# SAMENWERKEN MET EEN PSYCHOLOOG BINNEN DE PRAKTIJK: HET OPSTELLEN EN IN GEBRUIK NEMEN VAN EEN VERWIJSBRIEF


| | |
|---|---|
| Huisarts in opleiding: | L. Rijckaert,<br>loes.rijckaert@ugent.be |
| Promotor: | Prof. Dr. M. Deveugele,<br>Vakgroep Huisartsgeneeskunde UGent |
| Co-promotor: | Dr. T. Declercq,<br>Vakgroep Huisartsgeneeskunde UGent |
| Praktijkopleider: | Dr. R. Jansen,<br>Huisartsenpraktijk Maesveld |


Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

# Abstract


**Samenwerken met een psycholoog in de praktijk:
het opstellen en in gebruik nemen van een verwijsbrief.**



| | |
|---|---|
| HAIO: | Loes RIJCKAERT |
| | Universiteit Gent |
| Promotor: | Prof. Dr. Myriam DEVEUGELE |
| Co-promotor: | Dr. Tom DECLERCQ |
| Praktijkopleider: | Dr. Rudi JANSEN |



## Context:
Een goede eerstelijnsgezondheidszorg is belangrijk. Door het instappen van een psycholoog in groepspraktijk M. proberen we een betere toegankelijkheid tot de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn te bieden. Verwijzingen door de huisarts gebeurden initieel ongestructureerd. De vraag rees om een standaard sjabloon aan te maken en zo verwijzingen per brief te vergemakkelijken.

## Onderzoeksvraag:
Hoe ziet een goede verwijsbrief van de huisarts naar de psycholoog er uit?

## Methode (literatuur & registratiewijze):
Door middel van literatuuronderzoek wordt getracht in het eerste deel een beeld te krijgen van de huidige eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Daarna wordt ingezoomd op literatuur die betrekking heeft tot doorverwijzingen van de huisarts.. Daarnaast wordt informatie gewonnen uit een voormeting bij de huisartsen van groepspraktijk Maesveld., een gesprek met het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Overpelt en eerstelijnspsycholoog Peter Beks. Met deze informatie en de resultaten van het literatuuronderzoek wordt een standaard sjabloon voor een verwijsbrief opgemaakt. De interventie bestaat uit het in gebruik nemen van het opgesteld sjabloon gedurende 3 maanden. De nameting bij de huisartsen van groepspraktijk Maesveld en de eerstelijnspsycholoog Peter Beks moet leren hoe het sjabloon ervaren wordt als middel voor doorverwijzing. Daarna volgen de laatste aanpassingen aan de verwijsbrief om tot een finaal sjabloon te komen.

## Resultaten:
Het eerste deel van het literatuuronderzoek leert ons dat er actueel veel interesse is om de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen te optimaliseren. Dit vooral omwille van de hoge prevalentie van psychoproblematiek. In het tweede deel blijkt dat er voldoende richtlijnen zijn rond verwijzen door de eerste lijn, maar helaas niet specifiek over verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog. De voormeting bevestigt dat er weinig verwezen wordt met een brief en dat, indien de brief gebruikt wordt, de inhoud ongestructureerd en onvolledig is. Uit de nameting bij de huisartsen blijkt een sterk verschil tussen de 4 artsen. Bij 2 artsen zette het sjabloon duidelijk aan tot verwijzen per brief. Een derde arts heeft de intentie om via het sjabloon te verwijzen. De vierde arts verkiest om niet per brief te verwijzen naar de psycholoog. De psycholoog beklemt in een gesprek het belang van een brief. Samen met de bemerkingen uit de nameting wordt een finaal sjabloon opgesteld.

## Conclusies:
Literatuuronderzoek bewees eerder het nut van een verwijsbrief van huisarts naar specialist. Ook voor de verwijzing van huisarts naar psycholoog kan deze meerwaarde verwacht worden. Uit het praktijkonderzoek volgden positieve reacties, maar de meerwaarde kon door het korte tijdsbestek nog niet aangetoond worden. De meerwaarde voor zowel patiënt, psycholoog als huisarts kan mogelijks op lange termijn wel stimuleren tot gebruik van het standaard sjabloon.



## E-mail:
loes.rijckaert@ugent.be

# Inhoudsopgave

Abstract ..... 1
Inhoudsopgave ..... 2
Inleiding ..... 4
1. Motivatie ..... 4
2. Situering van het onderzoek ..... 6
3. Onderzoeksvraag ..... 6
Literatuuronderzoek ..... 7
1. Methode ..... 7
2. Deel 1: De prevalentie van psychoproblematiek ..... 7
Besluit: ..... 8
3. Deel 2: EGGZ: vandaag en morgen ..... 8
Besluit: ..... 9
4. Deel 3: De ideale verwijzing ..... 10
Vraag 1: Is een goede doorverwijzing nodig? ..... 10
Vraag 2: Is de brief (het meest) geschikt als verwijsmiddel? ..... 12
Vraag 3: Hoe ziet een goede verwijzing eruit? ..... 12
Vraag 4: Heeft een gestandaardiseerd model nut? ..... 18
Algemeen besluit ..... 19
Eigen onderzoek ..... 20
1. Tijdslijn ..... 20
2. De voormeting ..... 20
Resultaten en bespreking ..... 21
Besluit en bespreking ..... 22

3. Het opstellen van de brief ..... 22
Aanvulling literatuuronderzoek ..... 23
Gesprek CGG Overpelt ..... 23
Het resultaat: de verwijsbrief ..... 24
4. De interventie ..... 25
5. De nameting ..... 26
Resultaten ..... 26
6. De finale brief ..... 29
Terugkoppeling ..... 31
1. Gesprek CGG Overpelt ..... 31
2. Literatuuronderzoek ..... 31
3. Gesprek met de eerstelijnspsycholoog ..... 34
Discussie ..... 34
1. Beperkingen ..... 34
2. Gedeeld beroepsgeheim ..... 35
3. De nood aan praktische ondersteuning: een randvoorwaarde ..... 35
4. Mogelijke volgende projecten ..... 36
Bespreking en besluit ..... 38
Dankwoord ..... 39
Bronvermelding ..... 40
Bijlage ..... 42
BIJLAGE 1: Voormeting: september tot december 2010 ..... 43
BIJLAGE 2: Nameting: december 2011 – februari 2012 ..... 49

# Inleiding

## 1. Motivatie

Als onderdeel van de opleiding tot huisarts wordt iedere huisarts in opleiding geacht een Manama uit te werken. Dit kan bestaan in het uitvoeren en uitschrijven van een, door literatuur ondersteund, praktijkverbeterend project. De selectie van een goed onderwerp is echter niet evident. De eerste projecten die in aanmerking kwamen – onder andere over de thema's spirometrie, diabetes, HPV vaccinatie, … – bleken helaas al veelvuldig gebruikt bij vorige masterproeven.

Het finale onderwerp is uiteindelijk ontsproten uit mijn directe werkomgeving. Sinds 01/09/2010 is psycholoog Peter Beks (verder vermeld als P.B.) actief in de huisartsenpraktijk Maesveld (verder vermeld als praktijk M.), de praktijk waar mijn HAIO-schap doorgaat. Hij staat als psycholoog in voor de consultaties van cliënten uit de huisartsenpraktijk, die naar hem doorverwezen worden. Bij de psycholoog bestond de vraag naar een degelijke verwijzing en terugkoppeling, tot dusver niet voorzien bij de opstart van zijn dienstverlening in deze artsenpraktijk. Uit navraag bij de collega's bleek dat het geen gewoonte is om een verwijsbrief aan te maken voor doorverwijzing naar een psycholoog. Een uitgelezen praktijk verbeterend project: **samenwerken met een psycholoog binnen de praktijk: het opstellen en in gebruik nemen van een verwijsbrief.**

Maar er zijn meer redenen om voor een thema rond eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (verder vermeld als EGGZ) te kiezen: vooreerst komen consultaties ten gevolge van of in combinatie met psychologische problemen veel voor. Ook is het geweten dat psychologische problemen een belangrijke last leggen op de mensen zelf maar ook op de maatschappij (voornamelijk door de verminderde arbeidsproductiviteit en de kosten van de behandeling). Daarnaast is aangetoond dat veel mensen, geconfronteerd met deze problematiek, in eerste instantie bij de huisarts terechtkomen.

Om tot een concreet onderwerp te komen volgde een eerste gesprek met mijn copromotor. Gezien de psychoproblematiek bij de huisarts een zeer breed werkveld beslaat werd gekozen voor een goed afgelijnd project: het doorverwijzen van patiënten door de huisarts naar een psycholoog.

Dit praktijkverbeterend project kan uitgesplitst worden in twee luiken: enerzijds het inhoudelijke aspect van een doorverwijzing naar de psycholoog en anderzijds het communicatieve aspect, waarin onderzocht wordt met welke middelen we deze inhoudelijke overdracht kunnen realiseren.

Er zijn meerdere redenen om voor een project rond verwijzing te kiezen. Uit een proefschrift 'De kwaliteit van verwijzingen' van Engelsman C.[(12)] blijkt dat in Nederland de kwaliteit van de verwijsbrieven van huisarts naar specialist sterk te wensen over laat. Hoewel dit proefschrift niet gaat over de verwijzing van huisarts naar psycholoog, is het onderzoek interessant, omdat het een rechtstreeks beeld geeft over hoe huisarts (en specialist) oordelen over de kwaliteit en de inhoudelijke verwachting van de brieven.

Bij de brieven van de specialist gericht aan de huisarts klagen de huisartsen vooral over de onderdelen prognose en aan de patiënt verstrekte informatie. Hier blijkt de kwaliteit vooral afhankelijk van de omstandigheden, minder van de specialist. In de brief van de huisarts gericht aan de specialist zijn de grootste tekortkomingen de volledigheid van zowel de anamnese als het klinisch onderzoek, de weergave van reeds uitgevoerde diagnostiek en de psychosociale omstandigheden van de patiënt. Bij complexe problemen blijkt dat de inhoud van de brief kwalitatief minder goed is.

Daarnaast zien de onderzoekers dat de kwaliteit van de verwijzing vooral afhankelijk is van de huisarts zelf. Huisartsen met korte praktijkervaring en zij die werken volgens de standaarden rond informatie uitwisseling tussen huisarts en tweedelijn, opgemaakt door het Nederlands Huisartsen Genootschap (verder vermeld als het NHG), maken de beste brieven! Wanneer naar de inhoud wordt gekeken, vinden de onderzoekers het volgende: huisartsen doen slechts in 20% van de verwijzingen een procedure voorstel. Amper 10% bevat een duidelijke vraagstelling. Voorstellen tot toekomstige taakverdeling komen zelden voor. Dit staat in contrast met de doelstelling vooropgesteld in de NHG standaard: het uitoefenen van effect op de uitkomst van de verwijzing.

Ten tweede is er de veronderstelling dat goede communicatie tussen verschillende zorgverleners de zorg zelf ook ten goede komt. In het artikel 'Samenwerking tussen huisartsen en specialisten in het voordeel van de patiënt: enkele perspectieven' door Heymans I.[13] wordt gesteld dat een goede samenwerking en interactie binnen de gezondheidszorg belangrijk zijn en dat goede communicatie hiervoor de basis vormt.

In het boek 'Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn' van Rijnders P. [1]wordt vermeld dat een onderdeel van een sterke eerste lijn goede communicatie tussen verwijzer en psychologische hulpverlener is. Een vraag die gesteld kan worden is of deze sterkte niet van een aantal variabelen afhankelijk is zoals de kennis van de huisarts rond het behandelen en verwijzen van psychosociale problemen. Zoja, is er dan goede educatie over deze problemen nodig voor de huisarts?

Eerstelijns psycholoog Frederik Boone heeft deze vraag in zijn eindwerk 'Effectiviteit van educatieve interventies over psychosociale problemen voor huisartsen' proberen te beantwoorden[14]. Zijn uitgangspunt was dat bij verwijzingen door huisartsen naar een psycholoog er regelmatig sprake is van miscommunicatie. Hij heeft onderzocht in welke mate bepaalde vormen van training hierop een invloed hebben. Dit gebeurde onder begeleiding van Prof. Dr. Deveugele. Zijn doel was om door een verbeterde communicatie tussen huisarts en psycholoog de zorg voor de patiënt te optimaliseren.

Er blijkt dat enkel de aanwezigheid van een eerstelijns psycholoog (ELP) in een huisartsenpraktijk onvoldoende is. Men moet de huisartsen zelf educeren rond kortdurende cognitieve gedragstherapie en diagnostische vaardigheden (onder andere aan de hand van het Klacht = Omgeving*Persoonlijke stijl - model, verder vermeld als het KOP model). Ook moeten er mogelijkheden worden voorzien om tot een correcte verwijzing te komen, bijvoorbeeld met een standaard verwijsbrief.

Het laatste argument om het thema verwijzing te kiezen, is de komst van nieuwe softwareprogramma's voor consultatievoering, onder andere voor doorverwijzingen. Daaruit ontstaat de uitdaging om deze software optimaal te gebruiken. De helpdesk van de software-ontwikkelaar gebruikt in groepspraktijk M. zal tevens betrokken worden bij de opmaak van een standaard sjabloon.

## 2. Situering van het onderzoek

Twee jaar geleden werd een samenwerkingsovereenkomst afgesloten tussen groepspraktijk M. en psycholoog P.B. Bij ingang ontstond ook de nood aan het verder uitwerken van deze samenwerking, met name over een manier om gericht te verwijzen. De intentie van deze samenwerking is immers de drempel naar geestelijke gezondheidszorg te verlagen voor de patiënten en tevens de wachtlijsten te verkorten.

Daarnaast is er op dit moment een reorganisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen gestart. Naar aanleiding van deze reorganisatie ontstonden in Limburg de projecten Reling en Noolim[(2)]. De groepspraktijk M. valt onder het werkingsgebied van het project Reling. Psycholoog P.B. is coördinator van het project Noolim. De samenwerking tussen de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg en de huisartsen maakt deel uit van het project, waarbij de communicatie een belangrijk onderdeel vormt. Mogelijks zal het voorstel van een verwijssjabloon tot deze communicatie kunnen bijdragen.

## 3. Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag is:

**hoe moet de verwijsbrief van de huisarts naar de eerstelijns psycholoog eruit zien?**

Het doel van deze masterproef is – om door middel van een standaard sjabloon – tot een goede en praktisch haalbare interne doorverwijzing te komen. Dit houdt in dat het aangemaakte sjabloon enkel zal dienen om naar de ELP die werkt in de groepspraktijk te verwijzen.

Om tot een eerste versie van een standaard sjabloon voor een verwijsbrief te komen, wordt gekozen voor een combinatie van literatuurstudie (voornamelijk richtlijnen) en praktijkervaring. Om een beeld te krijgen van de praktijkervaring zijn er gesprekken met eerstelijnspsycholoog P.B., het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Overpelt (verder vermeld als het CGG) en de vier huisartsen uit de groepspraktijk (inclusief voormeting).

