Ontwikkeling en evaluatie van een opleidingsmodule over het creëren van verwijsbrieven in het elektronisch medisch dossier (EMD).

Dr. Bastiaan Verstraete, KU Leuven

Promotor: Dr. Marc Van Nuland, KU Leuven

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Haio: Dr. Bastiaan VERSTRAETE

KU Leuven

Promotor: Dr. Marc Van Nuland

Praktijkopleiders: Dr. Kristof VANDE MOORTEL, Dr. Katrien MEYVAERT

Context: De huisarts moet medische informatie beheren en deze op een adequate manier overdragen wanneer dit nodig is. De verwijzing is namelijk een deontologische plicht en essentieel voor het garanderen van kwaliteitsvolle zorg. Het is op deze overdrachtsmomenten dat de zorg voor de patiënt kwetsbaar is. Een slechte overdracht kan leiden tot medische fouten, ondermaatse kwaliteit van zorg en een verhoogde kostprijs voor de patiënt en de maatschappij. Bij het opstellen van de verwijsbrief kunnen er verschillende problemen ervaren worden.

Onderzoeksvraag: Wat zijn voor huisartsen de probleempunten bij het opstellen van een verwijsbrief en hoe kunnen die opgelost worden? Hoe kan dit aan studenten geneeskunde en huidige huisartsen in een opleidingsmodule meegegeven worden?

Methode: Eerst werd er een literatuuronderzoek uitgevoerd over verwijsbrieven, waarna een enquête opgesteld en uitgestuurd werd naar verschillende seminariegroepen. Deze ingevulde enquêtes werden geanalyseerd en de onenigheden werden eruit gehaald om dan aan bod te laten komen in verschillende discussiemomenten. Deze discussiemomenten werden volgens het QUAGOL-principe uitgewerkt. Vervolgens werden werkschema's ontwikkeld om de probleempunten aan te pakken en voor te stellen in een opleidingsmodule.

Resultaten: Er werden drie verschillende schema's ontwikkeld. Een eerste om te zien of het dossier up-to-date is, een tweede voor verwijsbrieven op consultatie en een derde voor verwijsbrieven op huisbezoek. Deze schema's kunnen dan gebruikt worden om aan studenten huisartsgeneeskunde een houvast te bieden.

Conclusies: De aangehaalde probleempunten worden met behulp van de uitgewerkte schema's aangepakt, waarbij het belang van een goed ingevuld elektronisch medisch dossier benadrukt wordt.

Trefwoorden: verwijsbrief, opleiding, HAIO, EMD.

Contact: bastiaanverstraete@hotmail.com

Abstract

Haio: Dr. Bastiaan VERSTRAETE

KU Leuven

Practice trainers: Dr. Kristof VANDE MOORTEL, Dr. Katrien MEYVAERT

Context: The task of the general practitioner exists of managing medical information and transferring this information in an adequate manner when necessary. Referring is a deontological duty and is essential to guarantee quality of care. During these transfer moments patient-care is vulnerable. A bad reference can lead to medical mistakes, substandard quality of care and an increased cost for patient and society. During drafting a reference letter some problems might be encountered.

Research Question: What are problems general practitioners experience during drafting a reference letter and how can they be solved? How can we pass instructions for solutions to medical students and general practitioners?

Methods: First we performed a literature research about reference letters, then we drafted a survey and sent it out to different seminar groups. These surveys were analysed and the disagreements were used to be discussed in different discussion groups. Transcripts of these discussions were analysed according to the QUAGOL-principle. Finally we developed schedules to handle the perceived problems and to be presented in an educational module.

Results: Three schedules were developed. The first schedule was to see whether the medical file is up-to-date, the second schedule was a decision tree during consultation and the third is a decision tree during home visits. These schedules can provide a basic support for medical students.

Conclusion: Perceived problems with reference letters can be handled with the developed schedules. Keeping the electronic medical record up-to-date and complete however remains an essential prerequisite.

Key words: reference letter, medical education, medical student, electronic medical record

Contact: bastiaanverstraete@hotmail.com

Inhoudstafel

Inhoud

Abstract 2
Abstract 3
Inhoudstafel 4
Inleiding 5
Onderzoeksmethodiek 8
Resultaten 11
Discussie 18
Besluit 20
Dankwoord 20
Bronnen 21
Bijlagen 22
1. Goedgekeurd protocol 22
2. Gunstig advies ethisch comité 23
3. Oriënterend literatuuronderzoek 24
4. Enquête verwijsbrieven 25
5. leerdoelen en leerinhoud opleiding verwijsbrieven 27
Leerdoelen: 27
Leerinhoud: 27
6. stappenplan masterpaper 28
7. informed consent formulier 30

Inleiding

De huisarts is voor vele mensen de eerste vertrouwenspersoon als het gaat om hun gezondheid. De huisarts moet goede medische zorg toedienen en de medische informatie van patiënten adequaat beheren. De huisarts moet een algemeen overzicht kunnen houden over zijn patiënt. Wanneer de huisarts merkt dat hij hulp nodig heeft van een collega-specialist, een diëtist, psycholoog, kinesist of andere hulpverleners, moet hij ook op een adequate manier informatie kunnen overdragen. De verwijzing naar een andere hulpverlener is een deontologische plicht en een essentieel onderdeel van de gezondheidszorg. Het is van belang dat deze verwijzing adequaat verloopt, want juist op overdrachtsmomenten is de zorg voor de patiënt kwetsbaar. (1) Gebrekkige en onvolledige communicatie kan namelijk leiden tot fouten in de behandeling van patiënten en dus tot een ondermaatse kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld polymedicatie, vertraging diagnose, iatrogene complicaties, herhaling van reeds gebeurde onderzoeken) waardoor de kostprijs voor de patiënt en de maatschappij kan oplopen.(1–3)

