijlage 4 Herinnering

Groningen, 4 juli 2007

Geachte heer, mevrouw,

Twee weken geleden heeft u een enquête ontvangen van de afdeling Dermatologie van het Universitair Medisch Centrum Groningen. Met behulp van deze enquête proberen wij inzicht te krijgen in de informatiebehoefte van huisartsen wat betreft de specialistenbrief van de dermatoloog.

Tot nu toe hebben wij nog geen reactie van u ontvangen. Ik zou u willen vragen toch een bijdrage aan het onderzoek te leveren door het invullen en opsturen van de enquête. Met behulp van uw reactie kan de informatiebehoefte betreffende de specialistenbrief beter in beeld worden gebracht en kan de afdeling Dermatologie haar terugrapportages verbeteren. Hierdoor kunnen de specialisten u op tijd van voldoende informatie voorzien.

38 |

Het invullen van de enquête kost slecht 10 minuten. Met behulp van de bijgevoegde antwoordenvolp kunt u de enquête retourneren. Mocht u de enquête niet meer in uw bezit hebben, stuur dan een mail met als onderwerp “enquête dermatologie” naar [n.a.luursema@wenckebach.umcg.nl](mailto:n.a.luursema@wenckebach.umcg.nl). U krijgt de enquête dan digitaal toegestuurd waarna u deze op de computer kunt invullen en weer terug kunt sturen.

Bij voorbaat dank voor uw reactie.

Met vriendelijke groet,

Nanke Luursema

## Bijlage 5 Uitkomsten enquête in SPSS

### Algemeen

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Grootte patiëntenbestand	93	1500	9000	2622,26	980,951
Groepspraktijk	92	0	1	,43	,498
Jaren werkzaam	93	1,0	35,0	18,129	9,3733
Valid N (listwise)	92				

### Vraag 1

Wist u al dat de afdeling Dermatologie van het UMCG nu snelle korte brieven verstuurt?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nee	64	68,8	68,8	68,8
ja	29	31,2	31,2	100,0
Total	93	100,0	100,0	

### Vraag 2

Heeft u al een korte specialistenbrief van de afdeling Dermatologie ontvangen?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nee	73	78,5	78,5	78,5
ja	20	21,5	21,5	100,0
Total	93	100,0	100,0	

### Vraag 3

Ik ben op dit moment zeer tevreden over de inhoud van de korte specialistenbrief van de dermatoloog van het UMCG

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	niet eens/ niet oneens	1	1,1	5,0	5,0
	mee eens	10	10,8	50,0	55,0
	helemaal mee eens	9	9,7	45,0	100,0
	Total	20	21,5	100,0	
Missing	Sy stem	73	78,5		
Total		93	100,0		

### Vraag 4

Ik vind de korte specialistenbrief een verbetering ten opzichte van de brieven die ik voorheen kreeg van de dermatoloog van het UMCG. (Dus voor de invoering van de korte brief.)

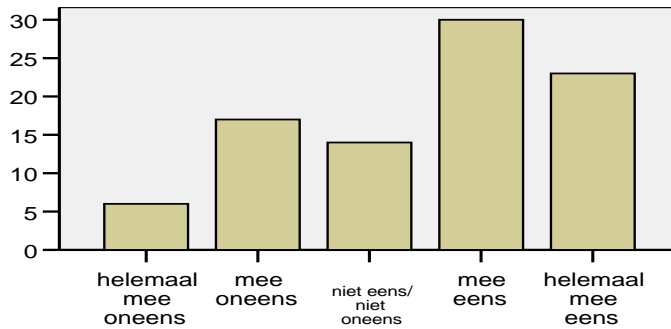
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	niet eens/ niet oneens	4	4,3	20,0	20,0
	mee eens	10	10,8	50,0	70,0
	helemaal mee eens	6	6,5	30,0	100,0
	Total	20	21,5	100,0	
Missing	Sy stem	73	78,5		
Total		93	100,0		