Verdergaand op de verzamelde informatie wordt samen met de ELP een standaard sjabloon uitgewerkt. Dit sjabloon wordt geïntegreerd in het programma Health One – de softwaretoepassing die gebruikt wordt voor de consultatievoering. De interventie is het in gebruik nemen van dit sjabloon. Een nameting moet leren hoe het gebruik van dit sjabloon ervaren wordt. Hieruit moet blijken welke punten verbeterd kunnen worden om zo tot een finaal sjabloon te komen.

# Literatuuronderzoek

## 1. Methode

Voor deze literatuurstudie wordt gebruik gemaakt van de standaard watervalmethode:

- Eerst de quaternaire bronnen zijnde de guidelines / standaarden / richtlijnen (Domus Medica Aanbevelingen, NHG-Standaarden, NICE guidelines, SIGN guidelines enzovoort)
- Vervolgens de tertiaire bronnen zijnde databanken van systematische reviews en meta-analyses (Clinical Evidence database, Minerva reviews, DARE database)
- Daarna de secundaire bronnen zijnde de literatuurstudies (terug te vinden in de ACP journal club, POEMS database, Evidence-Based Mental Health journal, Huisarts en Wetenschap)
- Als laatste de primaire bronnen zijnde de originele studies/publicaties in wetenschappelijke tijdschriften (terug te vinden in PubMed en Cochrane)

## 2. Deel 1: De prevalentie van psychoproblematiek

In de European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD studie)[3] werden gedurende twaalf maanden 21 425 volwassenen (ouder als 18 jaar) geïnterviewd. Aan de hand van de DMS-IV criteria hebben de onderzoekers via bevraging de 12-maanden- en 'life-time'- prevalentie van mentale stoornissen vastgesteld. Uit de ESEMeD studie blijkt dat in Europa 14% van de populatie een stemmingsstoornis ervaart in zijn leven, waarbij depressie de koploper is. Daarnaast heeft 13% een angststoornis (vooral specifieke fobie) en 5% een ethylprobleem.

Voor België gelden grosso modo dezelfde cijfers. Ook zien we dat er er in België bij 40% van deze mentale stoornissen sprake is van een chronisch karakter. Daarnaast zien we uit cijfers beschikbaar op zorg-en-gezondheid.be dat in de top 3 van alle chronische aandoeningen depressie op de tweede plaats staat (arteriële hypertensie staat op de eerste plaats en astma op de derde plaats)[4]. Verontrustend zijn de cijfers beschikbaar over sterfte door suïcide, waar België beduidend slechter scoort ten opzichte van de buurlanden Frankrijk, Nederland en Duitsland[5].

Algemeen komen mentale stoornissen meer voor bij vrouwen, werklozen, gehandicapten, ongehuwden en jongeren[3]. Op de website van de Vlaamse overheid Zorg en Gezondheid[6] kan men lezen dat bij jongeren vooral de lagere klasse kampt met mentale problemen: dit toont ook het belang van de toegankelijkheid van de EGGZ.

Hoewel er vaak nog een taboe rust op psychoproblematiek, mogen de gevolgen ervan niet onderschat worden: mentale stoornissen zorgen voor een daling van de 'Quality of Life' en een toename van gebruik van de gezondheidszorg[7]. De ESEMeD studie bevestigt dat mentale problemen zorgen voor een grote maatschappelijke kost door verminderde arbeidsproductiviteit en de kost van een behandeling.

Nog uit het ESEMeD onderzoek blijkt dat 30% van de Belgen met psychische klachten professionele psychologische hulp zoekt. Daarvan gaat 80 % naar de huisarts. Er kan dus voorzichtig geconcludeerd worden dat de mensen met psychische klachten goed de weg vinden naar de huisarts. Uit een studie verschenen in de Huisarts Nu[7] blijkt dat 42,5% van de consultaties bij de huisarts een psychologisch probleem bevat.

Dit duidt op het belang van de eesrstelijnshulp door de huisarts: hij is vaak het eerste aanspreekpunt voor personen met een psychologisch probleem. De huisarts moet hier dus voldoende oog voor hebben. Daarnaast heeft de huisarts de belangrijke taak om op tijd en juist te verwijzen: het belang van de huisarts als poortwachter voor goede doorverwijzing naar de psychiatrische tweede lijn is ook aangetoond[15].

## Besluit:

- Ten eerste is er een hoge prevalentie van psychoproblematiek ook in België met een belangrijke invloed op de personen zelf maar ook op de maatschappij.
- Veel personen met een psychologisch probleem komen terecht bij de huisarts. Het is dus belangrijk dat de huisarts hier oog voor heeft en gericht kan verwijzen.

# *3. Deel 2: EGGZ: vandaag en morgen*

De rol van de eerstelijns psycholoog is een belangrijk deel binnen de EGGZ. Psychologen werken vaak vanuit een privé praktijk of verbonden aan centra voor geestelijke gezondheidszorg. Een nieuwe ontwikkeling is het ontstaan van samenwerkingsverbanden met een huisartsenpraktijk, ook met inhuis zitdagen.

In het artikel 'Psychologische hulp in lijnen' geeft Veerle Decroos een aantal beleidsaanbevelingen rond EGGZ[8]. Hiervoor combineert ze bovenstaand onderzoeksrapport met het lokaal sociaal beleid van de stad Gent (2009). Ze besluit dat er nood is aan het samenwerken aan een gezond en kwaliteitsvol leven voor iedereen, waarbij intersectorale samenwerking belangrijk is.

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid liet in een onderzoek uitgevoerd door het WGC De Botermarkt en het CGG De Eclips de rol en de meerwaarde van een ELP in een wijkgezondheidscentrum aantonen[9]. Vooral de laagdrempeligheid en snelle bereikbaarheid van de ELP worden als een enorm voordeel gezien. Andere pluspunten zijn de hogere garantie op continuïteit van zorg, een goede verdere verwijzing, meer overlegmogelijkheden, verminderde consumptie van medische zorg, enzovoort.

In dit onderzoek wordt ook een duidelijke invulling van de taak van de ELP gedefinieerd. De onderzoekers zien dat vooral kortdurende therapie op de eerste lijn de beste resultaten behaalt. Deze conclusie wordt ook vermeld in het boek 'Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn'[1]. Verdergaand op deze conclusie lijkt het noodzakelijk dat in de verwijsbrief de huisarts het doel van de verwijzing vermeldt: het geven van kortdurende therapie, ondersteuning van de patiënt of gerichte doorverwijzing.

Op dit moment wordt de EGGZ ook op Vlaams niveau bekeken. Op psy107.be, een website die is opgericht naar aanleiding van het Artikel 107, besluit men dat enerzijds de hoge prevalentie van mentale problematiek in België en anderzijds het hoge aantal psychiatrische ziekenhuisbedden (België komt op de tweede plaats in Europa in 2008 na Malta) de dringende nood aangeven voor een verdere optimalisering van de geestelijke gezondheidszorg.

In dit kader zijn in Limburg de projecten Noolim en Reling opgestart. Noolim is de uitwerking van het Artikel 107-besluit voor de regio Oost-Limburg, waarbij getracht wordt te voldoen aan alle geestelijke gezondheidszorg-noden van (jong)volwassenen van 16 tot 65 jaar. Reling behelst de regio West-Limburg waartoe groepspraktijk M. behoort. Het doel van deze projecten is het uitbouwen van een structureel kader van zorgcircuits en netwerken van geestelijke gezondheidszorg met transversaal overleg. Er wordt gestreefd naar een laagdrempelige eerstelijnshulp met uiteindelijk minder nood aan ziekenhuisbedden. P.B. is, naast psycholoog in groepspraktijk M., ook netwerkcoördinator van Noolim. P.B. ziet ook mogelijkheden tot het gebruiken van een standaard verwijsbrief binnen dit project.

Ook in Nederland is de geestelijke gezondheidszorg sterk in beweging. Verderop worden twee NHG-richtlijnen besproken met betrekking tot het verwijzen door de huisarts . Eén van die richtlijnen gaat over de verwijzing van huisarts naar psychiater. Daarnaast is er het project LESA: Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Depressieve Stoornis, opgesteld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE). LESA geeft richtlijnen voor samenwerking tussen huisartsen en ELP's bij het verlenen van zorg aan patiënten met een depressieve stoornis.

## Besluit:

- Er zijn momenteel in binnen- en buitenland meerdere projecten die zich buigen over het uitbouwen van een goede eerstelijns geestelijke gezondheidszorg met oog voor het belang van een goede communicatie tussen en toegankelijkheid van de verschillende zorgverleners.
- Dit geeft aan dat het belang van de samenwerking door huisarts en andere zorgverleners binnen het geestelijke gezondheidszorg-werkveld gewenst is, maar nog dient verankerd te worden.
- Een goede verwijsbrief kan bijdragen tot een goede communicatie tussen de verschillende zorgverleners en bijgevolg tot een goede samenwerking.

# 4. Deel 3: De ideale verwijzing

Om te komen tot een goede basis voor een verwijssjabloon moeten volgende vragen beantwoord worden:

Vraag 1: Is een goede doorverwijzing nodig?
Vraag 2: Is de brief (het meest) geschikt als verwijsmiddel?
Vraag 3: Hoe ziet een goede verwijzing eruit?
Vraag 4: Heeft een gestandaardiseerd model nut?

Hiervoor werden volgende zoektermen gebruikt: verwijsbrief geschikt verwijsmiddel, verwijsbrief als communicatie, belang standaard sjabloon verwijsbrief, kwaliteitseisen voor doorverwijzing, letter referral, (quality) referral primary care, communication between general practitioners and primary health care.

## Vraag 1: Is een goede doorverwijzing nodig?

De doelstelling van dit project is het aanmaken van een goede verwijsbrief. Als eerste moet men zich afvragen of een goede doorverwijzing nut heeft. Daarvoor moet eigenlijk eerst het woord 'nut' geduid worden. Er wordt vanuit gegaan dat het niet mogelijk is om aan te tonen dat een betere verwijzing zorgt voor een betere klinische uitkomst. Daarvoor is deze uitkomst afhankelijk van teveel andere factoren (zoals de ernst van de ziekte, de beschikbare behandelingen en de psychologische draagkracht van de patiënt).

Wel zou men kunnen trachten om met een goede verwijzing te komen tot een betere aanpak van het probleem van de patiënt. Het lijkt logisch dat wanneer de ontvanger van de verwijzing enerzijds voldoende en juiste informatie heeft over het probleem en anderzijds een goede vraagstelling krijgt, deze ontvanger gerichter zelf onderzoeken kan starten en hypothesen kan aanmaken. Uit het proefschrift 'De kwaliteit van verwijzingen' door Engelsman C.[12] blijkt dat het handelen van de specialist meestal overeen komt met de bedoeling van de huisarts gesteld in de verwijsbrief. Dit zou op zich ook de klinische uitkomst kunnen verbeteren, maar het kan er zeker voor zorgen dat er geen onnodige onderzoeken gebeuren of dat een andere vraag wordt aangepakt. Zoals de psycholoog P.B. zelf aangeeft, gebeurt het regelmatig dat hij een bepaalde behandeling is gestart met een patiënt maar dat achteraf blijkt dat de huisarts omwille van een andere reden had doorgestuurd. Dit is zonde van de tijd van de psycholoog en de patiënt en van het geld van de patiënt (en bij terugbetaling van de behandeling ook van de maatschappij). Via literatuuronderzoek wordt getracht deze veronderstelling te onderbouwen.

In de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap[18][19] en het Scottish Intercollegiate Guidelines Network[17] rond doorverwijzing stelt men dat een goede doorverwijzing nuttig is. Bespreking van deze richtlijnen komt terug onder Vraag 3.

Uit het eerder vermeld proefschrift 'De kwaliteit van verwijzingen' uitgevoerd door Engelsman C.[12] stellen de onderzoekers dat er geen verband is tussen het proces van verwijzen en de uitkomst van de verwijzing. Met het proces van verwijzen bedoelen de onderzoekers de doelmatigheid van het

handelen van de artsen en de kwaliteit van de communicatie tussen de artsen. De uitkomst van de verwijzing wordt bepaald aan de hand van onder andere de tevredenheid van de patiënt en wat de verwijzing heeft opgeleverd.

Wel ziet men dat wanneer de diagnostiek en behandeling die voorgesteld werden door de huisarts overeenstemt met de uitgevoerde diagnostiek en ingestelde behandeling door de specialist er een afname is van ongerustheid bij de patiënt ($p < 0.05$ respectievelijk $< 0.01$). Een voorstel tot diagnostiek en behandeling mogen dus niet ontbreken in het standaard sjabloon.

Verder geven de onderzoekers aan dat het ontbreken van andere verbanden tussen het proces en de uitkomst van de verwijzing mogelijks verklaard kan worden doordat de tevredenheid van de patiënt ook afhangt van de aandacht gegeven door de arts. Daarnaast gaan de meeste klachten ook spontaan over. Deze twee punten kunnen niet beïnvloed worden door een goede verwijzing. Ook stelt de NHG standaard dat, om een invloed uit te oefenen op de verwijzing, de verwijsbrief aan een aantal vereisten moet voldoen. Dit was in de onderzochte verwijsbrieven in dit onderzoek niet het geval; vooral een concrete vraagstelling ontbreekt in de verwijzingen.

Op PubMed kan men een veelbelovende meta-analyse 'Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists.' van Foy R. et al.[16] terugvinden. Het doel van deze meta-analyse was het evalueren van het effect van interactieve communicatie tussen huisartsen en specialisten. Met interactieve communicatie doelt men op onder andere gemeenschappelijke raadpleging, videoconferentie en briefwisseling. De beoogde specialisten hadden als werkveld diabetes mellitus, psychiatrische problematiek en maligniteit.

Het effect werd bij psychiatrische problemen gemeten door patiënten te ondervragen aan de hand van depressie schalen (zoals de Hamilton Depression Scale). De zoektocht naar studies gebeurde door twee van elkaar onafhankelijke reviewers. De gevonden studies kregen een score voor kwaliteit na toetsing aan een checklist. In totaal werden 23 studies geïncludeerd. Het merendeel van de studies ging over psychoproblematiek, wat voor ons interessant is.

Van de geïncludeerde studies zijn er elf RCT's die gaan over psychiatrische problemen. Een pooling hiervan geeft als resultaat dat interactieve communicatie weinig tot matige maar statistisch significante verbetering geeft in de uitkomstmaat. Zeven andere niet gerandomiseerde studies over psychoproblematiek geven hetzelfde statistische resultaat.

Conclusie van de auteurs: er is een mogelijk effect van interactieve communicatie tussen de eerste en de tweede gezondheidszorg op de uitkomst voor de patiënt.

Een goede review van dit artikel staat op de site van het Centre for Reviews and Dissemination (het CRD: een departement van de Universiteit van York). Deze review geeft aan dat de sterke punten van deze meta-analyse zijn: een duidelijke vraagstelling met goede inclusie criteria, een goede toetsing van de kwaliteit van de studies en dat er getracht is om een minimale selectie bias te bekomen.

Een eerste zwak punt is dat de geïncludeerde studies zijn uitgevoerd in de Verenigde Staten en in het Verenigd Koninkrijk. De resultaten mogen dus niet zomaar overgenomen voor een populatie in België. Daarnaast is het niet duidelijk of er ook gezocht is naar niet gepubliceerd materiaal.

Conclusie van het CRD: deze review is grotendeels goed uitgevoerd en de conclusie is waarschijnlijk betrouwbaar.