De verwijzing gebeurt meestal door middel van een verwijsbrief, maar bij het opstellen van deze verwijsbrief komen vaak enkele probleempunten aan het licht. Een eerste probleempunt is dat de huisarts een verwijsbrief in verschillende omstandigheden moet gaan opstellen. Deze verschillende omstandigheden kunnen ertoe bijdragen dat de verwijzing op zich van mindere kwaliteit is. Zo werd in het praktijkverbeterend project van Mariën et al., dat uitgevoerd werd in regio Mechelen, duidelijk dat HAIO's het veel moeilijker hebben om verwijsbrieven op huisbezoek op te stellen aangezien ze dan niet over alle gegevens van de patiënt beschikken. Huisartsen ervaren dit probleem minder omdat ze een grondigere kennis hebben van hun patiënten. (1) Op huisbezoek zal de huisarts geregeld werken met een handgeschreven verwijsbrief, terwijl dit op consultatie eerder een uitgeprinte verwijsbrief zal zijn. Het handschrift op zich kan al bepaalde problemen veroorzaken. Een elektronische verwijsbrief doet de kwaliteit duidelijk stijgen. (1) De structuur van de verwijsbrief op huisbezoek is vaak chaotischer dan wanneer deze verwijsbrief via het medisch programma aangemaakt en uitgeprint is. Wanneer er met een sjabloon gewerkt wordt, dan verbetert dit de kwaliteit van de verwijzing, de tevredenheid van de arts over zijn eigen verwijsbrief en daarenboven is het voor de arts makkelijker werken, zoals aangehaald in het praktijkverbeterproject van Hillemans et al. (3–6) De studie van Lebon et al toonde aan dat slechts 5% van de artsen die werken zonder een sjabloon hun eigen verwijsbrief zeer goed vinden, terwijl dit geldt voor 52% van de artsen die werken met een sjabloon. De studie toonde ook aan dat 66% van de artsen meer tevreden zijn over de verslagen die ze dan terugkregen van de spoedgevallen. (7) Een ander probleempunt bij de verschillende omstandigheden is het tijdsgebrek. Een verwijzing die dringend moet gebeuren ziet er meestal anders uit ten opzichte van een niet-dringende verwijzing. Bij een niet-dringende verwijzing is er meer tijd om zo nodig het elektronisch medisch dossier (EMD) op punt te zetten. Hierdoor zal de meest correcte informatie kunnen meegegeven worden. Een onvolledig ingevuld EMD is echter een frequent voorkomend probleem bij verwijzingen. Niet steeds is alle informatie beschikbaar in het dossier of de informatie staat niet altijd op de juiste plaats genoteerd. Wanneer de huisarts 's avonds de verwijsbrief in orde wil maken, kan hij dit niet van thuis uit doen aangezien hij dan geen zicht heeft in het dossier, waardoor hij weer langer in de praktijk moet blijven en dit dus tot meer werkuren zal leiden (1). In groepspraktijken waar patiënten niet steeds door dezelfde arts worden gezien, neemt het belang van een goed ingevuld dossier nog eens extra toe, dit verbetert de medische zorg op zich, maar verbetert ook de verwijzingen naar andere hulpverleners. (8) Deze probleempunten hebben allemaal betrekking tot de respectievelijk vaste huisarts of vaste groepspraktijk. Enkele andere probleempunten bij de vaste huisarts kunnen zijn dat de huisarts onvoldoende tijd neemt of moeite doet om een betekenisvolle verwijsbrief op te maken, dat hij te weinig of geen opleiding gehad heeft over het opstellen van verwijsbrieven of dat hij niet goed weet

wat de specialist verwacht. (3) Wanneer er echter een noodgeval is en de huisarts van wacht moet langskomen, kent deze het dossier van de patiënt niet. Toch moet de huisarts van wacht dan beslissingen nemen die van levensbelang kunnen zijn. Vaak is het dan ook een probleem dat de arts geen toegang heeft tot het dossier van de patiënt. (3) Wanneer de huisarts van wacht beslist de patiënt door te verwijzen, is er dan ook een verschil te zien in de volledigheid van de verwijsbrief ten opzichte van wanneer deze door de eigen huisarts opgesteld zou zijn. Mariën et al haalden in hun scriptie al aan dat bij een verwijzing van de huisarts van wacht het medicatieschema in 39% van de gevallen niet aanwezig was, terwijl dit bij een verwijzing van de eigen huisarts slechts amper 10% van de gevallen was . Hierbij dient de huisarts van wacht er ook op te letten dat hij zowel zijn eigen naam, als de naam van de vaste huisarts vermeldt op de verwijsbrief. (1)

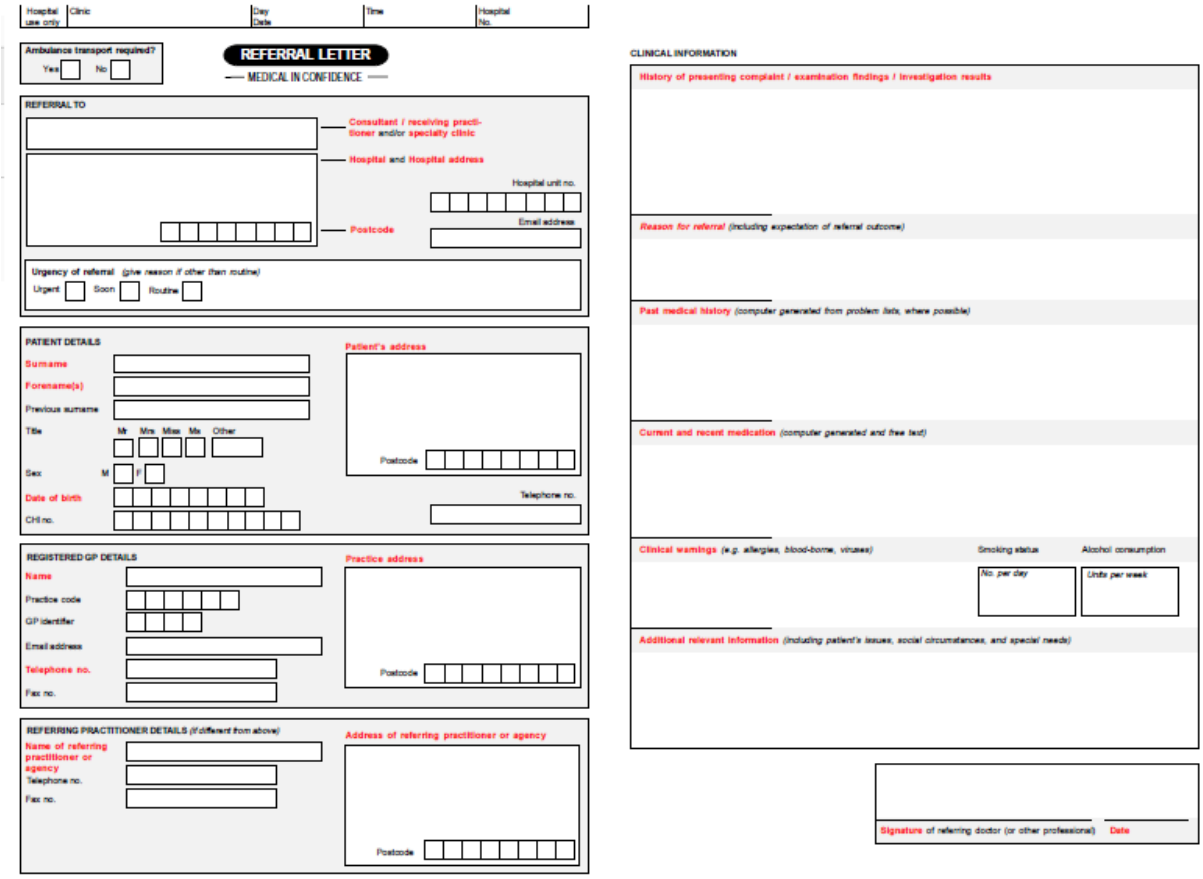
Een sjabloon is dus een handig instrument voor de huisarts, maar hoe moet zo'n sjabloon er nu juist uitzien? Wat is een ideaal sjabloon of een ideale verwijsbrief? Dit is bestudeerd geweest in vorige masterproeven zoals deze van De Coninck et al, Michiels et al en Valcke et al. Over de ideale verwijsbrief werden er richtlijnen opgesteld door respectievelijk het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) als door het Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Wanneer er gekeken wordt naar de richtlijn opgesteld door NHG, stellen zij een verwijsbrief voor die ingedeeld wordt in 3 delen, namelijk een envelop, kern en bijlage. De envelop behandelt de administratieve en logistieke gegevens. Dit zijn de contactgegevens van de huisarts op zich (naam, praktijk, adres, telefoon, fax, e-mail), het tijdstip van verwijzing en de voorbestemde arts (datum/tijd, specialisme, ziekenhuis, locatie, specialist) en de gegevens van de patiënt en zijn eventuele verzekeraar (patiënt, geboortedatum, rijksregisternummer, geslacht, adres, telefoonnummer, verzekeraar, verzekeringsnummer). De kern bevat de reden van de verwijzing en alle informatie over de patiënt in het kader van de verwijzing. Concreet wordt dit ingedeeld in klacht, vraagstelling vervolgens anamnese, klinisch onderzoek, relevante co-morbiditeit, ingestelde behandeling en procedure-voorstel. De bijlage tot slot bevat de overige rubrieken zoals de medische voorgeschiedenis, medicatie, allergie of intolerantie, aanvullend onderzoek, risicovol leefgedrag, familieanamnese, psychosociale anamnese, voorzieningen nodig bij consult (bv tolk nodig, hardhorigheid), DNR-codes of reanimatiebeleid.