40

### Vraag 5

Ik vind het belangrijk om bij complexe diagnoses meer informatie over de aandoening te krijgen. In die gevallen wil ik een langere specialistenbrief ontvangen en wil daar wel op wachten.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	helemaal mee oneens	6	6,5	6,7	6,7
	mee oneens	17	18,3	18,9	25,6
	niet eens/ niet oneens	14	15,1	15,6	41,1
	mee eens	30	32,3	33,3	74,4
	helemaal mee eens	23	24,7	25,6	100,0
	Total	90	96,8	100,0	
Missing	Sy stem	3	3,2		
Total		93	100,0		



### Vraag 6

Geef aan welke diagnoses u als weinig complex ziet en u minder informatie over nodig heeft en geef aan welke diagnoses u als meer complex ziet en u meer informatie over nodig heeft

#### Eczeem

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	weinig info	57	61,3	85,1	85,1
	meer info	10	10,8	14,9	100,0
	Total	67	72,0	100,0	
Missing	System	26	28,0		
Total		93	100,0		

#### Psoriasis

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	weinig info	52	55,9	77,6	77,6
	meer info	15	16,1	22,4	100,0
	Total	67	72,0	100,0	
Missing	System	26	28,0		
Total		93	100,0		



### Benigne huidtumoren en Naevi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	weinig info	66	71,0	95,7	95,7
	meer info	3	3,2	4,3	100,0
	Total	69	74,2	100,0	
Missing	Sy stem	24	25,8		
Total		93	100,0		

### Maligne huidtumoren

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	weinig info	16	17,2	23,5	23,5
	meer info	52	55,9	76,5	100,0
	Total	68	73,1	100,0	
Missing	Sy stem	25	26,9		
Total		93	100,0		

### Flebologie en Ulcus cruris

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	weinig info	44	47,3	63,8	63,8
	meer info	25	26,9	36,2	100,0
	Total	69	74,2	100,0	
Missing	Sy stem	24	25,8		
Total		93	100,0		

### Immunodermatosen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	weinig info	10	10,8	14,5	14,5
	meer info	59	63,4	85,5	100,0
	Total	69	74,2	100,0	
Missing	Sy stem	24	25,8		
Total		93	100,0		

### Genodermatosen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	weinig info	13	14,0	19,1	19,1
	meer info	55	59,1	80,9	100,0
	Total	68	73,1	100,0	
Missing	System	25	26,9		
Total		93	100,0		

### Acneiforme dermatosen en Haar- en nagelziekten

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	weinig info	51	54,8	75,0	75,0
	meer info	17	18,3	25,0	100,0
	Total	68	73,1	100,0	
Missing	System	25	26,9		
Total		93	100,0		

### Dermatosen door micro-organismen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	weinig info	58	62,4	86,6	86,6
	meer info	9	9,7	13,4	100,0
	Total	67	72,0	100,0	
Missing	System	26	28,0		
Total		93	100,0		

### Ik laat aan de dermatoloog over of de aandoening wel of niet complex is

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keus dermatoloog	22	23,7	100,0	100,0
Missing	System	71	76,3		
Total		93	100,0		

*Vraag 7*

Op welk moment na uw verwijzing wilt u het eerste bericht van de dermatoloog ontvangen?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid				
direct na eerste bezoek	58	62,4	63,0	63,0
na uitslag vervolgonderzoek	28	30,1	30,4	93,5
anders	6	6,5	6,5	100,0
Total	92	98,9	100,0	
Missing				
Sy stem	1	1,1		
Total	93	100,0		

*Vraag 8*

Op welke momenten gedurende de behandeling van uw patiënt wilt u geïnformeerd worden over de behandeling? (Dus nadat de eerste berichtgeving heeft plaatsgevonden).