**Besluit vraag 1: Is een goede doorverwijzing nodig?**

Volgens de richtlijnen is een goede doorverwijzing nuttig.

Uit verdere literatuur blijkt dat een specialist de aanbevelingen gegeven door huisarts in een verwijsbrief opvolgt. Indien de onderzoeken en behandelingen beoogd door de huisarts overeenstemmen met de uitgevoerde onderzoeken en gestarte behandeling door de specialist geeft dit een daling van de ongerustheid van de patiënt. Op deze manier kan een verwijsbrief die deze items (diagnostiek en behandeling) bevat een afname van ongerustheid bij de patiënt geven.

Daarnaast vinden we terug dat patiënten beter scoren op depressie schalen bij het aanwenden van interactieve communicatie (een verwijsbrief inbegrepen) tussen de eerste en de tweede lijns gezondheidszorg op de uitkomst voor de patiënt.

## Vraag 2: Is de brief (het meest) geschikt als verwijsmiddel?

In deze Manama wordt gebruik gemaakt van de brief als verwijsmiddel. Een tweede vraag die gesteld kan worden is of een brief wel geschikt is als verwijsmiddel. En zo ja, is het ook het meest geschikt ten opzichte van andere manieren zoals telefonisch overleg?

Een eerste standaard rond verwijzing is opgemaakt door het SIGN. In deze richtlijn rond verwijzing[17] naar de algemene tweede lijn stellen ze dat een verwijsbrief een flexibele manier van doorverwijzen is, gezien een brief qua vorm en inhoud aangepast kan worden om zowel 'straightforward' als complexe zaken te verwijzen.

In de NHG-richtlijn 'informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ'[18] wordt er vanuit gegaan dat de elektronische briefwisseling de beste methode is. Zij spreken dan ook van een elektronisch bericht, de vervanger van de vroegere papieren verwijsbrief. De inhoud is evenwel identiek.

In beide standaarden wordt niet gesproken over andere vormen van verwijzing, zoals telefonisch overleg.

**Besluit vraag 2: Is de brief (het meest) geschikt als verwijsmiddel?**

Gezien alle standaarden werken met een brief als format, kan er vanuit gegaan worden dat een verwijsbrief geschikt is als middel ter verwijzing.

## Vraag 3: Hoe ziet een goede verwijzing eruit?

De belangrijkste vraag is hoe een goede doorverwijzing eruit ziet, zowel naar vorm als naar inhoud. Jammer genoeg zijn er geen studies of standaarden die specifiek handelen over de verwijsbrief van de huisarts naar de psycholoog.

Het NHG heeft wel een mooie richtlijn over de verwijzing van de huisarts naar de tweedelijns GGZ uitgeschreven. Daarnaast hebben zowel het NHG als het SIGN een richtlijn over het verwijzen naar de algemeen specialistische tweede lijn. In alle drie de richtlijnen wordt vermeldt dat de uitwerking van de richtlijn gebaseerd is op een combinatie van literatuurstudie en algemene consensus.

Contact met Domus Medica rond eventuele adviezen leverde geen extra informatie op: er zijn, voor zover bekend, geen standaarden over doorverwijzen door de huisarts in de maak.

De eerste standaard is de NHG richtlijn 'Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen – 2008'[19]. De motivatie voor deze richtlijn is dat een verwijzing soepel en adequaat dient te verlopen, omdat – net op momenten van overdracht – de zorg voor patiënten kwetsbaar is. Ook duidelijkheid wordt belangrijk geacht: de vraag van de huisarts moet duidelijk zijn, alsook het antwoord en de gewenste nazorg van de specialist. Ook wordt gesteld dat al deze informatie tijdig voorhanden moet zijn.

Zoals eerder gesteld wordt er vanuit gegaan dat de elektronische briefwisseling de beste is. Uiteraard stelt de richtlijn dat bij het gebruik van elektronische berichtgeving beveiliging van het uiterste belang is. In Nederland beschikken ze over een algemeen cliëntenplatform, het Huisarts Informatica Systeem (HIS). Ook in België is zulk een platform in ontwikkeling, genaamd eHealth. Echter de vrijgave van gemeenschappelijke gegevens en patiëntinformatie maakt het aanmaken van een gerichte verwijzing niet minder belangrijk, aldus het NHG.

Het Huisarts Informatica Systeem (HIS) werkt met automatisch invulbare rubrieken. De verzender moet de informatie enkel nog nalezen en aanpassen. Er zijn verschillende sjablonen voor verschillende zorgmomenten. Ieder sjabloon vertrekt vanuit drie standaard delen: de envelop (administratieve gegevens, contactgegevens verzender), de kern en de bijlage. De belangrijkste rubrieken van het onderdeel ‘kern’ zijn klacht, vraagstelling, anamnese, klinisch onderzoek, relevante comorbiditeit en behandeling. De rubrieken van het onderdeel ‘bijlage’ zijn onder andere medische voorgeschiedenis, actuele medicatie, aanvullend onderzoek, risicovol leefgedrag en familiale anamnese. Deze items worden verder niet besproken gezien ze van toepassing zijn op de verwijzing naar de specialist.

Ook de inhoud van de verdere briefwisseling wordt bepaald. Gezien de verdere opvolging van een verwijzing buiten het bestek van deze masterproef valt, wordt hier niet verder op ingegaan.

De tweede richtlijn rond verwijzing naar de algemene tweede lijn werd opgemaakt door het Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): 'Report on a recommended refferal document 1998'[17]. Ook de SIGN richtlijn benadrukt het belang van een goede verwijsbrief. De brief heeft volgens de richtlijn drie functies. Ten eerste is er het weergeven van patiënteninformatie: enerzijds demografische gegevens, anderzijds het weergeven van klinische gegevens met betrekking tot de reden van doorverwijzing. Ten tweede kan de doorverwijzer kiezen om informatie mee te geven die op geen andere manier beschikbaar is voor de ontvanger. Als laatste dient de verwijsbrief ook voor het maken van verdere afspraken en als bron voor patiënteninformatie voor de zorgverleners binnen de klinische staf. Om aan deze functies te voldoen moet de verwijsbrief voldoende administratieve informatie bevatten.

De SIGN-richtlijn noteert dat een brief het beste communicatie middel is, maar dat de kwaliteit (zowel de vorm als de inhoud) nog te wensen over laat. Welk informatica systeem gebruikt wordt, heeft volgens hen geen belang, de inhoud van de brief daarentegen wel.

Ze geven aan dat literatuuronderzoek vooral resulteert in het vinden van beschrijvende artikels met adviezen gegeven door expertpanels. Het SIGN heeft dan samen met verschillende professionele zorgverleners een nationale consensus gemaakt. Ze geven een aantal tips om snel en efficiënt een verwijzing te maken: automatisch invulbare rubrieken, stem-dictatie, elektronische versturing met inbegrip van de veiligheid. Hoewel deze tips buiten het bereik van deze thesis vallen, kunnen het wel noodzakelijkheden zijn voor het welslagen van kwaliteitsvolle verwijzing. Een goede verwijzing kost een bijkomende inspanning en kan daardoor best maximaal ondersteund worden door onder andere softwarematige vereenvoudigingen.

Als laatste geeft de SIGN richtlijn een template voor een mogelijke verwijsbrief weer. Deze template is te onvolledig om te dienen als verwijsbrief naar de psycholoog en werd dus niet weerhouden.

De laatste standaard die hier besproken wordt is tevens de belangrijkste standaard, gezien deze handelt over de verwijzing van de huisarts naar de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg[18]. Deze NHG-richtlijn dateert van 2011 en beslaat enkel de doorverwijzing van volwassenen naar de psychiater, niet naar de psycholoog. Het NHG stelt dat een goede informatie-uitwisseling bij verwijzingen rond psychoproblematiek nog belangrijker is dan bij somatische aandoeningen, gezien de precaire en complexe problematiek van de patiënten.

Zoals in de eerder besproken NHG-standaard over verwijzing naar de tweede lijn vermeldt het NHG het belang van een goed ondersteunend informatica systeem.

De richtlijn benadrukt het op voorhand vastleggen van momenten van informatie-uitwisseling. Dit behoort niet tot het onderwerp van deze masterproef, maar is zeker materie om verder uit te werken (dit onderwerp wordt wel nog kort aangehaald in het hoofdstuk 'Terugkoppeling').

De opstelling van de brief bestaat opnieuw uit een envelop, een kern en een bijlage met automatisch invullende rubrieken enkel nog te controleren door de verzender. De inhoud is iets anders dan de verwijsbrief van de huisarts naar de specialist: zie Figuur 1.

| Envelop | Verwijsbrief | Wijziging somatiek / therapie / controles |
|---|---|---|
| Gegevens auteur | * | * |
| Gegevens patiënt/cliënt | * | * |
| Gegevens geadresseerde | * | * |
| Datum/tijd | * | * |
| Hoofdprobleem | + | - |
| Urgentie | * | - |
| Heraanmelding | * | - |
| Reden extra bericht | - | * |
| Beheerder brief | * | * |
| **Kern** | | |
| Vraagstelling, reden verwijzing | * | - |
| Aanleiding extra bericht | - | * |
| Anamnese | * | - |
| Relevante comorbiditeit | * | - |
| Suïcidaliteit | * | - |
| Contacten met justitie/politie | * | - |
| Risicovol gedrag | * | - |
| Ingestelde behandeling | * | - |
| Medicatie actueel | * | * |
| Ook bekend bij | * | - |
| Aanvullend onderzoek | - | * |
| Besproken met patiënt | + | - |
| Procedurevoorstel | * | - |
| Controle huisarts | - | * |
| Controle psychiater | - | * |
| **Bijlage** | | |
| Voorzieningen nodig bij consult | + | - |
| Probleemlijst, episodelijst | * | - |
| Psychiatrische voorgeschiedenis | + | - |
| Lichamelijk onderzoek | + | - |
| Allergie, intolerantie | + | - |
| Contra-indicaties | * | - |
| Aanvullend onderzoek | + | - |
| Familieanamnese | + | - |
| Reanimatiebeleid | + | - |
| Levenstestament, donorcodicil | + | - |

* = verplichte rubriek, + = optionele rubriek, - = rubriek komt in bericht niet voor

**Figuur 1: Rubrieken uit de brief van de huisarts naar de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg vanuit de NHG standaard**

Vervolgens werd gezocht naar een concrete uitwerking van de NHG richtlijn. Een eerste voorbeeld werd teruggevonden op PuntP.nl[20]. PuntP omhelst een aantal centra voor behandeling van psychologische stoornissen verspreid over Nederland. Op de website kan een professionele verwijzer een sjabloon terugvinden om een volwassene of een kind te verwijzen. Enkel het sjabloon voor volwassenen werd weerhouden (ELP P.B. werkt enkel met personen ouder als 16 jaar). Een tweede voorbeeld kan men vinden op de site van het LVE Zwolle[21], een afdeling van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen. De template kan opnieuw gedownload worden door de professionele verwijzer. De inhoud van deze templates wordt verder nog per item besproken

Als laatste wordt gekeken naar wat de ontvanger van de verwijsbrief belangrijk acht. Uit het proefschrift 'De kwaliteit van verwijzingen' van Engelsman C.[12] blijkt dat de specialist de meeste waarde hecht aan de volgende items: persoonsgegevens van de patiënt, de klacht, de anamnese, het klinisch onderzoek, de probleemdefinitie, de reeds ingestelde behandeling en de medische voorgeschiedenis.

Samen met P.B., de psycholoog, worden de verschillende items die in de literatuur worden voorgesteld besproken en al dan niet weerhouden voor de opmaak van het standaard sjabloon. De finale uitwerking van dit sjabloon gebeurt in het hoofdstuk'Het opstellen van de brief'.

Het eerder vermelde KOP model wordt gebruikt om een bepaald patiëntenprobleem te kunnen benaderen. Het omvat echter ook de belangrijkste informatie nodig voor een goede verwijzing. We vertrekken vanuit dit model en vullen het verder aan met items terug te vinden in de besproken literatuur.

Opmerking: in de NHG richtlijn wordt gewerkt met een envelop, een kern en een bijlage. Omdat wij deze begrippen niet kennen wordt hier geen gebruik van gemaakt en worden enkel de inhoudelijke items besproken.

De administratieve gegevens zijn volgens de SIGN richtlijn belangrijk. Dit strookt met de bevinding dat in elke template gestart wordt met deze gegevens. Van de gegevens van de arts weerhouden wij enkel de naam, het adres en het telefoonnummer. Over de patiënt vermelden we de naam, de geboortedatum en het adres. Als laatste wordt de datum van de verwijzing vernoemd.

Vertrekkende vanuit het KOP model moet vervolgens de 'Klacht' uitgewerkt worden. Andere bronnen beschrijven de klacht onder hoofdprobleem of vraagstelling. Wij kiezen voor de term 'aanmeldingsklacht'. In de brief van de NHG standaard en PuntP kan het item 'suïcidaliteit' aangevinkt worden. Dit item werd weerhouden aangezien de psycholoog een andere aanpak hanteert bij aanwezigheid van suïcidegevaar.

Een eerste toegevoegd item is een eigen differentiaal diagnose. Dit item werd weerhouden uit het literatuuronderzoek onder vraag 1 en uit de brief van PuntP. Door dit item in te vullen kan aan de psycholoog de eigen denkpiste meegegeven worden.

Een tweede toegevoegd item is de voorgeschiedenis. Dit wordt verder uitgesplitst. Ten eerste is er de relevante comorbiditeit (ook gebruikt in de NHG richtlijn, de brief van PuntP en aangegeven door het

CGG). Daarna volgen de reeds bestaande psychiatrische diagnoses (aangehaald in de brief van PuntP). Huidige medicatie vinden we ook terug in de brief van PuntP en de NHG standaard.
Hier gaat het over psychofarmaca en medicatie met mogelijks een psychologische invloed. Het vermelden van reeds geprobeerde therapieën wordt aangehaald in de brief van PuntP en de brief die gebruikt wordt door het LVE Zwolle. Daarna komt een vermelding van de reeds uitgevoerde onderzoeken met inbegrip van het klinisch onderzoek (gebruikt in de NHG richtlijn en aangehaald door het CGG). Het item 'psychiatrische voorgeschiedenis' werd ook weerhouden uit de NHG standaard. Als laatste is er de familiale anamnese (overgenomen uit de NHG standaard).

Daarna volgt de uitwerking van het begrip 'Omgeving'. Dit begrip werd geïnterpreteerd als zijnde de probleemgebieden in het dagelijks leven van de patiënt. In het sjabloon van de NHG standaard en de brief van PuntP kan risicovol leefgedrag inclusief verslavingsproblematiek aangegeven worden. De verdere uitwerking van dit begrip gebeurt samen met de eerstelijns pyscholoog.

De invulling van het begrip 'Persoonlijke stijl' werd bepaald door de ELP gezien de beperkte kennis die we hierover hebben als huisarts.

Zowel in de NHG richtlijn als in de brief van PuntP en LVE Zwolle staat een procedurevoorstel vermeld. PuntP geeft de keuze uit diagnostiek, behandeling, second opinion of overig, LVE Zwolle vraagt of er een indicatie is voor kortdurende therapie. We weerhouden de vraag naar diagnostiek en behandeling met als onderdeel kortdurende therapie. Andere opties voor een procedurevoorstel worden uitgewerkt samen met de ELP.