NHG maakt vervolgens een onderscheid tussen de uitgebreide verwijsbrief zoals hierboven vermeld en tussen een korte verwijsbrief die enkel in de kern de gegevens uit het laatste contact meeneemt. De huisarts zal de bijlage zonder aanvullingen kunnen meesturen. (9)



Figuur 1 Algemene indeling brief volgens NHG

De indeling van een verwijsbrief volgens de SIGN-richtlijn ziet eruit zoals afgebeeld in figuur 2. Op het eerste blad staan ook voornamelijk de administratieve gegevens zoals bij de verwijzing volgens NHG. Op het tweede blad staat dan eerst de geschiedenis en anamnese van de klacht, het klinisch onderzoek, de technische onderzoeken en vervolgens de reden voor verwijzing. Nadien volgt ook de medische voorgeschiedenis, medicatielijst, allergieën en intoleranties en andere relevante informatie. De opdeling is dus grotendeels gelijk. (10)



Figuur 2 Indeling brief volgens SIGN

Het onderzoek van Valcke et al toont aan dat de verwijsbrief opgesteld door de SIGN-richtlijn de beste informatie bevat. (11) Hij baseerde zich hiervoor op de onderzoeken van De Coninck et al en Michiels et al, die beiden een vergelijkende studie maakten tussen beide richtlijnen. (2,3) De SIGN-richtlijn krijgt de voorkeur op de NHG-richtlijn doordat ze een voorbeeld toont van een spoedverwijsbrief met de noodzakelijke inhoudelijke gegevens. De verwijsbrief opgesteld door de NHG blijft hierbij wat meer op de vlakte en is voornamelijk gericht op het Nederlandse systeem en haar terminologie.

Nu we weten hoe een sjabloon zorgt voor betere verwijzingen en hoe een sjabloon er moet uitzien, moeten we zien dat de huisartsen dit ook aangeleerd krijgen om te gebruiken. Een veldonderzoek in Vlaanderen dat betrekking had tot 38 huisartsen en huisartsen-in-opleiding (HAIO's), uitgevoerd door Lebon et al. heeft aangetoond dat slechts 13% van de huisartsen opleiding gekregen hebben over het opstellen van verwijsbrieven. Hetzelfde onderzoek toonde aan dat 77% van de huisartsen een opleiding over het opstellen van verwijsbrieven nuttig zou vinden. (7)

Met deze masterproef willen we ons richten op dit laatste, namelijk hoe zou een goede opleiding voor het opstellen van verwijsbrieven door huisartsen er moet uitzien. Het concrete doel van deze masterpaper is dan ook om hier een antwoord op te geven, waarbij een structuur zal aangeboden worden aan de huisartsen over hoe ze de kwaliteit van hun eigen verwijsbrieven kunnen evalueren en hoe ze deze vervolgens kunnen verbeteren.

Onderzoeksmethodiek

Ik koos voor een kwaliteitsverbeterend project omdat het de bedoeling is de verwijsbrieven kwaliteitsvoller te maken. verwijsbrieven te verbeteren. In een meerstapsproces is het doel ook om een opleidingsmodule te ontwikkelen voor het schrijven van verwijsbrieven. Aan de hand van mijn uitgevoerde literatuurstudie, de ingevulde enquêtes en de uitgevoerde discussiemomenten werden verschillende boomstructuren opgesteld die de huisarts kunnen helpen bij problemen bij het opstellen van verwijsbrieven. Deze boomstructuren zijn dan ook de basis om mee te geven aan de huisartsen in opleiding. Zo hebben ze van bij hun start een zekere houvast en duidelijkheid omtrent verwijsbrieven. Deze eenduidigheid zal ook de specialist een zekere houvast gaan bieden. Het onderzoek vond plaats in verschillende stappen.

1) Literatuurstudie

   Eerst werd er gestart met een literatuurstudie waarbij vroegere artikels en masterproeven over verwijsbrieven geïncludeerd werden. (zie bijlage 3). Op basis van dit literatuuronderzoek kwamen we tot de conclusie dat er meerdere sjablonen over de ideale verwijsbrief bestaan en dat er nog te weinig rechtlijnigheid was over het opstellen van een verwijsbrief. Een belangrijke bevinding die dan ook gemaakt werd in de literatuur is dat er - nog geen rapportage is over een opleidingsmodule voor het schrijven van verwijsbrieven. Om tot een goede opleiding te kunnen komen gingen we er vanuit dat het belangrijk was om eerst tot een algemeen beeld te komen van hoe vandaag de dag huisartsen en huisartsen-in-opleiding een verwijsbrief opstellen en wanneer en waarom ze een verwijsbrief gebruiken.

2) Enquêtes
   De opgestelde enquête (bijlage 4) peilde eerst naar de deelnemer en zijn praktijk zelf en vervolgens naar het gebruik van een verwijsbrief in het elektronisch medisch dossier. Zo werd er onder andere gevraagd met welk softwarepakket er gewerkt wordt en hoe lang dit al

het geval is. Er werd verder ook gepeild naar de problemen bij de verwijsbrief alsook naar de nood aan standaardbrieven. Verder werd er gevraagd om te oordelen of de huisartsen en huisartsen-in-opleiding hun eigen verwijsbrieven altijd kwaliteitsvol vinden en of ze denken dat er nood is aan een opleiding over verwijsbrieven. Ik stuurde een mail naar de verschillende stage-coördinatoren in West-Vlaanderen, hun gegevens kon ik terug vinden met behulp van de ICHO-website. In deze mail stelde ik de vraag of zij bereid waren hun seminariegroep deel te laten nemen aan mijn masterproef, de leerdoelen en leerinhoud van mijn masterpaper (bijlage 5) als het stappenplan van mijn masterpaper (bijlage 6) werden ook meegestuurd. Ik kreeg van vier stagecoördinatoren een positief antwoord, waardoor dus vier seminariegroepen deelnamen aan mijn masterproef. De enquêtes werden elektronisch doorgestuurd naar de stagecoördinatoren, die deze mail dan doorgestuurd hebben naar de huisartsen-in-opleiding in hun seminariegroep. De HAIO's en staco's stuurden de enquête ingevuld terug naar mij.