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid				
bij elk bezoek	10	10,8	10,9	10,9
bij belangrijke wijzigingen	81	87,1	88,0	98,9
bij einde behandeling	1	1,1	1,1	100,0
Total	92	98,9	100,0	
Missing				
Sy stem	1	1,1		
Total	93	100,0		

44

*Vraag 9*

Hoe snel wilt u de korte brief ontvangen?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid				
binnen 1 week	52	55,9	57,8	57,8
binnen 2 weken	33	35,5	36,7	94,4
binnen 3 weken	3	3,2	3,3	97,8
anders	2	2,2	2,2	100,0
Total	90	96,8	100,0	
Missing				
Sy stem	3	3,2		
Total	93	100,0		

*Vraag 10*

Hoe lang mag de korte specialistenbrief zijn?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	half A4	44	47,3	48,4	48,4
	1 A4	46	49,5	50,5	98,9
	2 A4 of meer	1	1,1	1,1	100,0
	Total	91	97,8	100,0	
Missing	System	2	2,2		
Total		93	100,0		

*Vraag 11*

Hoe belangrijk vindt u de volgende onderdelen in een korte specialistenbrief?

Anamnese/ voorgeschiedenis

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	zeer onbelangrijk	7	7,5	7,9	7,9
	onbelangrijk	33	35,5	37,1	44,9
	niet onbelangrijk/ niet belangrijk	36	38,7	40,4	85,4
	belangrijk	9	9,7	10,1	95,5
	zeer belangrijk	4	4,3	4,5	100,0
Total		89	95,7	100,0	
Missing	System	4	4,3		
Total		93	100,0		

Lichamelijk onderzoek

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	zeer onbelangrijk	6	6,5	6,7	6,7
	onbelangrijk	13	14,0	14,4	21,1
	niet onbelangrijk/ niet belangrijk	27	29,0	30,0	51,1
	belangrijk	27	29,0	30,0	81,1
	zeer belangrijk	17	18,3	18,9	100,0
Total		90	96,8	100,0	
Missing	System	3	3,2		
Total		93	100,0		

Aanvullend onderzoek

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	zeer onbelangrijk	3	3,2	3,3	3,3
	onbelangrijk	13	14,0	14,4	17,8
	niet onbelangrijk/ niet belangrijk	30	32,3	33,3	51,1
	belangrijk	33	35,5	36,7	87,8
	zeer belangrijk	11	11,8	12,2	100,0
	Total	90	96,8	100,0	
Missing	Sy stem	3	3,2		
Total		93	100,0		

Bespreking diagnose, conclusie

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	onbelangrijk	1	1,1	1,1	1,1
	niet onbelangrijk/ niet belangrijk	4	4,3	4,3	5,4
	belangrijk	24	25,8	26,1	31,5
	zeer belangrijk	63	67,7	68,5	100,0
	Total	92	98,9	100,0	
Missing	Sy stem	1	1,1		
Total		93	100,0		

Beantwoording vraagstelling

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	onbelangrijk	3	3,2	3,3	3,3
	niet onbelangrijk/ niet belangrijk	5	5,4	5,5	8,8
	belangrijk	20	21,5	22,0	30,8
	zeer belangrijk	63	67,7	69,2	100,0
	Total	91	97,8	100,0	
Missing	Sy stem	2	2,2		
Total		93	100,0		

Therapie en zorg

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	onbelangrijk	2	2,2	2,2	2,2
	niet onbelangrijk/ niet belangrijk	4	4,3	4,5	6,7
	belangrijk	27	29,0	30,3	37,1
	zeer belangrijk	56	60,2	62,9	100,0
	Total	89	95,7	100,0	
Missing	Sy stem	4	4,3		
Total		93	100,0		

Beleidsadviezen aan de huisarts

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	onbelangrijk	2	2,2	2,2	2,2
	niet onbelangrijk/ niet belangrijk	1	1,1	1,1	3,3
	belangrijk	23	24,7	25,6	28,9
	zeer belangrijk	64	68,8	71,1	100,0
	Total	90	96,8	100,0	
Missing	Sy stem	3	3,2		
Total		93	100,0		