Als laatste zijn er de mogelijke opmerkingen (terug te vinden in de NHG richtlijn en in de brief van PuntP). De weerhouden opmerkingen zijn: de nood aan een tolk en het vermelden van het geloof (indien relevant).

Als bijlage geeft de NHG standaard de mogelijkheid om psychiatrische verslagen toe te voegen.

Een aantal items uit de literatuur werden in overleg met de ELP niet weerhouden:

- Het telefoonnummer en het emailadres van de patiënt: indien de psycholoog het nodig acht deze informatie te hebben zal hij dit zelf aan de patiënt vragen.
- Urgentie: bij urgente problemen zal de huisarts telefonisch contact nemen met de ELP.
- Aangeven of de verwijzing moet gebeuren naar de ELP, de psychotherapeut, de psychiater of andere: niet relevant.
- In de NHG richtlijn en de brief van PuntP spreken ze over de anamnese. Dit is enerzijds weinig omlijnd, anderzijds kom je nogal snel op een overlap met de items probleem, voorgeschiedenis en functioneren van de patiënt. Dit item 'anamnese' werd dus niet weerhouden.
- Eerdere behandelingen door andere hulpverleners: voor de ELP zijn enkel reeds gebeurde opnames belangrijk.
- De vraag naar advies rond behandeling (meer bepaald medicatie): medicatie wordt niet gestart door de ELP dus dit item is niet relevant.
- Probleemlijst: gezien het CGG Overpelt heeft aangegeven dat een uitgebreide medische voorgeschiedenis overbodig is wordt dit item niet vermeld.

- Allergie, reanimatiebeleid, levenstestament, donorcodicil en contra-indicaties: deze informatie lijkt ons niet relevant.
- Vooroverleg gewenst: dit item zou eigenlijk niet nodig mogen zijn gezien alles in de brief moet staan. Indien na de interventie toch nood aan vooroverleg blijkt te zijn kan dit item alsnog toegevoegd worden.
- Aangeven of er een controle volgt bij de huisarts of de psychiater: op dit moment werd dit item niet weerhouden omdat het een onderdeel vormt de follow-up, wat buiten het bestek van dit project valt.

**Besluit vraag 3: Hoe ziet een goede verwijzing eruit?**

Er is voldoende literatuur voorhanden om een goede vorm en inhoud voor een standaard sjabloon vast te leggen. Samen met de psycholoog werd bepaald welke items weerhouden worden om in de inhoud op te nemen. Om tot het uiteindelijke sjabloon te komen zullen deze items gecombineerd worden met de resultaten van de voormeting en het gesprek met het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Overpelt. Het finale sjabloon wordt samen met de ELP opgemaakt.

## Vraag 4: Heeft een gestandaardiseerd model nut?

Als laatste willen we weten of het nuttig is om met een standaard sjabloon te werken. De NHG standaard werkt met vooraf vastgelegde rubrieken. Het nut hiervan wordt verder niet beargumenteerd. Wel blijkt uit het proefschrift 'De kwaliteit van verwijzingen' van Engelsman C.[12] dat de kwaliteit van de brieven, geschreven door artsen die de NHG standaard volgen, beter is.

Nog uit het proefschrift blijkt dat bij complexe problemen de kwaliteit van de inhoud van de brief slechter wordt. Bij het aanmaken van een standaard sjabloon kan getracht worden om via bepaalde items de complexiteit te ondervangen. Misschien dat een standaard sjabloon duidelijkheid in het verhaal kan scheppen, niet alleen voor de geadresseerde maar ook voor de verwijzer.

Nog in Nederland, meer bepaald in Amsterdam zijn in 2000 in opdracht van de ZAO Zorgverzekeringen, de SIGRA-sectie ziekenhuizen en de Amsterdamse Huisartsen Vereniging (AHV) enkele projecten gestart om de communicatie tussen huisarts en specialist te verbeteren. Het project 'Uniforme berichtgeving' is één van deze projecten en heeft als doel de verwijsbrief en de specialistenbrief te uniformeren. In een artikel uit SynthesHis 'Een uniforme verwijsbrief in Amsterdam en Amstelveen' van Van den Heuvel L.[22] wordt het proces van het aanmaken van een uniforme verwijsbrief toegelicht. Vertrekpunt is de NHG richtlijn. In dit artikel stelt men dat de voordelen van een uniforme verwijsbrief zijn dat deze gemakkelijk aan te maken en te lezen is alsook dat het checklist is voor de verwijzer rond het door te verwijzen probleem.

**Besluit vraag 4: Heeft een gestandaardiseerd model nut?**

- Gezien de NHG standaarden over informatie uitwisseling tussen de huisarts en de tweedelijn[18][19] werken met vooraf vastgelegde rubrieken kan men ervan uitgaan dat een gestandaardiseerd model nut heeft.
- Een voordeel van een vast sjabloon is dat het fungeert als een checklist voor de verwijzer om er zeker van te zijn dat alle relevante informatie aanwezig is in de verwijsbrief.

Er werd geen literatuur teruggevonden om deze motivaties te onderbouwen. Wel weerhouden we een aantal vragen die we in de nameting kunnen gebruiken:

- Stimuleert een standaard sjabloon tot het aanmaken van een verwijsbrief?
- Vormt het vaste sjabloon een checklist van de te vermelden informatie?

Als laatste blijkt dat het werken volgens de NHG richtlijn resulteert in betere verwijsbrieven. De NHG richtlijn wordt gebruikt voor de opmaak van onze brief waardoor we dus al een bepaalde kwaliteit aan het sjabloon meegeven.

## Algemeen besluit

Het doel van deze masterproef is om te komen tot een standaard sjabloon voor een verwijsbrief. Via literatuuronderzoek wordt getracht deze doelstelling te onderbouwen. Dit gebeurt aan de hand van vier vragen.

Ten eerste werd aangetoond dat een goede doorverwijzing nuttig is. Dit wordt zo gesteld door de verschillende richtlijnen. Uit twee reviews blijkt ook een effect op de klinische uitkomst van een verwijzing voor depressie en kan een afname van ongerustheid worden verondersteld bij het gebruik van een verwijsbrief met als inhoud een voorstel tot diagnostiek en behandeling.

Als tweede wordt verondersteld dat een verwijsbrief geschikt is als middel ter verwijzing gezien alle standaarden over doorverwijzing gebruik maken van een brief als format.

Ten derde is er voldoende literatuur voorhanden om een goede vorm en inhoud voor een verwijsbrief te bepalen.

Als laatste kan men aannemen dat een standaard sjabloon nut heeft gezien de standaarden hiervan gebruik maken. Ook weerhouden we een aantal mogelijke functies waarmee rekening gehouden kan worden bij het aanmaken van het sjabloon zoals het ondervangen van de complexiteit van een probleem.

# Eigen onderzoek

## 1. Tijdslijn

Hieronder kan u de tijdslijn terugvinden van het algemene verloop van deze masterproef.

**Stap 1:**

- Literatuuronderzoek
- Voormeting
- Opstellen van de verwijsbrief

Periode: september 2010-juni 2011

**Stap 2:**

- Overleg met de 4 huisartsen in de praktijk rond het in gebruik nemen van de verwijsbrief
- Interventie: de brief in gebruik nemen gedurende 3 maanden

Periode: half augustus 2011-half december 2011

**Stap 3:**

- Nameting

Periode: half december 2011-half maart 2012

**Stap 4:**

- Bespreking en besluit

Periode: half maart 2012-april 2012

## 2. De voormeting

Voordat er kan worden overgegaan naar de opmaak van een sjabloon voor doorverwijzing, is het belangrijk om te schetsen hoe de huidige doorverwijzing gebeurt. Om een idee te krijgen over dit initiële verwijsgedrag van de huisartsen binnen groepspraktijk M., werd gevraagd om een korte enquête in te vullen met vragen over de verwijzingen naar de eerstelijnspsycholoog (ELP). In deze enquete werden een aantal zaken bevraagd. Op welke manier wordt er momenteel doorverwezen en hangt de keuze van doorverwijzing af van de problematiek? Welke zijn de sterke punten van een verwijsbrief en kunnen deze eventueel bijdragen aan de opmaak van een sjabloon? Wordt er reeds gebruik gemaakt van een doorverwijsbrief en welke inhoud zit er dan in vervat? Komt de vermelde informatie overeen met het sjabloon uit de NHG-standaard? Er werd ook getoetst welke types van pathologie er werden doorverwezen. Als laatste is het belangrijk om te onderzoeken welke vorm van follow-up er gehanteerd werd.

Drie maanden voorafgaand aan de enquête werden alle huisartsen gevraagd om bij te houden welke casussen er werden doorverwezen en welk type van doorverwijzing hiervoor werd gebruikt. Er werd een minimum van twintig patiënten vooropgesteld. Er werden geen patiëntgegevens gevraagd. De enquête en de resultaten per arts zijn terug te vinden in BIJLAGE 1: Voormeting: september tot december 2010.

## Resultaten en bespreking

In totaal werden in de periode van begin oktober 2010 tot eind december 2010 41 patiënten naar de ELP verwezen. In bijlage kan u de cijfermatige weergave van de resultaten terugvinden. Hieronder volgt een beknopte weergave van de resultaten.

De voormeting leert ons dat het meegeven van het telefoonnummer van de ELP duidelijk de voorkeur heeft: in meer dan de helft van de verwijzingen (56%) wordt dit als de gebruikte manier opgegeven. In 24% van de verwijzingen wordt gekozen voor een verwijsbrief. Bij 20% van de verwijzingen verkoos de huisarts zelf een afspraak te maken bij de ELP. Eenmalig werd de patiënt enkel aangeraden om naar de ELP te gaan.

Wanneer er een afspraak gemaakt wordt door de huisarts zelf, vermeldt men als reden de ernst van de pathologie. Bij de vraag naar de motivatie om een brief te schrijven werd er niet altijd een reden gegeven. Redenen om met een verwijsbrief te werken zijn vooral om reeds informatie mee te geven over het verhaal, om een eerste insteek aan de psycholoog te bezorgen of om een eigen visie mee te geven. Een complex probleem kan ook een reden zijn om voor een verwijsbrief te kiezen. Een arts geeft aan dat de ernst en de pathologie redenen waren om een verwijsbrief aan te maken.

Er zijn ook een aantal redenen vermeld waarom er geen brief geschreven werd. Een eerste reden is omdat het maken van een verwijsbrief voor de psycholoog nog geen gewoonte is. In twee gevallen van doorverwijzing werd geen brief geschreven omdat het verhaal te complex was. In twee andere gevallen was de patiënt nog in pre-motivationele fase en had het aanmaken van een verwijsbrief nog geen zin: in feite kan men zich hier de vraag stellen of het niet eerder om een raadgeving ging, dan wel om een doorverwijzing. Eenmaal verkoos de patiënt het verhaal zelf te vertellen en één keer wenste de patiënt eerst nog met de partner te overleggen over de doorverwijzing.

De inhoud van de brief is veelal beperkt: vaak staat er enkel de klacht vermeld (9/10). 7 keer werd de leeftijd meegegeven. Ook het ziekteverloop wordt geschetst (6/10). 5 maal werd meegegeven welke therapie de arts zelf al had geprobeerd. Andere gegevens zoals een diagnose, medische en psychische voorgeschiedenis staan er zelden in.

De verwezen pathologie loopt sterk uit elkaar, wat mogelijks wijst op een onvoldoende afstemming met de ELP omtrent de door hem te behandelen problematiek. De pathologie die het meest werd doorverwezen is depressie: 11 maal. 8 keer werd een probleem van psychosomatiek doorgestuurd, 5 maal een familiaal probleem. Dit resultaat stemt overeen met de resultaten uit het onderzoek 'De positie van de eerstelijnspsycholoog in de eerstelijns-ggz' van Prins M.A.[(23)]: patiënten die een verwijzing krijgen naar een ELP door de huisarts hebben vaker stemmingsklachten, psychosomatische klachten en aanpassingsproblemen.

Ook de gehanteerde follow-up is weinig gestructureerd: in 13 van het totaal aantal verwijzingen heeft de arts noch de psycholoog gekozen voor follow-up. Daarnaast is 9 keer de patiënt op eigen initiatief naar de huisarts teruggekomen. De brief werd maar in 3 van de 41 verwijzingen als terugkoppeling gebruikt. In 3 situaties was er telefonisch overleg over de doorverwijzing. Bij 3 verwijzingen is de patiënt niet ingegaan op het voorstel tot verwijzing. In 2 patiëntdossiers werd de patiënt, na contact met de psycholoog, terug naar de huisarts verwezen.

## Besluit en bespreking

Uit deze beperkte gegevens kunnen we besluiten dat de vooraf geopperde niet structurele verwijzing een feit is.

De NHG standaard stelt dat een goede inhoud van de verwijsbrief een vereiste is voor een kwaliteitsvolle verwijzing. Het proefschrift 'De kwaliteit van verwijzingen' van Engelsman C. toonde aan dat een goede inhoud van de verwijsbrieven ontbreekt. Dit blijkt ook uit de voormeting uitgevoerd in groepspraktijk M. De resultaten van de voormeting kunnen gekoppeld worden aan de voorwaarden voor een verwijsbrief gesteld in de NHG richtlijn om te komen tot een sjabloon dat de gebreken van de huidige verwijzingen ondervangt.

Er wordt weinig gebruik gemaakt van de brief om te verwijzen. Gezien zowel de motivatie tot als de drempel voor het gebruik van de brief de complexiteit van een verhaal is lijkt het belangrijk om met het sjabloon duidelijkheid en structuur te creëren.

We zien ook dat de inhoud van de aangemaakte brieven onvolledig is. Dit zou opgevangen kunnen worden door items in het sjabloon in te voegen die door het software programma automatisch ingevuld worden, zoals voorgesteld in de NHG standaard. Dit vereist echter een goed ingevuld elektronisch medisch dossier. Op dit moment is dat in groepspraktijk M. nog niet het geval waardoor deze oplossing niet geïmplementeerd kan worden voor alle items. De patiëntgegevens en de gegevens van de verwijzer kunnen wel automatisch ingevuld worden.

Uit de literatuurstudie bleek dat het uitoefenen van invloed op het verloop van de verwijzing als een van deel van de opzet van de NHG-richtlijn wordt gezien. In groepspraktijk M. is men regelmatig teleurgesteld over het resultaat van een verwijzing naar een specialist. Vermoedelijk staan we er als huisarts onvoldoende bij stil, dat we met een goede verwijsbrief al heel wat kunnen bepalen. De verantwoordelijkheid rond een goede verwijzing ligt dus ook bij de huisarts.

# *3. Het opstellen van de brief*

Om tot een goede verwijsbrief te komen heb ik getracht om bovenstaand literatuuronderzoek met praktijkervaring te combineren. Als praktijkervaring gebruik ik de resultaten van de voormeting en het gesprek met het CGG Overpelt. De uiteindelijke brief wordt opgemaakt samen met de eerstelijns psycholoog.