3) Analyse enquêtes

De resultaten en opmerkingen op de vragen werden gebundeld, om zo te zien waar er de grootste overeenstemming was en waar er het meest uiteenlopend op geantwoord werd. Op basis van de gevonden meningsverschillen werden een aantal vragen en opmerkingen voorbereid die ik dan aan de respectievelijke seminariegroepen terug ging koppelen.

4) Discussiemoment

Nadat iedere deelnemer aan de discussie een informed-consent-formulier (bijlage 7) had ondertekend, werden de resultaten van de voorafgaande enquête teruggekoppeld aan de deelnemers van de respectievelijke seminariegroep. Ik deelde hen mee dat het discussiemoment werd opgenomen met behulp van mijn gsm en mijn laptop. Bij de discussiemomenten trachtte ik alle voorbereide vragen aan bod te laten komen. Bij het discussiemoment waren er drie vragen waarbij de deelnemers moesten antwoorden door post-its met hun naam op bij bepaalde onderwerpen te kleven. Zo kon op basis van deze zichtbare resultaten snel overgegaan worden tot concrete discussie binnen deze groep waarom zij het een of het ander kozen. De drie vragen waarbij met post-its gewerkt werd, waren: "Welke problemen ervaren jullie bij het opstellen van verwijsbrieven?", "Wat is voor jullie puur essentiële informatie?" en "Voor welke doorverwijzing zou je een afzonderlijk/specifiek sjabloon willen hebben?". De deelnemers mochten zoveel post-its met hun naam plakken als ze nodig vonden, maar maximum een keer per antwoordmogelijkheid om te voorkomen dat ze hun stem bij het ene aspect zwaarder zouden laten doorwegen. De respectievelijke antwoordmogelijkheden op de drie vragen zie je terug in figuur 3.

a) Problemen verwijsbrief

problemen verwijsbrief			
te lange voorgeschiedenis	dossier niet up-to-date	zaken in dossier op verkeerde plaats	handgeschreven verwijsbrief
volgorde brief (gegevens arts, A, KO, TO, MVG, medicatie,…)	groepering brief (medische en therapeutische antecedenten)	gevoel van onvolledigheid brief	teveel info in standaardbrief
formuleren verwijzing	belangrijkheden uit anamnese en klinisch onderzoek voor specialist	geen dossier mee op huisbezoek	andere

b) Essentiële informatie

essentiële informatie						
Anamnese	Klinisch onderzoek	uitgevoerde technische onderzoeken	differentieel diagnose	al gegeven behandeling	volledige medische voorgeschiedenis	partiële medische voorgeschiedenis
medicatielijst	gegevens doorverwijzende arts	gegevens ontvangende arts	allergieën	intoleranties	psychosociale situaties	andere

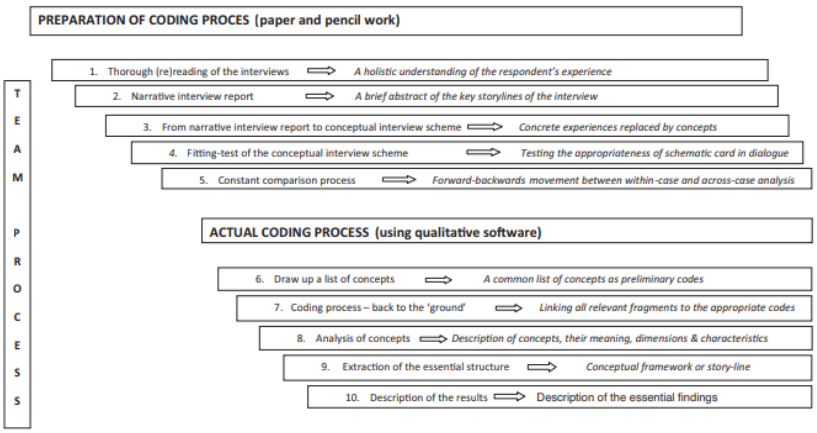
c) Soorten verwijsbrieven

soorten verwijsbrieven							
1 standaardbrief voor alle medische diensten	spoed	inwendige geneeskunde	chirurgie	psychologie	psychiatrie	kinesitherapie	radiologie
diëtist	fysische geneeskunde	gynaecologie	pediatrie	orthopedie	cardiologie	gastro-enterologie	andere

Figuur 3 Bladen om post-its op te kleven tijdens discussiemomenten a) problemen b) essentiële informatie c) soorten verwijsbrieven

5) Analyse discussiemoment

Voor de analyse van de discussiemomenten werd gebruik gemaakt van de 'Qualitative Analysis Guide Of Leuven (QUAGOL). Dit protocol wordt getoond in figuur 4. Hierbij werden de opgenomen discussiemomenten eerst volledig uitgetypt, waarna er gekeken werd wat de essentiële karakteristieken van de geïnterviewden hun verhaal waren die kunnen bijdragen tot een beter inzicht in het onderzoeksonderwerp. Dit is eigenlijk een korte abstract van de sleutelzinnen, een vertellend discussiemoment verslag. Hierna werden de vertellende discussiemoment verslagen gefilterd en gebundeld in concepten. Vervolgens werden de discussiemomenten herlezen met het conceptueel schema in gedachten om zo te zien of er geen zaken over het hoofd gezien werden. Wanneer dit voltooid was gebeurde er een continu vergelijkend proces tussen de verschillende conceptuele schema's van de discussiemomenten. Hierbij werd een lijst met concepten opgezet zonder hiërarchie op basis van de verschillende schema's. Met deze algemene lijst in gedachten worden alle discussiemomenten herlezen om nog eens na te zien of er geen tekorten zijn. Wanneer dit op punt stond, werd er een analyse en beschrijving van de concepten gemaakt en uiteindelijk een essentiële structuur voorzien. De resultaten van de verschillende enquêtes en discussiemomenten werden uiteindelijk gebundeld in een algemeen Excell-document.



Figuur 4 QUAGOL-protocol

6) Resultatenverwerking

Na de analyse van de discussiemomenten werden de resultaten verwerkt tot een protocol waarbij je kan zien hoe je de problemen bij het opstellen van je verwijsbrief in welke situaties moet oplossen. Dit protocol kan dan aan studenten huisartsgeneeskunde meegegeven worden zodat ze ook stilstaan bij hun verwijzingsproces en hoe ze zo ideaal mogelijk kunnen verwijzen.