Informatie over de aandoening aan de huisarts

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	zeer onbelangrijk	6	6,5	6,7	6,7
	onbelangrijk	10	10,8	11,1	17,8
	niet onbelangrijk/ niet belangrijk	35	37,6	38,9	56,7
	belangrijk	18	19,4	20,0	76,7
	zeer belangrijk	21	22,6	23,3	100,0
	Total	90	96,8	100,0	
Missing	Sy stem	3	3,2		
Total		93	100,0		

### Vervolgafspraken polikliniek

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	zeer onbelangrijk	6	6,5	6,6	6,6
	onbelangrijk	26	28,0	28,6	35,2
	niet onbelangrijk/ niet belangrijk	26	28,0	28,6	63,7
	belangrijk	20	21,5	22,0	85,7
	zeer belangrijk	13	14,0	14,3	100,0
	Total	91	97,8	100,0	
Missing	Sy stem	2	2,2		
Total		93	100,0		

### Aan patiënt verstrekte informatie

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	zeer onbelangrijk	2	2,2	2,2	2,2
	onbelangrijk	15	16,1	16,3	18,5
	niet onbelangrijk/ niet belangrijk	25	26,9	27,2	45,7
	belangrijk	26	28,0	28,3	73,9
	zeer belangrijk	24	25,8	26,1	100,0
	Total	92	98,9	100,0	
Missing	Sy stem	1	1,1		
Total		93	100,0		

48

### Vraag 12

Hoe snel wilt u de lange specialistenbrief ontvangen?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	binnen 4 weken	70	75,3	76,9	76,9
	binnen 5 weken	6	6,5	6,6	83,5
	binnen 6 weken	7	7,5	7,7	91,2
	anders	8	8,6	8,8	100,0
	Total	91	97,8	100,0	
Missing	Sy stem	2	2,2		
Total		93	100,0		

*Vraag 13*

Hoe lang mag de lange specialistenbrief zijn?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	1 A4	22	23,7	24,7	24,7
	anderhalf A4	20	21,5	22,5	47,2
	2 A4	41	44,1	46,1	93,3
	meer dan 2 A4	6	6,5	6,7	100,0
	Total	89	95,7	100,0	
Missing	Sy stem	4	4,3		
Total		93	100,0		

*Vraag 14*

Hoe belangrijk vindt u de volgende onderdelen in een lange specialistenbrief?

Anamnese/ voorgeschiedenis

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	zeer onbelangrijk	3	3,2	3,3	3,3
	onbelangrijk	16	17,2	17,8	21,1
	niet onbelangrijk/ niet belangrijk	33	35,5	36,7	57,8
	belangrijk	24	25,8	26,7	84,4
	zeer belangrijk	14	15,1	15,6	100,0
	Total	90	96,8	100,0	
Missing	Sy stem	3	3,2		
Total		93	100,0		

Lichamelijk onderzoek

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	zeer onbelangrijk	2	2,2	2,2	2,2
	onbelangrijk	6	6,5	6,7	8,9
	niet onbelangrijk/ niet belangrijk	24	25,8	26,7	35,6
	belangrijk	35	37,6	38,9	74,4
	zeer belangrijk	23	24,7	25,6	100,0
Total	90	96,8	100,0		
Missing	Sy stem	3	3,2		
Total		93	100,0		



Aanvullend onderzoek

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	zeer onbelangrijk	1	1,1	1,1	1,1
	onbelangrijk	4	4,3	4,4	5,5
	niet onbelangrijk/ niet belangrijk	14	15,1	15,4	20,9
	belangrijk	46	49,5	50,5	71,4
	zeer belangrijk	26	28,0	28,6	100,0
	Total	91	97,8	100,0	
Missing	Sy stem	2	2,2		
Total		93	100,0		