Het sjabloon moet een handig instrument zijn om tot een inhoudelijk correcte brief te komen. Een vooropgestelde belangrijke voorwaarde is dat het gebruiksvriendelijk is. Dit houdt enerzijds in dat het niet teveel tijd in beslag mag nemen om de brief aan te maken. Anderzijds moet er door het gebruik van het sjabloon een logische opbouw van de inhoud van de verwijzing ontstaan. Op deze manier wordt de complexiteit van een verhaal opgevangen voor zowel de verwijzer als de ontvanger van de verwijzing.

## Aanvulling literatuuronderzoek

Zoals vermeld wordt er dus vertrokken vanuit het KOP model. De items die weerhouden werden bij het literatuuronderzoek worden hierin verwerkt. Samen met de eerstelijns psycholoog worden een aantal items verder uitgewerkt:

- Voorgeschiedenis: toevoeging van het item 'belangrijk life event'
- Voor de uitwerking van het begrip 'omgeving' nemen we de meest voorkomende probleemgebieden: relatie, werk, financieel, gezondheid en verslavingsproblematiek.
- Het begrip 'persoonlijke stijl' werd door de ELP ingevuld met de volgende items: zelfbeeld, realiteitszin, impulsiviteit, coping en cognitieve mogelijkheden.
- Als procedurevoorstel kan men starten met het formuleren van een gerichte vraag. De vraag naar behandeling wordt verder uitgewerkt. De gekozen items zijn de meest voorkomende behandelingen uitgevoerd door de ELP (psycho-educatie, koppeltherapie, algemene ondersteuning, vaardigheidstraining, kortdurende gedragstherapie).
- Als laatste zijn er de mogelijke opmerkingen. De weerhouden opmerkingen zijn: een onderwerp waar de patiënt liever niet over praat, de nood aan een tolk, het vermelden van het geloof (indien relevant) en de behandelmotivatie.

## Gesprek CGG Overpelt

Om een idee te krijgen over de ervaring rond doorverwijzingen van de huisarts naar het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Overpelt, vond een gesprek plaats met twee psychologen werkzaam in dit CGG. De antwoorden en tips van deze psychologen werden schriftelijk vastgelegd.

Een verwijsbrief wordt door het CGG Overpelt erg geappreciëerd, vooral bij complexe verhalen. De huidige tekortkomingen die zij zien zijn dat de brieven te summier zijn en dat ze teveel medische voorgeschiedenis bevatten. Daarnaast hebben ze graag dat reeds bestaande psychiatrische verslagen worden meegegeven gezien zij hier zeer moeilijk aan geraken. Zij vermelden hierbij het probleem dat in sommige verslagen informatie staat die beter niet door de patiënt gelezen wordt. Wanneer de patiënt dan zelf de brief opent kan dit een probleem geven. In feite is een verwijsbrief geadresseerd aan een andere persoon en mag dus niet geopend worden door de patiënt. Een electronische doorverwijzing via een beveiligd portaal zou dit probleem kunnen opvangen.

De psychologen raden volgende items als inhoud voor de verwijsbrief aan: de klacht, de psychische voorgeschiedenis, relevante medische voorgeschiedenis (bijvoorbeeld diabetes mellitus, kanker, endometriose met relatieproblemen,…), reeds uitgevoerd en negatief medisch onderzoek bij psychosomatische klachten en suggesties (bepaalde 'addertjes').

Als laatste vermelden zij het belang van een goede samenwerking en communicatie tussen de EGGZ en de huisartsen.

## Het resultaat: de verwijsbrief

Samen met de ELP werd volgend sjabloon aangemaakt:

1. **Gegevens arts**
2. **Datum**
3. **Patiënt**
   - Naam
   - Geboortedatum (Leeftijd)
   - Geslacht
4. **Aanmeldingsklacht**
   - Suïcidaliteit
5. **Eigen differentiaal diagnostiek**
6. **Voorgeschiedenis**
   - Relevante comorbiditeit
   - Psychiatrische diagnoses
   - Huidige medicatie
   - Reeds geprobeerde therapieën
   - Reeds uitgevoerde onderzoeken
   - Opnames (jaartal en reden van aanmelding)
   - Belangrijk life event
   - Familiale voorgeschiedenis
7. **Omstandigheden (probleemgebieden in het dagelijks leven)**
   - Relatie
   - Werk
   - Financieel
   - Gezondheid
   - Verslavingsproblematiek
   - Andere
8. **Persoonlijk functioneren**
   - Zelfbeeld
   - Realiteitszin
   - Impulsiviteit
   - Coping
   - Cognitieve mogelijkheden
   - Andere

**9. Reden van verwijzing**
- Gerichte vraag
- Behandeling:
  - Psycho-educatie
  - Koppeltherapie
  - Ondersteuning
  - Vaardigheidstraining
  - Kortdurende gedragstherapie
- Diagnostiek
- Gerichte doorverwijzing
- Andere

**10. Opmerkingen**
- Onderwerp waar patiënt liever niet over praat
- Tolk nodig
- Geloof (indien relevant)
- Behandelmotivatie
- Andere

**11. Bijlage: Psychiatrische verslagen**

**Figuur 2: Verwijsbrief - eerste versie**

De bedoeling is dat dit sjabloon tijdens de consultatie geopend kan worden in het dossier van de patiënt. Er zijn geen verplicht in te vullen items.

Uit de voormeting bleek dat een gebrek aan tijd de belangrijkste drempel is om een verwijsbrief aan te maken. Via volgende maatregelen werd getracht om deze drempel op te vangen:
- Items 1-3 worden automatisch ingevuld
- Item 4 en 5: korte vrije tekst
- Item 6-10: indien relevant aanduiden en eventueel invullen
- Item 11: Ja of nee invullen

## *4. De interventie*

Het sjabloon voor de verwijsbrief werd aangemaakt door het software programma Health One.

Tijdens een overlegmoment met de collega's werd het gebruik en de inhoud van de brief toegelicht. Vervolgens werd de brief gedurende 3 maanden (half december 2011 – half maart 2012) gebruikt.

# *5. De nameting*

Met de nameting wordt achterhaald wat de ervaring is met de ingebruikname van het opgestelde sjabloon, en dit zowel naar praktisch gebruik (efficiëntie, gemak, …) als naar de inhoudelijke invulling van het sjabloon. Om hiertoe te komen werd een gesprek gepland met de eerstelijns psycholoog en werden de huisartsen van groepspraktijk M. bevraagd in een schriftelijke enquête.

Na het doorlopen van de interventie, die drie maanden in beslag nam, werd de eerstelijns psycholoog gevraagd naar zijn ervaring met de verwijsbrief. Volgende vragen kwamen aan bod:

- Is er sinds de ingebruikname van het sjabloon een toename van verwijzingen per brief te merken?
- Is door het standaard sjabloon de inhoud van de verwijsbrief beter?
- Wat is de globale indruk van de verwijsbrief?
- Welke aanpassingen kunnen de verwijsbrief verbeteren?

De huisartsen van groepspraktijk M. werden gevraagd een schriftelijke vragenlijst in te vullen. Met deze enquête werd getracht navraag te doen over hun praktische ervaringen, mogelijke drempels voor gebruik alsook inhoudelijke bemerkingen over de verwijsbrief. Enkele vragen uit de enquête peilen naar:

- Zet de verwijsbrief aan tot gebruik?
- Is het standaard sjabloon gebruiksvriendelijk?
- Welke aanpassingen kunnen de verwijsbrief verbeteren?

In deze enquête werden de huisartsen ook bevraagd over hun visie over het begrip verwijsbrief in algemene zin, dus niet enkel voor verwijzing naar psycholoog.

## Resultaten

1. Gesprek met de eerstelijns psycholoog na de interventie

De verwijsbrief bleek geen onverdeeld succes: verwijzingen door twee huisartsen gebeurde zonder verwijsbrief, hoofdzakelijk zonder informatie vooraf en slechts sporadisch was er telefonisch contact. De twee overige huisartsen hanteerden wel het sjabloon bij doorverwijzing. Bij hen was er ook een toename van het aantal verwijsbrieven op te merken.

De eerstelijns psycholoog geeft aan dat, sinds de ingebruikname van het sjabloon, de hulpvraag concreter in beeld komt. Vooral de reden van verwijzing is een belangrijk onderdeel van de brief. Als argument hiervoor vermeldt hij dat – zowel vroeger als bij verwijzingen zonder brief – vaak na enkele sessies in de begeleiding naar boven kwam dat de behandelde problematiek niet overeenstemde met de initiële reden tot verwijzing door de huisarts.

In algemene zin kon de verwijsbrief de goedkeuring van de psycholoog wegdragen. Ten eerste is het een verbetering over een verwijsbrief te kunnen beschikken. Het sjabloon is inhoudelijk goed opgebouwd. Als laatste werd aangegeven dat vooral in de eerste consultatie de verwijsbrief een meerwaarde is. De psycholoog gaf wel mee dat volle zinnen niet noodzakelijk zijn, maar dat kernwoorden kunnen volstaan.

Een aantal verbeterpunten met betrekking tot volgende items kunnen wel nog opgenomen worden:

- **opname:** dit item dient enkel ingevuld te worden indien er opnames geweest zijn. Bij meerdere opnames is enkel informatie over de laatste opname (plaats en datum) nodig;
- **reeds geprobeerde therapieën:** wanneer de patiënt reeds bij een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg of een privé psycholoog is geweest, wordt gevraagd om het verslag toe te voegen;
- **omstandigheden:** enkel aanvinken van subitems is voldoende;
- **persoonlijk functioneren:** dit item blijkt te moeilijk om als huisarts in te vullen, dus wordt verkozen om dit item weg te laten. Uiteindelijk komt de belangrijkste informatie van dit item terug in de voorgeschiedenis en bij de omstandigheden;
- **behandelmotivatie:** dit is belangrijk, indien er sprake is van beperkte motivatie bij de patiënt. De eerstelijns psycholoog kan dan de aanpak hierop afstemmen.

Als laatste punt benadrukt de ELP het nut van een brief. Hij denkt dat het mogelijk is om het sjabloon bij elke verwijzing te gebruiken.

Over het project Noolim, dat door hem begeleid wordt, meldt hij dat het even heeft stilgestaan omwille van de regeringshervormingen. Het tweede Limburgse project Reling is reeds gestart. De ELP is momenteel bezig met de begeleiding van een aantal andere psychologen om de start te maken binnen de twee projecten. Er wordt samen met deze psychologen gekeken of het hier aangemaakte standaard sjabloon voor breder gebruik kan dienen.

<u>Besluit:</u>

De ELP geeft aan dat het standaard sjabloon maar door twee van de vier artsen gebruikt werd. Vanuit de ELP is er een duidelijke vraag om met een verwijsbrief te werken. Voornamelijk de reden tot verwijzing is belangrijk. De belangrijkste aanpassing is het weglaten van het item ‘persoonlijk functioneren’. Hij acht het gebruik van de brief haalbaar en ziet mogelijkheden om het sjabloon ook elders in te voeren.

## 2. Nameting artsen

Aan de vier huisartsen werd gevraagd om een open vragenlijst in te vullen. Bij het bekijken van de resultaten – zie BIJLAGE 2: Nameting: december 2011 – februari 2012 – valt er een groot verschil op tussen de vier artsen. Voor twee artsen blijft de meest gebruikte manier van verwijzen het meegeven van het telefoonnummer van de psycholoog aan de patiënt. Indien het nodig wordt geacht dat de psycholoog wat extra informatie nodig heeft wordt deze informatie telefonisch doorgegeven of bij een ontmoeting op de gang vermeld.

Een derde arts verwijst via brief indien de aanmeldingsklacht van de patiënt gekend is. Echter, deze arts geeft aan dat sommige patiënten vragen doorverwezen te worden zonder in te moeten gaan op de reden van verwijzen. In deze situaties geeft de arts de contactgegevens van de ELP door en wordt de verwijsbrief niet gebruikt. De vierde arts verwijst enkel per brief.

Uit de nameting blijkt dat een van de artsen verkiest om de patiënt altijd zelf een afspraak te laten maken (tenzij dat er sprake is van suïcidaliteit), dit vanuit het belang van motivatie.

Een arts vindt het gebruik van een brief niet nuttig en hanteert de verwijsbrief enkel op expliciete vraag van patiënt of psycholoog. De andere artsen vinden een brief wel nuttig. De meest voorkomende argumenten om voor een verwijsbrief te kiezen zijn:

- als checklist om niets te vergeten;
- om belangrijke voorgeschiedenis, medicatie of omstandigheden te vermelden;
- om een vraagstelling mee te geven.

Drie artsen geven aan dat de brief een meerwaarde kan hebben voor de patiënt. De aanzet voor de eerste consultatie is gemaakt, wat voor de patiënt de druk kan wegnemen. Daarnaast kadert de brief het ziektebeeld voor de patiënt die niet bij machte is om dit aan de psycholoog te verwoorden, onder andere voor patiënten met een gebrek aan ziekte-inzicht.

Bij de twee artsen die niet per brief verwijzen, is de grootste drempel ‘tijd’. Ze geven tevens aan dat de reflex tot het opmaken van een verwijsbrief naar de EGGZ nog niet voldoende is ingeburgerd. Een arts vermeldt dat het inrichten van een langer consult bij psychische problematiek – met bijpassende nomenclatuur – zou stimuleren tot gebruik van een verwijsbrief, omdat er aldus meer (betaalde) tijd kan worden voorzien.

Er is een vermoeden dat sommige patiënten bezwaar kunnen hebben tot het vermelden van persoonlijke gegevens in een verwijsbrief, zeker indien deze informatie niet voorafgaand door de patiënt kan gelezen worden en enkel bestemd is voor de psycholoog. Echter alle artsen geven aan dat deze methode van verwijzing door de patiënten aanvaard en – meestal ook – geapprecieerd wordt.

De evaluatie van het sjabloon kan niet getoetst worden bij de artsen die enkel mondeling verwezen. Een van deze artsen gaf wel aan dat het sjabloon gebruiksvriendelijk en tijdbesparend oogt. De arts heeft de intentie om te starten met het verwijzen per brief naar de ELP en geeft aan hiervoor het sjabloon te zullen gebruiken. De twee andere artsen gebruikten het sjabloon bij opmaak van de verwijsbrief. Ze vinden dat het gebruik van een verwijsbrief zowel naar tijd als inspanning haalbaar is. Deze artsen geven aan dat het sjabloon nuttig is en stimuleert tot gebruik van een brief.

Bij gebruik van het sjabloon bleek dat de inhoud door de artsen als te uitgebreid wordt beschouwd. Een van de voorstellen tot aanpassing is het vervangen van automatisch open springende kadertjes (waar tekstinhoud moet gegeven worden) door aan te vinken items. Een tweede aanpassing betreft het schrappen van het luik persoonlijk functioneren, wegens moeilijk te definiëren. Deze bemerking werd ook aangegeven door de psycholoog. Als laatste aanpassing wordt door een arts gevraagd ook te voorzien in een voorstel tot opvolging, zodat het verdere verloop door de huisarts kan opgevolgd worden.

Op dit moment wordt het sjabloon enkel gebruikt om naar de ELP te verwijzen, maar een arts geeft aan dat het sjabloon ook kan overgenomen worden om naar de psychiater te verwijzen.