Resultaten

1) Enquêtes

In totaal heb ik van 43 huisartsen-in-opleiding en 2 stage-coördinatoren een ingevulde enquête teruggekregen. De resultaten van de enquête worden getoond in tabel 1. In deze resultaten valt er ons op dat 22/45 van de groepspraktijken er een andere persoon, die geen arts is, helpt om het dossier op punt te zetten. De meeste personen (33/45) die deelnamen aan de enquête werken met het programma Careconnect. Bij 43/45 van de ondervraagden is er een verwijsbriefsjabloon in het medisch programma opgenomen, maar slechts 35/45 van de ondervraagden vindt dit sjabloon van goede kwaliteit. Bij 43/45 van de personen is er ook de mogelijkheid om zelf brieven aan te maken. Problemen bij het opstellen van de verwijsbrief komen voor bij 18/45 van de artsen. Verder zien we ook dat er onenigheid is over het al dan niet onderscheid maken in de verwijsbrief voor puur essentiële informatie ten opzichte van alle informatie in de brief te zetten. Van de huisartsen zal 19/45 hier een onderscheid in maken, terwijl 25/45 hier geen onderscheid in zal maken. Er valt ons ook op dat 34/45 van de huisartsen van mening zijn dat hun verwijsbrief niet van goede kwaliteit is. Het gebrek aan kwaliteitsvolle brieven komt meer voor op huisbezoek (35/45) van de gevallen. Les over het opstellen van een verwijsbrief lijkt voor 31/45 van de artsen wel nuttig, terwijl er slechts 6/45 van de artsen zegt er ooit les over gehad te hebben.

		Totaal
aantal huisartsen in praktijk inclusief HAIO	1	0
	2	13
	3	11
	4	13
	5	6
	6	1
	7	1
anderen die helpen in dossier?	Ja	22
	Nee	23
welk softwarepakket?	Careconnect	33
	Medidoc	1
	Daktari	1
	Medigest	1
	Windoc	4
	health one	5
vroeger ander softwarepakket?	Ja	28
	Nee	9

	niet van toepassing	8
sjabloon in software?	ja	43
	nee	2
sjabloon van goede kwaliteit?	ja	35
	nee	8
	niet van toepassing	2
makkelijk info uit EMD in sjabloon integreren?	ja	44
	nee	0
	niet ingevuld	1
module om zelf brieven aan te maken?	ja	43
	nee	1
	niet van toepassing	1
problemen bij opstellen verwijsbrief?	ja	18
	nee	27
nood aan standaardbrief?	ja	33
	nee	12
onderscheid verwijsbrief puur essentieel tov alles?	ja	19
	nee	25
	niet ingevuld	1
analyse kwaliteit?	ja	13
	soms	2
	nee	30
goede kwaliteit?	ja	10
	nee	34
	niet van toepassing	1
meerdere sjablonen?	ja	17
	nee	26
onderscheid TO/diagnose/therapie?	ja	21
	nee	24
kwaliteitsverschil huisbezoek ten opzichte van consultatie?	ja	35
	nee	5
	niet ingevuld	2
les gehad over verwijsbrief?	ja	6
	nee	39
les nuttig over verwijsbrief?	ja	31
	nee	10
	misschien	4

Tabel 1 resultaten enquête

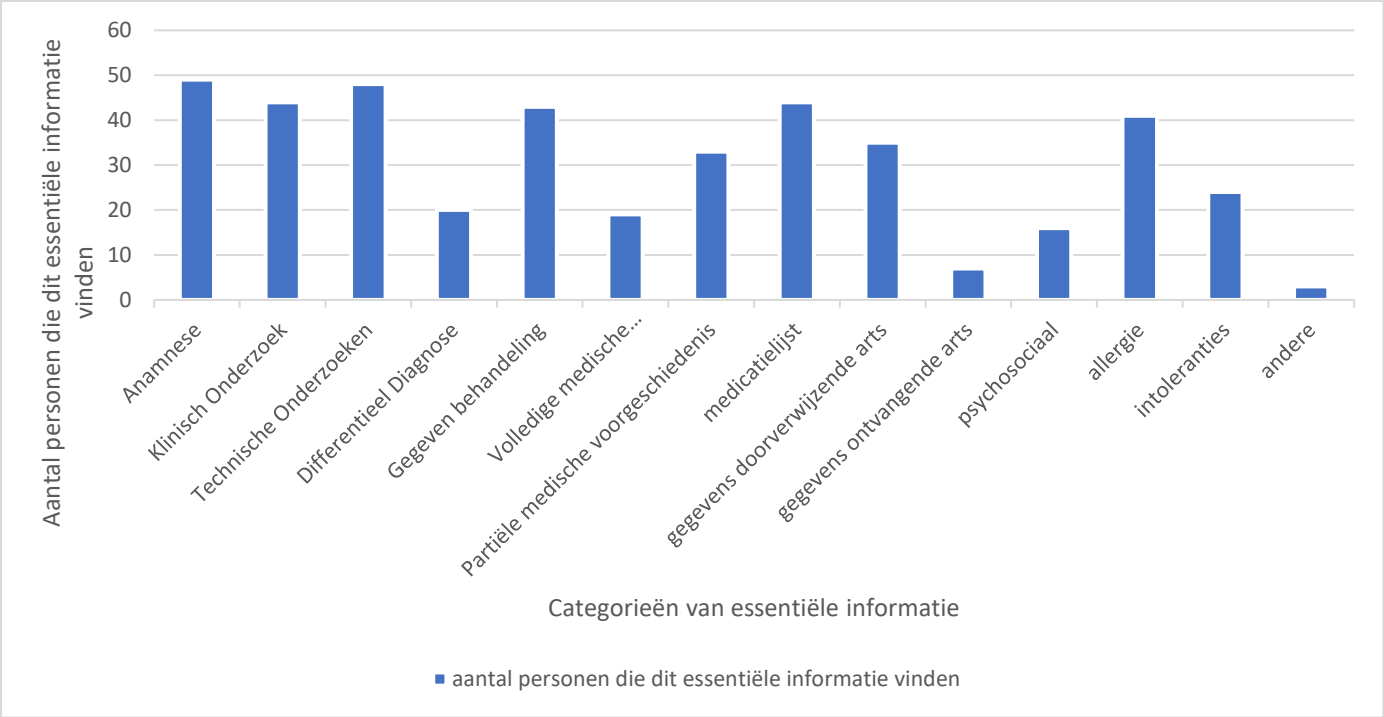
2) Discussiemoment

In totaal hebben er 45 huisartsen-in-opleiding en 4 stage-coördinatoren deelgenomen aan het discussiemoment. Wanneer we kijken naar de probleempunten bij het opstellen van een verwijsbrief zien we dat 39/49 van de artsen klagen dat hun dossier niet up-to-date is. De volgende grootste problemen zijn een te lange voorgeschiedenis (18/49), het gevoel hebben dat je brief onvolledig is (17/49), het formuleren van de verwijzing (13/49), elementen die in het dossier niet op de juiste plaats staan (12/49) en een handgeschreven verwijsbrief (11/49) Deze resultaten zijn ook te zien in tabel 2.