Bespreking diagnose, conclusie

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	onbelangrijk	1	1,1	1,1	1,1
	niet onbelangrijk/ niet belangrijk	2	2,2	2,2	3,3
	belangrijk	18	19,4	19,6	22,8
	zeer belangrijk	71	76,3	77,2	100,0
	Total	92	98,9	100,0	
Missing	Sy stem	1	1,1		
Total		93	100,0		

Beantwoording vraagstelling

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	oneblngrijk	1	1,1	1,1	1,1
	niet onbelangrijk/ niet belangrijk	6	6,5	6,5	7,6
	belangrijk	20	21,5	21,7	29,3
	zeer belangrijk	65	69,9	70,7	100,0
	Total	92	98,9	100,0	
Missing	Sy stem	1	1,1		
Total		93	100,0		

### Therapie en zorg

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	onbelangrijk	1	1,1	1,1	1,1
	niet onbelangrijk/ niet belangrijk	1	1,1	1,1	2,2
	belangrijk	27	29,0	29,3	31,5
	zeer belangrijk	63	67,7	68,5	100,0
	Total	92	98,9	100,0	
Missing	Sy stem	1	1,1		
Total		93	100,0		

### Beleidsadviezen aan de huisarts

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	onbelangrijk	1	1,1	1,1	1,1
	niet onbelangrijk/ niet belangrijk	2	2,2	2,2	3,3
	belangrijk	25	26,9	27,2	30,4
	zeer belangrijk	64	68,8	69,6	100,0
	Total	92	98,9	100,0	
Missing	Sy stem	1	1,1		
Total		93	100,0		

### Informatie over de aandoening aan de huisarts

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	zeer onbelangrijk	1	1,1	1,1	1,1
	onbelangrijk	4	4,3	4,5	5,6
	niet onbelangrijk/ niet belangrijk	16	17,2	18,0	23,6
	belangrijk	33	35,5	37,1	60,7
	zeer belangrijk	35	37,6	39,3	100,0
	Total	89	95,7	100,0	
Missing	Sy stem	4	4,3		
Total		93	100,0		

Therapie en zorg

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	onbelangrijk	1	1,1	1,1	1,1
	niet onbelangrijk/ niet belangrijk	1	1,1	1,1	2,2
	belangrijk	27	29,0	29,3	31,5
	zeer belangrijk	63	67,7	68,5	100,0
	Total	92	98,9	100,0	
Missing	Sy stem	1	1,1		
Total		93	100,0		

Beleidsadviezen aan de huisarts

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	onbelangrijk	1	1,1	1,1	1,1
	niet onbelangrijk/ niet belangrijk	2	2,2	2,2	3,3
	belangrijk	25	26,9	27,2	30,4
	zeer belangrijk	64	68,8	69,6	100,0
	Total	92	98,9	100,0	
Missing	Sy stem	1	1,1		
Total		93	100,0		

52

Informatie over de aandoening aan de huisarts

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	zeer onbelangrijk	1	1,1	1,1	1,1
	onbelangrijk	4	4,3	4,5	5,6
	niet onbelangrijk/ niet belangrijk	16	17,2	18,0	23,6
	belangrijk	33	35,5	37,1	60,7
	zeer belangrijk	35	37,6	39,3	100,0
	Total	89	95,7	100,0	
Missing	Sy stem	4	4,3		
Total		93	100,0		

Telefoon

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	helemaal mee oneens	17	18,3	18,7	18,7
	mee oneens	21	22,6	23,1	41,8
	niet eens/ oneens	17	18,3	18,7	60,4
	mee eens	14	15,1	15,4	75,8
	helemaal mee eens	22	23,7	24,2	100,0
	Total	91	97,8	100,0	
Missing	System	2	2,2		
Total		93	100,0		

Fax

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	helemaal mee oneens	13	14,0	14,4	14,4
	mee oneens	17	18,3	18,9	33,3
	niet eens/ oneens	12	12,9	13,3	46,7
	mee eens	18	19,4	20,0	66,7
	helemaal mee eens	30	32,3	33,3	100,0
	Total	90	96,8	100,0	
Missing	System	3	3,2		
Total		93	100,0		