Besluit:

Wanneer we kijken naar de mening over een verwijsbrief en naar de ervaring met het sjabloon blijkt dat er een groot verschil is in het gebruik ervan door de vier artsen. De mening over het nut en de opbouw van het sjabloon wordt wel door het merendeel van de artsen als positief bestempeld. Een aantal artsen geven zelfs aan dat het sjabloon stimuleert tot het opstellen van een verwijsbrief. De belangrijkste drempel om een brief te schrijven blijft echter het gebrek aan tijd. Mogelijks kunnen een aantal aanpassingen, zoals bovenstaand beschreven, hieraan verhelpen.

## *6. De finale brief*

Rekening houdend met de opmerkingen uit de nameting heb ik samen met de eerstelijns psycholoog de brief aangepast tot een finaal sjabloon. De voornaamste aanpassing is het weglaten van het item ‘persoonlijk functioneren’.

1. **Gegevens arts**

2. **Datum**

3. **Patiënt**
   - Naam
   - Geboortedatum (Leeftijd)
   - Geslacht

4. **Aanmeldingsklacht**
   - Suïcidaliteit

5. **Eigen differentiaal diagnostiek**

**6. Voorgeschiedenis**
- Relevante comorbiditeit:
- Psychiatrische diagnoses:
- Huidige medicatie:
- Reeds geprobeerde therapieën:
- Reeds uitgevoerde onderzoeken:
- Opnames (jaartal en reden van aanmelding):
- Belangrijk life event:
- Familiale voorgeschiedenis:

**7. Omstandigheden (probleemgebieden in het dagelijks leven)**
- Relatie
- Werk
- Financieel
- Gezondheid
- Verslavingsproblematiek
- Andere

**8. Reden van verwijzing**
- Gerichte vraag
- Behandeling:
  - Psycho-educatie
  - Koppeltherapie
  - Ondersteuning
  - Vaardigheidstraining
  - Kortdurende gedragstherapie
- Diagnostiek
- Gerichte doorverwijzing
- Andere

**9. Opmerkingen**
- Onderwerp waar patiënt liever niet over praat
- Tolk nodig
- Geloof (indien relevant)
- Behandelmotivatie
- Andere

**10. Bijlage: Psychiatrische verslagen**

**Figuur 3: Verwijsbrief - tweede versie**

Handleiding:
- Items 1-3: worden automatisch ingevuld
- Items 4-5: vrije tekst
- Item 6: aanduiden en invullen
- Item 7: enkel aanduiden
- Items 8-9: aanduiden en invullen
- Item 10: Ja of nee invullen

# Terugkoppeling

Wat automatisch volgt op een verwijsbrief door de huisarts naar de psycholoog, is de terugkoppeling van de psycholoog naar de huisarts. Vooral de eerstelijns psycholoog was geïnteresseerd om een georganiseerde follow-up te voorzien. Uit de nameting blijkt dat de terugkoppeling vaak gebeurt doordat arts en psycholoog elkaar tegenkomen op de gang of doordat de patiënt zelf terugkomt op consultatie bij de huisarts.

De volledige uitwerking van de terugkoppeling valt buiten dit praktijkproject. Er wordt getracht om een eerste aanzet te geven. Hiertoe wordt informatie uit het gesprek met het CGG Overpelt gecombineerd met literatuuronderzoek.

## *1. Gesprek CGG Overpelt*

Uit het gesprek met het CGG Overpelt blijkt dat er gewerkt wordt met vaste momenten waarop een terugkoppeling naar de huisarts wordt voorzien. De huisarts wordt verwittigd indien de eerste afspraak werd gemaakt (ook indien de huisarts zelf niet verwezen heeft maar de patiënt bijvoorbeeld op eigen initiatief een afspraak heeft gemaakt). Daarna proberen ze op drie momenten een verslag door te geven aan de huisarts: na intake, bij evolutie en na afsluiten van de therapie. Ook wordt de huisarts verwittigd wanneer een patiënt in een riskante situatie afhaakt (bijvoorbeeld bij suïcidaliteit). Elke verslaggeving gebeurt per brief en de inhoud is bondig.

## *2. Literatuuronderzoek*

Een eerste vraag is of een terugkoppeling nuttig is. In de Cochrane review ’Consultation letters for medically unexplained physical symptoms in primary care’ van Hoedeman et al.[(24)] gaan de onderzoekers na wat het effect is van een ‘consultation letter’ van de psychiater naar de huisarts nadat de patiënt bij de psychiater is geweest. Het probleem van de patiënt betreft een medisch onverklaarbare lichamelijke klacht (LOK). Deze studie is interessant gezien een LOK vaak een behandeling door de psycholoog vereist.

Het effect van de ‘consultation letter’ wordt vergeleken met ‘care as usual’, zijnde standaard opvolging bij de huisarts. In de ‘consultation letter’ geeft de psychiater een diagnose en een advies voor verdere behandeling door aan de huisarts.

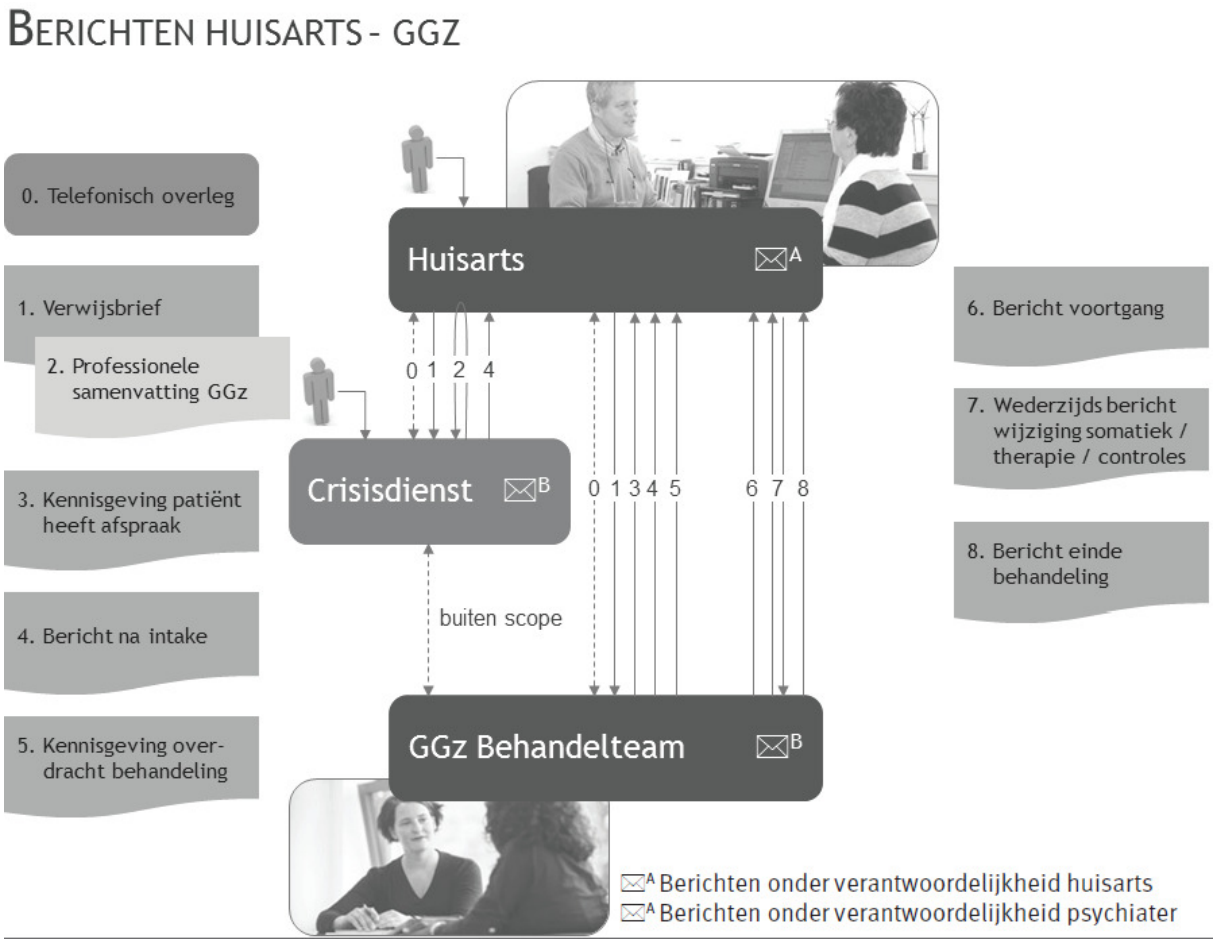
In totaal vonden de onderzoekers zes studies (449 patiënten in totaal). In vier studies werd de brief gestuurd na een consultatie bij de psychiater. Het resultaat was een gedaalde medische kost (in drie studies) en een verbeterd fysiek functioneren (in drie studies). In twee studies werd de brief gestuurd na een gezamelijke consultatie tussen huisarts, psychiater en patiënt. Bij één van de twee studies zag men een lichte vermindering van de ernst van de LOK’s, een verminderde medische consumptie en een verbeterd sociaal functioneren.

De conclusie van de auteurs is dat een ‘consultation letter’ nuttig kan zijn voor de artsen die patiënten met lichamelijk onverklaarbare klachten behandelen.

Er zijn echter een aantal beperkingen aan deze review. Ten eerste zijn de geïncludeerde studies uitgevoerd bij kleine populaties. Vijf van de zes studies zijn uitgevoerd in de Verenigde Staten en vier studies dateren van voor 1995. De significante uitkomstmaten zijn degene die aangegeven zijn door de artsen, niet door de patiënten. Als laatste was het effect het grootste bij ernstige en eerder zeldzame LOK's.

Deze review doet vermoeden dat een terugkoppeling nuttig is. De resultaten zouden verder onderbouwd moeten worden: een beter functioneren van de patiënt en een gedaalde medische kost zijn belangrijke streefdoelen bij een verwijzing.

Als tweede vraag wordt gezocht hoe een terugkoppeling gestructureerd kan worden. Via literatuuronderzoek komt opnieuw de NHG-richtlijn 'informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GZZ' naar boven. In deze richtlijn gaat men er vanuit dat de patiënt bij doorverwijzing naar de ELP een bepaald traject aflegt. Op verschillende momenten in dit traject is er nood aan communicatie tussen de huisarts en de ELP: zie Figuur 4.




**Figuur 4 Overzicht van het verloop van berichtgeving tussen huisarts en GGZ**

Deze figuur geeft weer op welke momenten binnen de therapie bij de ELP er communicatie moet plaatsvinden tussen de huisarts en de ELP. In eerste instantie is er de verwijsbrief met hoofdzakelijk de aanmeldingsklacht. Daarna volgt een korte berichtgeving wanneer de patiënt een afspraak heeft gemaakt alsook na het eerste gesprek. Bij wijziging van behandelaar wordt hiervan een kennisgeving doorgegeven. Tijdens een langdurige behandeling stuurt de ELP minstens 1 maal per jaar een brief naar de huisarts om een beeld te geven van de evolutie van de therapie. Zowel de huisarts als de ELP nemen met elkaar contact op wanneer er een wijziging plaatsvindt van de problematiek of de behandeling van de patiënt. De behandeling wordt afgesloten met een bericht van de ELP naar de huisarts.

Als laatste wordt de inhoud van de brieven bepaald. Ook hiervoor wordt de NHG richtlijn 'informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GZZ' bekeken. Voor elk bericht wordt de indeling envelop-kern-bijlage gehanteerd. De inhoud van het bericht hangt af van het moment van berichtgeving en is vooraf in verschillende rubrieken vastgelegd (Figuur 5). De bespreking van de inhoudelijke items gebeurt samen met de ELP.

| ***Envelop*** | kennisgeving patiënt heeft afspraak (1) | bericht na intake (4) | kennisgeving overdracht behandeling (5) | bericht voortgang (6) | bericht einde behandeling (8) | bericht einde behandeling (8) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *Gegevens auteur* | * | * | * | * | * | * |
| *Gegevens patiënt/cliënt* | * | * | * | * | * | * |
| *Gegevens geadresseerde* | * | * | * | * | * | * |
| *Datum/tijd* | * | * | * | * | * | * |
| *Afspraakgegevens* | * | - | - | - | - | - |
| *Reden extra bericht* | - | - | - | - | - | * |
| *Beheerder brief* | * | * | * | * | * | * |
| ***Kern*** | | | | | | |
| *Aanleiding extra bericht* | - | - | - | - | - | * |
| *Vraagstelling, reden contact of verwijzing* | - | * | + | * | * | + |
| *Bespreking* | - | - | - | + | + | - |
| *Conclusie, diagnose* | - | * | * | * | * | - |
| *DSM* | - | * | * | * | * | + |
| *Medicatie actueel* | - | * | * | * | * | + |
| *Beleid* | - | * | * | + | + | + |
| *Controle psychiater* | - | + | - | + | * | * |
| *Controle huisarts* | - | + | - | + | * | * |
| *Advies gegeven aan patiënt* | - | - | - | + | + | - |
| *Risicovol gedrag* | - | - | - | - | + | - |
| ***Bijlage*** | | | | | | |
| *Anamnese* | - | - | - | - | + | - |
| *Beloop, interventie* | - | - | - | + | + | - |
| *Familieanamnese* | - | - | - | + | + | - |
| *Psychosociale anamnese* | - | - | | + | + | - |
| *Lichamelijk onderzoek* | - | - | - | + | + | - |
| *Laboratoriumonderzoek* | - | - | - | + | + | - |
| *Beeldvormend onderzoek* | - | - | - | + | + | - |
| *Functieonderzoek* | - | - | - | + | + | - |
| *Overig onderzoek* | - | - | - | + | + | - |
| *Intercollegiale consulten* | - | - | - | + | + | - |
| *Verrichtingen derden* | - | - | - | + | + | - |
| *Allergie, intolerantie* | - | - | - | + | + | - |
| *Contra-indicaties* | - | - | - | + | + | - |

* = verplichte rubriek, + = optionele rubriek, - = rubriek komt in bericht niet voor

**Figuur 5 De inhoud van de verschillende brieven wordt weergegeven in een overzichtstabel**

### 3. Gesprek met de eerstelijnspsycholoog

Samen met de ELP werden de eerste afspraken rond terugkoppeling gemaakt. Er werd besloten dat de eerste brief naar de huisarts aangemaakt moet worden na de eerste 2-3 gesprekken (de zogenaamde initiatie). In deze brief herneemt de psycholoog de aanmeldingsklacht waarmee de patiënt verwezen werd en geeft hij uitleg over zijn eerste indruk en een mogelijke hypothese. Ook de afgesproken behandeling met de patiënt wordt uitgelegd. Indien hij vindt dat hij informatie tekort komt of dat er overleg nodig is zal hij dit aangeven. We opteren hier voor een inhoudelijk vrij korte terugkoppeling. Een meer uitgebreide brief zal minder snel aangemaakt worden door de ELP alsook minder grondig gelezen worden door de huisarts.

Op dit moment is de afspraak binnen groepspraktijk M. dat de ELP voornamelijk kortdurende therapie voorziet. Een verslag rond de evolutie lijkt eerder overbodig gezien de beperkte tijdspanne van deze behandeling.