	probleem	geen probleem	totaal
een te lange voorgeschiedenis	18	31	49
een dossier dat niet uptodate is	39	10	49
zaken in het dossier die niet op de juiste plaats staan	12	37	49
handgeschreven verwijsbrief	11	38	49
volgorde verwijsbrief	1	48	49
groepering van de brief (medische en therapeutische antecedenten)	6	43	49
het gevoel hebben dat je brief onvolledig is	17	32	49
het gevoel hebben dat er te veel info staat in e standaardbrief	9	40	49
formulering van de verwijzing	13	36	49
belangrijkheden anamnese en klinisch onderzoek	5	44	49
geen dossier bijhebben	30	19	49
Andere	3	46	49

Tabel 2 resultaten discussie probleempunten

Over wat er allemaal essentiële informatie is, is er meer overeenstemming. Zo zijn essentiële zaken anamnese (49/49), klinisch onderzoek (44/49), technische onderzoeken (48/49), de reeds gegeven behandeling (43/49), de medicatielijst (44/49) en allergieën (41/49). Er is verdeeldheid over de medische voorgeschiedenis, of deze al dan niet volledig meegegeven moet worden (19/49) of slechts gedeeltelijk (33/49). Een meerderheid zegt ook dat zijn eigen gegevens essentieel zijn (35/49). Een minderheid plaatst er de differentieel diagnose op (20/49), de gegevens van de ontvangende arts (7/49), de psychosociale situatie (16/49), de intoleranties (24/49) of andere zaken op (3/49). Deze resultaten zijn ook te zien in figuur 5.



Figuur 5 essentiële informatie verwijsbrief

Wanneer we kijken naar de soorten verwijsbrieven, dan zien we hier dezelfde ideeën in grote lijnen terugkomen. Zo wordt er gedacht aan 1 brief voor alle medische disciplines (30/49) met uitzondering voor radiologie (39/49). Verder lijkt het de huisartsen ook nuttig om een aparte verwijsbrief te hebben voor kinesitherapie (39/49), de diëtist(e) (38/49) en de psycholoog (40/49). Een minderheid maakt aparte brieven op voor psychiatrie (7/49), spoed (2/49), interne (2/49) of chirurgie (1/49). Deze resultaten zijn ook te zien in tabel 3.

	ja	nee	totaal
1 brief alle medische disciplines	30	19	49
Radiologie	39	10	49
Kinesitherapie	39	10	49
Diëtist	38	11	49
Psycholoog	40	9	49
Psychiatrie	7	42	49
Spoed	2	47	49
Interne	2	47	49
Chirurgie	1	48	49
Andere	1	48	49

Tabel 3 resultaten discussie verwijsbrieven

Er werd ook nagevraagd of iedereen met het sjabloon van de verwijsbrief, die in het medisch programma zit, werkt of als dat niet het geval is er met een eigen gemaakt sjabloon gewerkt werd. Wanneer er tijdens de discussie gevraagd werd waarom wel of niet met het sjabloon gewerkt werd, was het antwoord vaak de structuur van de verwijsbrief. Het is dan ook om die reden dat ze een eigen sjabloon opgesteld hebben. Er werd verder ingegaan op hoe voor hen de ideale structuur van de verwijsbrief eruit ziet. Dit wordt weergegeven in tabel 4. We zien hierbij dat 32/49 kiezen voor de volgorde anamnese, klinisch onderzoek, technische onderzoeken, medische voorgeschiedenis,

medicatie, allergieën. De helft hiervan zal echter de reden en vraag bovenaan de brief zetten, de andere helft hiervan zet de vraag na hun technische onderzoeken. 11/49 van de artsen kiezen ervoor om eerst de medische voorgeschiedenis te plaatsen en dan de eerder aangehaalde structuur te volgen. Slechts 6/49 van de artsen kiezen ervoor om de anamnese, het klinisch onderzoek, de technische onderzoeken en de vraag tot het laatst te houden.

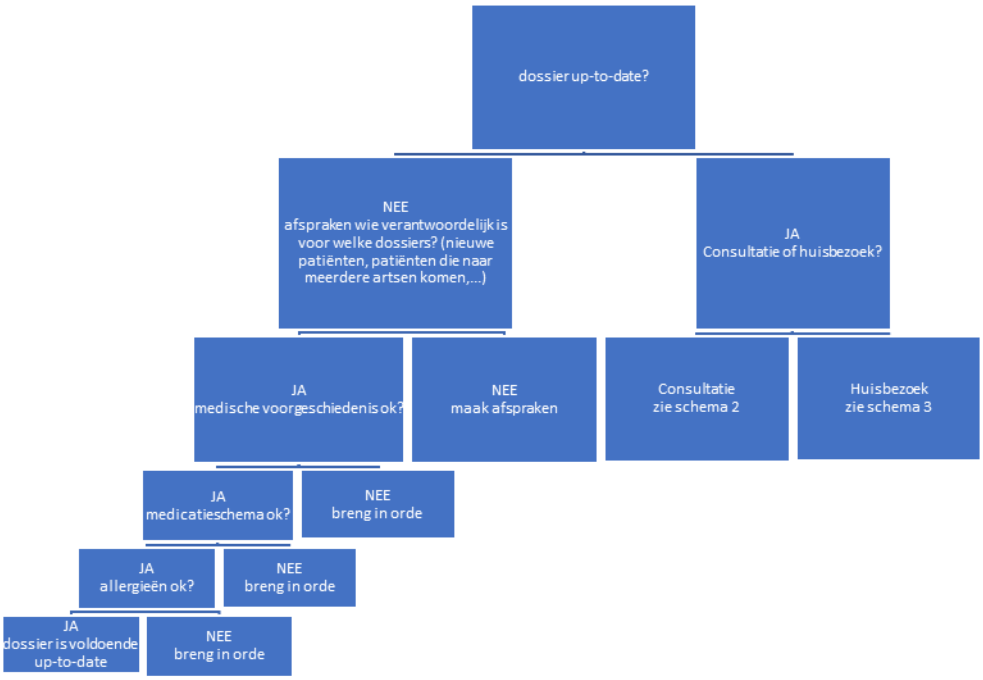
	aantal personen
A, KO, TO, vraag, MVG, medicatie, allergieën	16
reden, MVG, A, KO,TO, vraag, medicatie, allergieën	11
reden, A, KO, TO, MVG, medicatie, allergieën	16
MVG, medicatie, allergieën, A, KO, TO, vraag	6