E-mail

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	helemaal mee oneens	19	20,4	20,7	20,7
	mee oneens	14	15,1	15,2	35,9
	niet eens/ oneens	15	16,1	16,3	52,2
	mee eens	18	19,4	19,6	71,7
	helemaal mee eens	26	28,0	28,3	100,0
	Total	92	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		93	100,0		

Vraag 16

Bij een ziekenhuisopname van mij patiënt vind ik de volgende wijze van informeren geschikt  
Brief

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	helemaal mee oneens	9	9,7	9,8	9,8
	mee oneens	12	12,9	13,0	22,8
	niet eens/ oneens	9	9,7	9,8	32,6
	mee eens	25	26,9	27,2	59,8
	helemaal mee eens	37	39,8	40,2	100,0
	Total	92	98,9	100,0	
Missing	Sy stem	1	1,1		
Total		93	100,0		

Telefoon

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	helemaal mee oneens	18	19,4	19,8	19,8
	mee oneens	17	18,3	18,7	38,5
	niet eens/ oneens	16	17,2	17,6	56,0
	mee eens	13	14,0	14,3	70,3
	helemaal mee eens	27	29,0	29,7	100,0
	Total	91	97,8	100,0	
Missing	Sy stem	2	2,2		
Total		93	100,0		

Fax

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	helemaal mee oneens	13	14,0	14,1	14,1
	mee oneens	15	16,1	16,3	30,4
	niet eens/ oneens	9	9,7	9,8	40,2
	mee eens	18	19,4	19,6	59,8
	helemaal mee eens	37	39,8	40,2	100,0
	Total	92	98,9	100,0	
Missing	Sy stem	1	1,1		
Total		93	100,0		

E-mail

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	helemaal mee oneens	14	15,1	26,9	26,9
	mee oneens	7	7,5	13,5	40,4
	niet eens/ oneens	5	5,4	9,6	50,0
	mee eens	6	6,5	11,5	61,5
	helemaal mee eens	20	21,5	38,5	100,0
	Total	52	55,9	100,0	
Missing	Sy stem	41	44,1		
	Total	93	100,0		

*Vraag 17*

Bij overlijden van mijn patiënt vind ik de volgende wijze van informeren geschikt

Brief

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	helemaal mee oneens	37	39,8	43,0	43,0
	mee oneens	16	17,2	18,6	61,6
	niet eens/ oneens	10	10,8	11,6	73,3
	mee eens	8	8,6	9,3	82,6
	helemaal mee eens	15	16,1	17,4	100,0
	Total	86	92,5	100,0	
Missing	Sy stem	7	7,5		
	Total	93	100,0		

Telefoon

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	helemaal mee oneens	2	2,2	2,2	2,2
	mee oneens	3	3,2	3,3	5,4
	niet eens/ oneens	3	3,2	3,3	8,7
	mee eens	5	5,4	5,4	14,1
	helemaal mee eens	79	84,9	85,9	100,0
	Total	92	98,9	100,0	
Missing	Sy stem	1	1,1		
	Total	93	100,0		

Fax

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	helemaal mee oneens	28	30,1	30,8	30,8
	mee oneens	10	10,8	11,0	41,8
	niet eens/ oneens	7	7,5	7,7	49,5
	mee eens	14	15,1	15,4	64,8
	helemaal mee eens	32	34,4	35,2	100,0
	Total	91	97,8	100,0	
Missing	Sy stem	2	2,2		
Total		93	100,0		

E-mail

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	helemaal mee oneens	44	47,3	51,2	51,2
	mee oneens	10	10,8	11,6	62,8
	niet eens/ oneens	9	9,7	10,5	73,3
	mee eens	9	9,7	10,5	83,7
	helemaal mee eens	14	15,1	16,3	100,0
	Total	86	92,5	100,0	
Missing	Sy stem	7	7,5		
Total		93	100,0		