De tweede brief verstuurt de psycholoog wanneer de therapie is afgerond. Volgende items komen hierin aan bod:

- Opnieuw de aanmeldingsklacht en korte recapitulatie van de intake
- De evolutie van het probleem doorheen de therapie
- Afronding: het besluit en eventuele opmerkingen (tips en dergelijke)
- Voorstel tot eventuele follow-up

Voorlopig blijft het bij dit theoretisch voorstel en zijn er nog geen sjablonen ontwikkeld.

## Discussie

Als eerste wordt aangegeven wat de beperkingen zijn van deze masterproef.

Daarnaast zijn er tijdens het proces van dit project mogelijke nieuwe projecten maar ook vraagtekens naar boven gekomen. Deze worden kort opgesomd.

### 1. Beperkingen

- Een praktijkverbeterend project is kleinschalig en dus moeilijk statistisch te onderbouwen.
- De gebruikte enquêtes zijn weinig onderbouwd.
- Sommige vragen van de nameting zouden beter in de voormeting gevraagd zijn om een beter beeld van de verwachtingen en visies van de collega's te hebben vóór het aanmaken van de verwijsbrief.
- De praktijk waar het project plaatsvond kon onvoldoende tijd vrijmaken om mee te denken. Om een praktijkverbeterend project te doen slagen is ondersteuning van de gehele praktijk nodig.

## 2. Gedeeld beroepsgeheim

Er wordt aangeraden om een zogenaamd 'informed consent' vast te leggen. Met name over:

- bepaalde inhoud van de brief zoals medische voorgeschiedenis, resultaten van uitgevoerde onderzoeken enzovoort;
- het meegeven van eventuele psychiatrische verslagen.

In principe is een mondelinge toezegging voldoende. Op deze manier wordt de problematiek van gedeeld beroepsgeheim binnen de praktijk opgevangen.

## 3. De nood aan praktische ondersteuning: een randvoorwaarde

Als eerste bleek dat een grote struikelblok om het verwijssjabloon te gebruiken het argument ‘tijd’ is. Vermoedelijk zou een gelijkaardig systeem zoals het HIS in Nederland ervoor kunnen zorgen dat de brief meer gebruikt wordt. Een deel van de rubrieken worden automatisch ingevuld wat waarschijnlijk leidt tot een tijdsbeperking bij het aanmaken van de brief. Daarnaast zal de inhoud van de brief volledi ger zijn.

Daarnaast is een goede praktische ondersteuning nodig om een aanpassing vlot te laten verlopen. Het aanmaken van het standaard sjabloon door het medisch programma gebruikt in groepspraktijk M. is niet vlot verlopen. Een goede service van het gebruikte software programma is dus ook belangrijk.

Als laatste bleek tijdens één van de gesprekken met de eerstelijns psycholoog dat vooral praktische zaken zorgen voor het al dan niet slagen van een vlotte communicatie. Ten eerste geeft hij aan dat het belangrijk is dat hij niet teveel schrijfwerk heeft, dit blijft toch liggen. Een standaard sjabloon zou dit kunnen opvangen. Ten tweede is het op dit moment zo dat hij thuis het schrijf- en printwerk doet. Doordat er een breuk in tijd is tussen het gesprek met de patiënt en het verwerken van het gesprek kan er informatie van het gesprek verloren gaan.

De tijdsbreuk kan er ook voor zorgen dat de informatieverwerking niet gebeurt. Indien hij een brief voor de arts aanmaakt moet hij deze eerst thuis afprinten en daarna meebrengen naar de groepspraktijk. Enerzijds is dit een extra taak die vergeten kan worden, anderzijds kan deze brief verloren geraken met het risico dat het op een verkeerde bestemming terecht komt. Dit zou absoluut moeten voorkomen worden gezien het meestal over delicate patiënteninformatie gaat.

Een aantal praktische aanpassingen lijken dus nodig. Ten eerste kan er een standaard sjabloon opgemaakt worden. Dit werd besproken in het hoofdstuk ‘Terugkoppeling’. Een tweede aanpassing zou kunnen zijn dat er een printer voorzien wordt in de consultatieruimte van de ELP. Op deze manier kan het verslag onmiddellijk gemaakt worden, afgeprint worden en in het postvakje van de bestemde huisarts gelegd worden.

Hierbij blijft het probleem van de verloren post. Op termijn zou het optimaal zijn dat er een gemeenschappelijke bron aangemaakt wordt op de server waar huisarts en psycholoog op kunnen inloggen. De huisarts kan hier de verwijsbrief aanmaken, de psycholoog kan hier de terugkoppeling schrijven, nota's naar elkaar kunnen hier achtergelaten worden, de psycholoog zou kunnen aanvinken wanneer een patiënt op de afspraak is verschenen, eventuele korte intermittente observaties zouden hier kunnen geplaatst worden, enzovoort. Dit komt neer op de aanmaak van een platform zoals het eHealth platform (waarin iedereen toegang heeft tot vooraf vastgelegde 'deuren' van een patiëntendossier) maar dan op klein formaat.

## 4. Mogelijke volgende projecten

Tijdens het proces van een praktijk verbeterend project komen andere uitdagingen, aan te pakken tekortkomingen en in te vullen noden naar boven. Enkele hiervan zijn:

Binnen groepspraktijk M.:

- Een beter beheer van de inhoud van het Electronisch Medisch Dossier
- Een goede aflijning van de taken van de eerstelijns psycholoog (vooral om de wachtlijst te beperken)
- Het uitwerken van de follow-up
- Voorzien van een goede educatie van de huisartsen rond de aanpak van psychoproblematiek
- Vastleggen van overlegmomenten tussen huisarts en de plaatselijke EGGZ: het nut hiervan wordt aangehaald door de ELP, het CGG en bevestigd in het artikel 'Improving the psychiatric knowledge, skills, and attitudes of primary care physicians' van Hodges et al.[25].
- Daarnaast kunnen er nog twee vragen beantwoord worden:
    - Kan deze brief ook gebruikt worden om naar andere psychologen te verwijzen?
    - Is voor elke verwijzing een brief nodig?

Voor de toekomst:

- Wat met de terugbetaling van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg?
- Wat wordt de plaats van de groepspraktijk M. binnen Reling? En de plaats van de ELP binnen Noolim? Blijft het samenwerkingscontract tussen P.B. en de huisartsenpraktijk? Vervalt de verwijsbrief zoals we die nu kennen?
- Hoe zal de communicatie tussen zorgverleners er in de toekomst uitzien, meer bepaald wat wordt de praktische betekenis van projecten zoals eHealth en Vitalink?

# Bespreking en besluit

Het idee om te werken rond een verwijsbrief naar de psycholoog is ontstaan naar aanleiding van het instappen van een eerstelijns psycholoog in groepspraktijk M. Het uitgangspunt is dat een betere communicatie tussen zorgverleners de zorg zelf ten goede komt.

Een goede eerstelijns (geestelijke) gezondheidszorg met oog voor onderlinge communicatie is belangrijk. Dit blijkt uit meerdere actuele projecten (bijvoorbeeld het eHealth platform, het ontstaan van Vitalink, de Limburgse projecten Reling en Noolim rond Artikel 107).

Om tot een goede verwijsbrief te komen worden literatuur, met name een aantal richtlijnen, en praktijkervaring gecombineerd. Er is voldoende literatuur voorhanden om het gebruik van een verwijsbrief te ondersteunen. Daarnaast is er voldoende informatie teruggevonden om de inhoud van een standaard sjabloon te bepalen.

Uit de voormeting bij de huisartsen van groepspraktijk M. blijkt dat er weinig via een brief verwezen wordt naar de ELP. Uit de nameting blijkt dat voor twee artsen het standaard sjabloon aanzet tot gebruik van een verwijsbrief, een derde arts besluit dat het sjabloon nuttig is en in de toekomst gebruikt zal worden.

Voor de toekomst kunnen verschillende projecten zoals de terugkoppeling verder uitgewerkt worden. Daarnaast zullen een aantal projecten op hoger niveau, zoals Reling en Noolim, steeds meer vorm en invloed krijgen.

Er kan besloten worden dat dit praktijkverbeterend project voor een aantal artsen een meerwaarde betekent.

# Dankwoord

Ten eerste zou ik graag mijn ouders willen bedanken. Doorheen mijn hele studie zijn zij er onafgebroken geweest voor mij. Ook mijn partner is een ongelofelijke steun geweest.

Daarnaast is er de psycholoog P.B. die mee heeft gedacht rond het uitwerken van de brief en ook altijd tijd heeft vrij gemaakt indien nodig. Ik dank het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Overpelt voor het verhelderende gesprek.

Uiteraard wil ik ook Prof. dr. M. Deveugele en dr. T. Declercq bedanken voor het begeleiden van deze masterproef, wat niet helemaal evident is gezien de afstand. Als laatste zou ik graag mijn collega's van de groepspraktijk bedanken voor de medewerking.

# Bronvermelding

- **Thema: prevalentie en huidige stand van EGGZ**


1. Rijnders P., Heene E. Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn. Amsterdam: Boom; 2010, p. 328.
2. Projectverslagen Vorming van een zorgnetwerk - Geestelijke Gezondheidszorg in Limburg (teksten zijn niet online beschikbaar, maar kunnen opgevraagd worden):
    a) Peter Beks, netwerkcoördinator Noolim: zorgnetwerk. Geestelijke Gezondheidszorg in de regio Oost-Limburg
    b) Eddy Daems, netwerkcoördinator Noolim: zorgnetwerk. Geestelijke Gezondheidszorg in de regio West-Limburg
3. ESEMeD project
    a) Bruffaerts R., Bonnewyn A., Van Oyen H., Demarest S., Demyttenaere K. Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders. Tijdschrift voor geneeskunde 2004; 60(2): 75-85.
    b) Bruffaerts R., Bonnewyn A., Van Oyen H., Demarest S., Demyttenaere K. The impact of mental disorders on daily functioning in the Belgian community. Results of the study "European Study on Epidemiology of Mental Disorders" (ESEMeD) Rev Med Liege 2005;60(11):849-54.
4. Cijfers rond chronische aandoeningen beschikbaar via http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Artsen/Chronische-aandoeningen--incidentie-en-prevalentie/
5. Cijfers rond sterfte door suïcide in Europa beschikbaar via http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00122&plugin=1
6. Cijfers rond geestelijke gezondheidszorg bij jongeren beschikbaar via http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Ziekten/Depressies-en-zelfdoding/Geestelijke-gezondheid-van-jongeren/
7. Annseau M., Dierick M., Buntinx F., Cnockaert P., De Smedt J., Van Den Haute M., Vander Mijnsbrugge D. Hoge prevalentie van mentale stoornissen in de eerste lijn. Resultaten van een cross-sectioneel onderzoek. Huisarts Nu 2006;35(9):499-505.
8. Veerle Decroos. Psychologische hulp in lijnen. Psyche 2010; 22(2): 8-9.
9. Prof. Dr. De Maeseneer J., Mevr.Wittevrongel L., Dhr.Vincke A. Onderzoeksrapport Eerstelijnspsycholoog. 2009; p.148
10. Federale Overheidsdienst - Dienst Psychosociale Gezondheids zorg – Cel Geestelijke Gezondheidszorg: informatie over Artikel 107 beschikbaar via www.psy107.be
11. Artikel 107. Mijlpaal in het Limburgs GGZ landschap!? Middenkatern Overspil 2011

- **Thema: verwijzing door huisarts**


12. Engelsman C., Geertsma A., Knottnerus J.A. De kwaliteit van verwijzingen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1995;139:1761.
13. Heymans I. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten in het voordeel van de patiënt: enkele perspectieven. Minerva 2010; 9(10): 109-109.
14. Boone F.. Effectiviteit van educatieve interventies over psychosociale problemen voor huisartsen. Stichting Emergis Afdelingen RGC Zeeuws-Vlaanderen en Indigo Zeeland 2010; p.24.
15. Oiesvold, T., Sandlund, M., Hansson, L., Christiansen, L., Göstas, G., Lindhardt, A., Saarento, O., Sytema, S., Zandrén, T. Factors associated with referral to psychiatric care by general practitioners compared with self-referrals. Psychological Medicine 1998;28: 427-436.
16. Foy R., Hempel S., Rubenstein L., et al. Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. Annals of Internal Medecine 2010;152: 247-58.
17. SIGN richtlijn ' Report on a recommended referral document' beschikbaar via http://www.sign.ac.uk/pdf/sign31.pdf. Laatst geraadpleegd op 25/04/2012.
18. NHG standaard 'Informatie uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ' beschikbaar via http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_implementatie/k_automatisering/Informatieuitwisseling-huisartstweedelijns-GGZ.htm. Laatst geraadpleegd op 25/04/2012.
19. NHG standaard ' informatie uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen' beschikbaar via http://nhg.artsennet.nl/k_informatieuitwisseling.htm. Laatst geraadpleegd op 25/04/2012.
20. Verwijsbrief Puntp beschikbaar via http://www.puntp.nl/files/49099/verwijsbrief_ggz_versie_2.1.pdf. Laatst geraadpleegd op 25/04/2012.
21. Verwijsbrief Zwolle beschikbaar via http://www.psychologenzwolle.nl/verwijsbrief.pdf. Laatst geraadpleegd op 25/04/2012.
22. Van den Heuvel L., Kaag M. Een uniforme verwijsbrief in Amsterdam en Amstelveen. Syntheshis 2002; 3.
23. Prins M.A;., Verhaak P.F.M., Smit E.H., Verheij R.A. De positie van de eerstelijnspsycholoog in de eerstelijns-ggz. Huisarts en Wetenschap 2012;55(4):146-50.
24. Hoedeman R.M., Blankenstein A.H., Van der Feltz-Cornelis C.M., Krol B., Stewart R., Groothoff J.W. Consultation letters for medically unexplained physical symptoms in primary care. Cochrane database of systematic reviews 2010; 12.
25. Hodges B., Inch C., Silver I. Improving the psychiatric knowledge, skills, and attitudes of primary care physicians, 1950-2000: a review. The American journal of psychiatry 2001;158(10):1579-86.