Tabel 4 resultaten discussie structuur

3) Resultatenverwerking

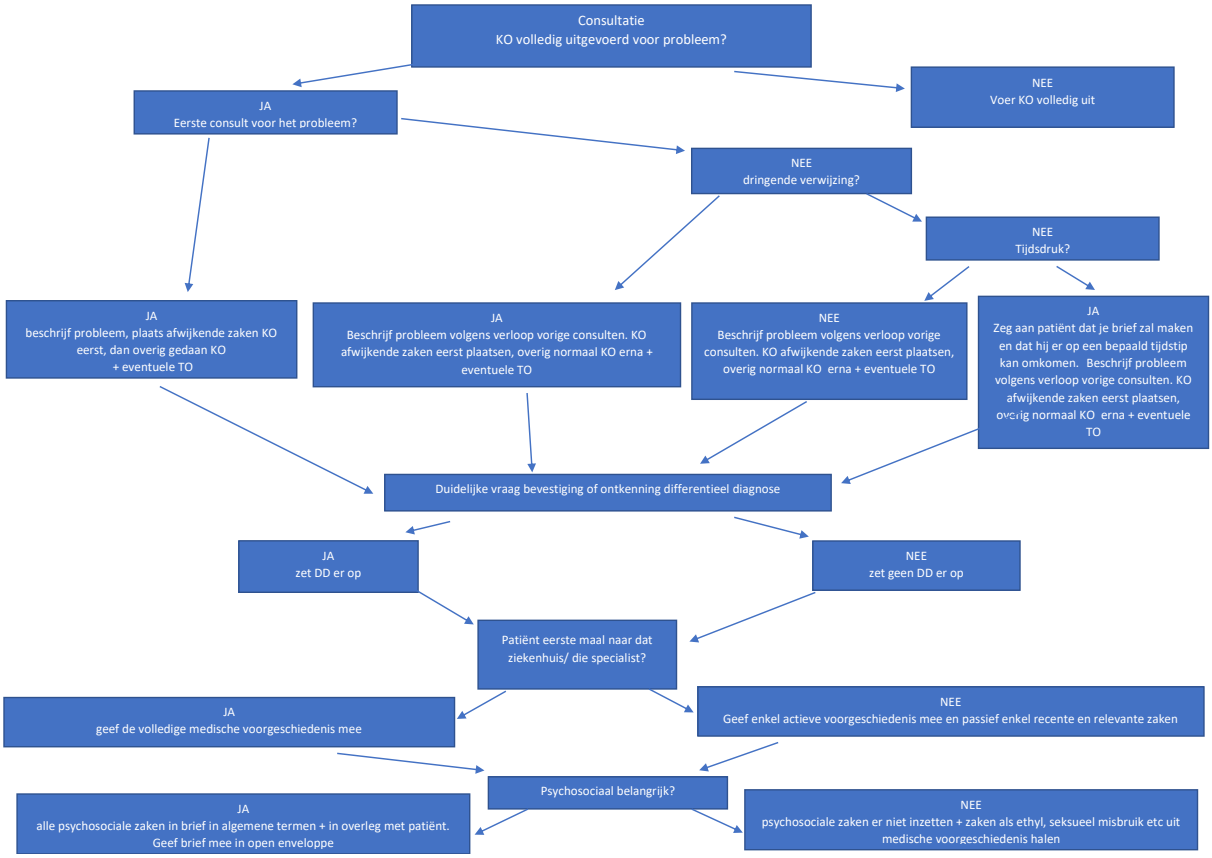
Bij het verwerken van de resultaten werd gekeken om een aantal boomstructuren op te stellen waarbij de aangehaalde probleempunten aan bod kwamen en hoe deze opgelost kunnen worden. Hierbij werd ook rekening gehouden met de verschillende situaties, namelijk tijdens een consultatie of op huisbezoek. Er werd puur gekeken naar patiënten van de eigen praktijk. Wanneer men een verwijsbrief moet opstellen in het kader van een wachtdienst dan is de boomstructuur slechts gedeeltelijk toepasbaar.

Bij de eerste boomstructuur is het vooral een kwestie om na te gaan of het dossier up-to-date is. Een goede verwijsbrief start namelijk met een goed ingevuld medisch dossier, waaruit je dan gemakkelijk de essentiële informatie moet kunnen halen. Aangezien er meer en meer groepspraktijken zijn en patiënten dus vaak door meerdere artsen gezien worden, is het belangrijk om binnen de praktijk duidelijke afspraken te maken over wie verantwoordelijk is voor welke dossiers. Anders dreigen er zaken niet ingevuld te worden omdat iedereen denk dat de anderen in de praktijk zich daar mee bezig houden. Om te zien of een dossier voldoende up-to-date is in kader van het opstellen van een verwijsbrief, hebben we voornamelijk gekeken naar de zaken waarbij meer dan 80% van de huisartsen overeenkomen dat het essentiële informatie is. Concreet betekent dit dat de anamnese, het klinisch onderzoek, de uitgevoerde technische onderzoeken, de ingestelde behandeling, de medicatielijst en de allergieën er moeten instaan. Aangezien anamnese, klinisch onderzoek, de uitgevoerde technische onderzoeken en de ingestelde behandeling maar in de brief kunnen geplaatst worden nadat de patiënt gezien is, richten we ons vooral op de medicatielijst en de allergieën. Bij de medische voorgeschiedenis was verdeeldheid of deze er volledig of slechts partieel moet instaan. Er was wel eensgezindheid in de discussiemomenten dat het een of het ander er moet instaan. In de volgende schema's maken we onderscheid in volledige of partiële medische voorgeschiedenis afhankelijk van de situatie waarin de patiënt zich bevindt.



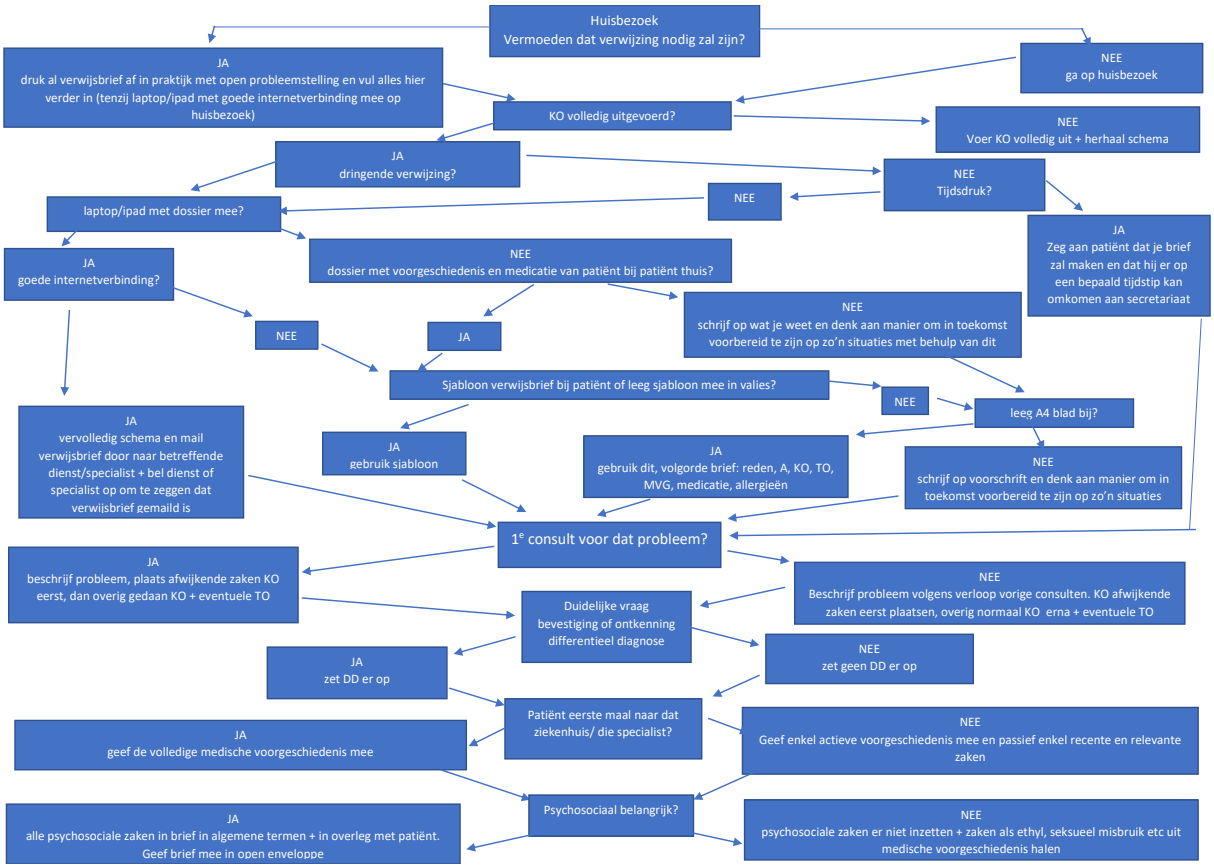
Schema 1 dossier up-to-date?