# Bijlage

- BIJLAGE 1: Voormeting: september – december 2010
- BIJLAGE 2: Nameting: december 2011 – februari 2012

# BIJLAGE 1: Voormeting: september tot december 2010

- ***Blanco***

Per verwijzing zou ik graag volgende gegevens hebben:

1. **Hoe heb je verwezen**
    a. Ik heb een afspraak gemaakt voor de patiënt
    b. Ik heb een verwijsbrief geschreven
    c. Ik heb het telefoonnummer aan de patiënt gegeven
    d. Ik heb de patiënt aangeraden een keertje bij een psycholoog langs te gaan
    e. Andere:
2. **Waarom heb je zo verwezen (bv ik schreef een brief owv het complexe verhaal):**
    a. Ik heb een afspraak gemaakt voor de patiënt omdat
    b. Ik heb een verwijsbrief geschreven omdat
    c. Ik heb het telefoonnummer aan de patiënt gegeven omdat
    d. Ik heb de patiënt aangeraden een keertje bij een psycholoog langs te gaan omdat
    e. Andere:
3. **Welke pathologie heb je verwezen:**
    a. Depressie
    b. Psychosomatiek
    c. Slaapstoornissen
    d. Rookstop
    e. Burn out
    f. Andere:
4. **Indien je een brief schreef, welke informatie stond hier dan in:**
    a. De leeftijd
    b. De klacht
    c. Een diagnose
    d. De medische voorgeschiedenis
    e. De psychische voorgeschiedenis
    f. Het ziekteverloop
    g. Wat je zelf reeds geprobeerd hebt
    h. Andere:
5. **Hoe verliep de follow up:**
    a. Geen
    b. ‘op de gang’
    c. Telefonisch
    d. Per brief
    e. Patiënt kwam terug op consultatie na verwijzing psycholoog
    f. Patiënt kwam op eigen initiatief terug op consultatie
    g. Patiënt is (nog) niet gegaan
    h. Andere:

- ***Voormeting: alle gegevens***

Het getal geeft weer hoe vaak een item voorkomt.

| **Totaal aantal verwezen patiënten:** | **41** |
|---|---|

**Manier van verwijzen**

| | |
|---|---|
| • telefoonnummer meegegeven: | 23 |
| • brief: | 10 |
| • ik heb zelf een afspraak gemaakt voor de patiënt: | 8 |
| • ik heb de patiënt aangeraden om naar de psycholoog te gaan: | 1 |

**Motivatie om een brief te schrijven**

| | |
|---|---|
| • de ernst en complexiteit van de pathologie: | 1 |
| • om een begin aan het verhaal te maken: | 1 |
| • om een eigen visie mee te geven: | 1 |
| • om de situatie toe te lichten: | 1 |

**Motivatie om geen brief te schrijven**

| | |
|---|---|
| • het is nog geen gewoonte: | 1 |
| • de complexiteit van het verhaal: | 2 |
| • de patiënt is nog in premotivationele fase: | 2 |
| • de patiënt wenst zelf het verhaal te vertellen: | 1 |
| • de patiënt wou eerst nog met de partner overleggen: | 1 |

**De inhoud van de brief**

| | |
|---|---|
| • de klacht: | 9 |
| • de leeftijd: | 7 |
| • het ziekteverloop: | 6 |
| • wat ik zelf reeds geprobeerd heb: | 5 |
| • een diagnose: | 4 |
| • de medische voorgeschiedenis: | 3 |
| • de psychische voorgeschiedenis: | 2 |
| • het geslacht: | 1 |

**Top 3 van de doorverwezen pathologie**

| | |
|---|---|
| • depressie: | 11 |
| • psychosomatiek: | 8 |
| • familiale problematiek: | 5 |

**De gehanteerde follow up**

| | |
|---|---|
| • geen: | 13 |
| • de patiënt is op eigen initiatief teruggekomen: | 9 |
| • 'op de gang': | 9 |
| • per brief: | 3 |
| • telefonisch: | 3 |
| • de patiënt is niet gegaan: | 3 |
| • na verwijzing door de psycholoog: | 2 |

- ***Voormeting: resultaten per arts***

De getallen geven weer hoe vaak per totaal aantal verwijzingen een item aan bod kwam.

**ARTS 1**

- **Aantal patiënten: 21**

- **Manier van verwijzen:**
  - Telefoonnummer meegedeeld 13
  - Brief 2
  - Zelf voor de patiënt een afspraak gemaakt 6

- **Motivatie om geen brief te schrijven:**
  - Nog geen gewoonte
  - Complex verhaal dat patiënt toch zelf moet vertellen
  - Wel vaak korte toelichting aan psycholoog telefonisch / op de gang

- **Inhoud van de brief**
  - Leeftijd
  - Geslacht
  - Klacht
  - Diagnose 2
  - Medische voorgeschiedenisMVG 2
  - Psychische voorgeschiedenis

- **Pathologie:**
  - Agressie, Functioneringsstoornis, Persoonlijkheidsstoornis
  - Relatieproblematiek, Familiale problematiek 2
  - Depressie 4
  - Stemmingsstoornis
  - Posttraumatische stressstoornis, Obsessive compulsive disorder, Angststoornis
  - Ethylproblematiek 2
  - Motivatie probleem (bv dieet)
  - Slaapproblematiek
  - Psychosomatiek 5
  - ‘Stress’, Burn out
  - Rouw 2

- **Gehanteerde follow-up**
  - Geen 8
  - Patiënt kwam op eigen initiatief terug 7
  - ‘Op de gang’ 2
  - Telefonisch 3
  - Patiënt kwam terug na verwijzing psycholoog 2

## ARTS 2

- **Aantal patiënten:** **8**

- **Manier van verwijzen**
  - Telefoonnummer meegedeeld 6
  - Brief 2
  - Zelf voor de patiënt een afspraak gemaakt 1

- **Motivatie**
  - om geen brief te schrijven: Patiënt is nog in premotivationele fase
  - om wel een brief te schrijven: Ernst en complexiteit van de pathologie
  - om zelf een afspraak te maken: ernst van de pathologie

- **Inhoud van de brief**
  - Klacht 2
  - Diagnose 2
  - Ziekteverloop 2

- **Pathologie:**
  - Relatieproblematiek, Familiale problematiek
  - Depressie 2
  - Stemmingsstoornis
  - Angststoornis
  - Psychosomatiek 2

- **Gehanteerde follow-up**
  - Geen 4
  - Patiënt kwam op eigen initiatief terug
  - 'Op de gang'
  - Patiënt is niet gegaan 2

## ARTS 3

- **Aantal patiënten:** **7**

- **Manier van verwijzen:**
  - Telefoonnummer meegedeeld 2
  - Brief 5
  - Zelf voor de patiënt een afspraak gemaakt 1

- **Motivatie om een brief te schrijven:**
  - Om een begin aan het verhaal te maken
  - Om een eigen visie mee te geven

- **Inhoud van de brief**
  - Leeftijd 4
  - Klacht 5
  - Ziekteverloop 4
  - Wat je zelf reeds geprobeerd hebt 5
  - Medische voorgeschiedenis 1
  - Psychische voorgeschiedenis 5

- **Pathologie:**
  - Familiale problematiek 2
  - Depressie 4
  - Psychosomatiek
  - Burn out 2
  - Rouw
  - Op vraag van de patiënt

- **Gehanteerde follow-up**
  - Brief 2
  - 'Op de gang' 5

## ARTS 4

- **Aantal patiënten:** **5**

- **Manier van verwijzen:**
  - Telefoonnummer meegedeeld 2
  - Brief 1
  - Patiënt aangeraden om naar een psycholoog te gaan

- **Motivatie om een brief te schrijven:**
  - Om de situatie toe te lichten

- **Motivatie om geen brief te schrijven:**
  - Patiënt is nog in premotivationele fase
  - Patiënt wenst zelf verhaal te vertellen
  - Patiënt wou eerst nog met de partner overleggen
  - Te complex verhaal

- **Inhoud van de brief**
  - Leeftijd 1
  - Klacht 1

- **Pathologie:**
  - Depressie/spanningsklachten
  - Drugsproblematiek
  - Postnatale depressie
  - Uitwijzing vluchteling/spanning

- **Gehanteerde follow-up**
  - Geen 1
  - Patiënt kwam op eigen initiatief terug 1
  - 'Op de gang' 1
  - Brief 1
  - Patiënt is niet gegaan 1

# BIJLAGE 2: Nameting: december 2011 – februari 2012

## *Blanco*

Verwijsbrief algemeen:

- De verwijzingen die je deed waren hoofdzakelijk via (aanduiden):
    - brief
    - telefonisch
    - op de gang
    - nummer meegegeven aan pt
    - andere:
- Vind je het gebruik van een brief nuttig? Of enkel in bepaalde gevallen? Welke dan?
- Wat zijn voor jou redenen om een brief te gebruiken? Bijvoorbeeld omdat je een bepaalde boodschap wilt meegeven...
- Heeft het volgens jou een meerwaarde voor de patiënt? Motiveer.
- Is het gebruiken van een verwijsbrief haalbaar (vooral qua tijd)?
- Gebruik je een brief vooral bij bepaalde pathologie? Zo ja, welke?
- Wordt een verwijsbrief aanvaardt door de patiënten of ervaar je soms weerstand?
- Waarvan hangt volgens jou het al dan niet gebruiken van een brief af: tijd? De vorm van de brief? Andere?
- Wat zou je stimuleren om een brief te gebruiken?

Het sjabloon naar de psycholoog:

- Indien je gebruik maakt van een brief, doe je dit dan via het sjabloon? Motiveer.
- Stimuleert het standaard sjabloon tot gebruik van de verwijsbrief?
- Gebruik je het sjabloon enkel voor de eerstelijns psycholoog of ook voor anderen?
- Wat zijn struikelblokken om het sjabloon te gebruiken (niet vindbaar, typen gaat trager als schrijven, te uitgebreid,...)?
- Is het sjabloon gebruiksvriendelijk (meer bepaald niet te omslachtig)?

Suggesties ter verbetering:

- Wat is goed?
- Wat is slecht?
- Wat zou je weglaten?
- Wat zou je toevoegen?

Algemeen besluit:

- Ik ga dit sjabloon, mits een aantal aanpassingen hierboven vermeld, zeker gebruiken als standaard om naar de psycholoog te verwijzen
- Ik ga dit sjabloon niet gebruiken omwille van de volgende reden:
    - en maak liever gebruik van:

## *Nameting: resultaten per arts*

### ARTS 1

- De verwijzingen die je deed waren hoofdzakelijk via:
  voornamelijk telefonisch of op de gang
- Extra informatie rond doorverwijzing: ik laat altijd de patiënt zelf een afspraak maken (cfr.motivatie), tenzij bij suïcidaliteit
- Wat zijn voor jou redenen om een brief te gebruiken:
  vermelden van voorgeschiedenis, medicatie, belangrijke omstandigheden, vraagduiding
- Heeft een brief volgens jou een meerwaarde voor de patiënt:
  ja, indien hij het verhaal zelf niet kan vertellen of geen ziekte inzicht heeft.
- Wat is de grootste drempel om een brief te schrijven:
  de tijd gezien het vaak al een langdurig consult alsook dat het niet de gewoonte is om een verwijsbrief te maken naar de EGGZ
- Wat zou je meer stimuleren tot gebruik van een brief:
  het inrichten van een langer consult bij psychische problematiek en daar dan bijpassende nomenclatuur voor voorzien. Ook is er nood aan meer bijscholingen rond EGGZ alsook overleg met EGGZ.
- Wordt een verwijsbrief aanvaard door de patiënten of ervaar je soms weerstand:
  een verwijzing op voorhand (brief/telefonisch) wordt altijd geappreciëerd door de patiënt
- Vragen met betrekking tot het sjabloon:
  ik heb het sjabloon nog niet gebruikt maar het lijkt gebruiksvriendelijk en tijdbesparend wat een meerwaarde is

Algemeen besluit:

indien ik schriftelijk verwijs (waar ik mee ga starten) zal ik het sjabloon gebruiken

### ARTS 2

- De verwijzingen die je deed waren hoofdzakelijk via:
  op de gang/telefoonnummer meegegeven aan de patiënt
- Wat zijn voor jou redenen om voor een brief te kiezen:
  geen
- Vind je het gebruik van een brief nuttig:
  nee
- Vind je het gebruik van een verwijsbrief haalbaar:
  als het moet wel
- Wordt een verwijsbrief aanvaard door de patiënten of ervaar je soms weerstand:
  ja
- Wat zou je stimuleren om een brief te gebruiken:
  Wanneer de vraag komt van de patiënt of de psycholoog
- Vragen met betrekking tot het sjabloon:
  het sjabloon werd niet gebruikt

Algemeen besluit:

geen.

## ARTS 3

- De verwijzingen die je deed waren hoofdzakelijk via:
  per brief
- Vind je het gebruik van een brief nuttig:
  ja
- Wat zijn voor jou redenen om een de brief te gebruiken:
  - vooral om niets te vergeten
  - om structureel een verhaal weer te geven
  - om specifieke verwachtingen, een goede vraagstelling mee te geven
  - je eigen differentiaal diagnose meegeven
- Heeft een brief volgens jou een meerwaarde voor de patiënt:
  Het belangrijkste vind ik om als arts een duidelijke vraag en verwachting te stellen, al is het maar om te voorkomen dat de patiënt terug komt en dat je nog niet hebt wat je nodig had. Bij verwijzing naar de psycholoog denk ik aan patiënten die misschien als ze bij de psycholoog zitten een ander verhaal weergeven bijvoorbeeld uit angst of te kort aan motivatie maar ook wanneer iemand niet het hele verhaal nog eens uit de doeken wil doen. Je kan ook bepaalde tips al meegeven. Om iemand over de streep te trekken om te gaan werkt een brief ook beter als telefoonnummer meegeven. Soms denk ik ook dat patiënten zich meer au serieux genomen voelen bij een brief door de huisarts.
- Wordt een verwijsbrief aanvaard door de patiënten of ervaar je soms weerstand:
  Een verwijsbrief wordt altijd geappreciëerd..
- Wat is de grootste drempel om een brief te schrijven:
  tijd
- Stimuleert het standaard sjabloon tot gebruik van de verwijsbrief:
  ja
- Suggesties ter verbetering:
  kadertjes die openspringen vervangen door aan te vinken items
- Wat zou je weglaten:
  persoonlijk functioneren
- Wat zou je toevoegen:
  voorstel tot opvolging

Algemeen besluit:

ik ga dit sjabloon, mits een aantal aanpassingen hierboven vermeld, zeker gebruiken als standaard om naar de ELP te verwijzen

## ARTS 4

- De verwijzingen die je deed waren hoofdzakelijk via:
  voornamelijk verwezen via brief (indien ik het probleem ken) en telefoonnummer meegegeven aan patiënt (indien patiënt het liever niet met mij bespreekt en ik dus geen brief kan maken)
- Vind je het gebruik van een brief nuttig:
  ja, om belangrijke voorgeschiedenis mee te geven
- Wat zijn voor jou redenen om een brief te gebruiken:
  het vermelden van de voorgeschiedenis, een kader schetsen waarin probleem zich stelt, een bief kan het voor de patiënt gemakkelijker maker (dan moet hij niet de eerste stap te zetten om over het probleem te beginnen)
- Is het gebruik van een brief haalbaar:
  ja, het sjabloon is gemaakt, je kan zelf kiezen welke items je wenst in te vullen
- Gebruik je de brief vooral bij specifieke pathologie:
  nee
- Wordt een verwijsbrief aanvaard door de patiënten of ervaar je soms weerstand
  de brief wordt bijna altijd aanvaardt en meestal ook geapprecieerd door de patiënt
- Indien je gebruik maakt van een brief, doe je dit dan via het sjabloon?
  ja
- Stimuleert het sjabloon tot gebruik van de verwijsbrief
  ja
- Gebruik je het sjabloon enkel voor de ELP of ook voor anderen?
  op dit moment enkel voor de ELP maar hij zou ook voor de psychiater kunnen dienen
- Suggesties ter verbetering:
  het sjabloon is iets te uitgebreid: omstandigheden/persoonlijk functioneren/reden van verwijzing/differentiaal diagnose komen op verschillende plaatsen terug

Algemeen besluit:

het sjabloon is nuttig en zet meer aan om een brief te schrijven