Wanneer we zien dat het dossier up-to-date is, dan hangt het verdere verloop af of het gaat om een consultatie of een huisbezoek. Voor beide gevallen werd een specifiek schema uitgewerkt. In schema 2 zien we de uitwerking voor een consultatie. Er wordt hierbij rekening gehouden of het gaat om een eerste consult betreffende het probleem of het gaat over een chronisch probleem. Verder wordt er gekeken naar de dringendheid van het probleem alsook naar de tijdsdruk, de vraag of er een differentieel diagnose moet bijgeplaatst worden of niet, de medische voorgeschiedenis als de psychosociale situatie. De brief wordt altijd afgedrukt en meegegeven met de patiënt in een open enveloppe.



Schema 2 beslisboom verwijsbrief consultatie

Wanneer de arts op huisbezoek gaat, dan zijn er verschillende andere scenario's mogelijk. Hierbij trachten we aan de hand van het schema enkele oplossingen aan te bieden om de hoeveelheid aan slechte verwijsbrieven te minimaliseren. Er wordt gekeken naar de mogelijkheid om het patiëntendossier te gebruiken, zowel op laptop of Ipad, als door middel van een thuisdossier. Verder wordt er nagekeken of er een mogelijkheid is om de verwijsbrief door te sturen, of er sjablonen bij de arts in kwestie zijn of dat er een sjabloon bij de patiënt ligt. Verder wordt er ook opnieuw gekeken naar de medische voorgeschiedenis, de eventuele differentieel diagnose en de psychosociale situatie.



Schema 3 beslisboom verwijsbrief huisbezoek

Discussie

Concreet zien we dus dat de meeste huisartsen hun verwijsbrief niet van goede kwaliteit vinden en dat dit kwaliteitsverlies voornamelijk te merken is op huisbezoek. Problemen bij het opstellen van de verwijsbrief worden ervaren door ongeveer de helft van de huisartsen, waarbij de grootste probleempunten zijn: een dossier dat niet up-to-date is of het gevoel dat de brief onvolledig is. Hierdoor lijkt het voor de overgrote helft van de huisartsen nuttig om les te krijgen over het opstellen van verwijsbrieven, gezien slechts een gering aantal huisartsen hebben hier effectief les over gehad. De informatie in de verwijsbrief moet anamnese, klinisch onderzoek, technische onderzoeken, medische voorgeschiedenis, medicatie en allergieën omvatten en bij voorkeur in deze volgorde. De vraag gericht aan de specialist, radioloog, psycholoog, kinesist of diëtist wordt geplaatst in het begin van de verwijsbrief ofwel net na de technische onderzoeken. Indien het dossier van de patiënt volledig genoeg is voor het opmaken van een verwijsbrief (zie schema 1 op p. 16) kan naargelang de situatie een van beide voorgestelde schema's gebruikt worden (zie schema 2 op p. 17 en schema 3 op p. 18)

Wat de deelnemers aan mijn studie betreft, moet er opgemerkt worden dat ze allemaal werken in de provincie West-Vlaanderen. Zo kan er dus sprake zijn van een gedeeltelijke geografische bias. De deelnemers zijn namelijk niet geconcentreerd in een specifiek deel van de provincie, maar wel over de gehele provincie. Bij de deelnemende HAIO's en staco's werd er niet nagevraagd aan welke universiteit ze gestudeerd hebben, waardoor er niet kan nagegaan kan worden of er voor dit aspect een selectiebias zou kunnen gelden. Er deden aan de enquêtes 43 HAIO's en 2 staco's mee en aan de discussie 43 Haio's en 4 staco's. Er deden 32 HAIO's en 2 staco's mee aan de enquêtes en de

discussie. Zelf ken ik een aantal HAIO's uit de provincie die meededen aan mijn enquêtes. Het is niet zeker dat deze HAIO's daardoor anders geantwoord hebben op bepaalde vragen zoals de vraag of ze les over verwijsbrieven nuttig zouden vinden. Hierdoor kan er wellicht sprake zijn van respons bias.

Bij de opname van de discussiemomenten waren er bij de eerste groep problemen betreffende de kwaliteit van de geluidsopname, waardoor de discussie niet 100% gevolgd kon worden. De opname-apparaten stonden slecht opgesteld waardoor niet iedereen even goed gehoord kon worden in de opname. Om dit te voorkomen in de volgende seminariegroepen werd mijn gsm telkens doorgegeven naar de persoon die aan het woord was. Hierdoor kreeg ik duidelijke geluidsfragmenten en kon alles voor de andere drie groepen wel volledig uitgetypt worden om dan te analyseren. Bij het eerste geluidsfragment werden alle zaken uitgetypt die hoorbaar waren uit de opname, wat wel nog meer dan de helft van de opname was. Ook kan er sprake zijn van interviewer bias, zelf heb ik namelijk de vier discussiemomenten begeleid, waardoor ik al wat probleempunten en oplossingen gehoord had in de eerste groepen en dit wellicht meegenomen heb naar de begeleiding van de latere groepen.

Bij de resultaten zelf dient er opgemerkt te worden dat bij het aantal soorten verwijsbrieven er al een aantal soorten ingeburgerd zijn. Zo is er al een specifiek sjabloon voor zowel de radioloog als voor de kinesist. In sommige medische programma's is er ook een sjabloon voor de diëtist en voor de psycholoog. In de discussiemomenten werd duidelijk dat deze laatste twee nog minder ingeburgerd zijn.

Voor de resultatenverwerking werd er voornamelijk gebruik gemaakt van de aangereikte oplossingen in de discussiemomenten zelf. Doordat er zo meerdere huisartsen(-in-opleiding) aan de discussie deelnamen en actief mee aan het denken waren, kwamen we toch tot een aantal oplossingsmogelijkheden. Deze mogelijkheden kwamen ook in de andere groepen opnieuw aan bod. Vaak gebeurde dit spontaan, een aantal andere zaken eerder door ze specifiek na te vragen. Op basis van deze oplossingsmogelijkheden werden dan de respectievelijke boomstructuren opgesteld.

Er zijn geen andere thesissen gevonden die handelen over het opstellen van verwijsbrieven, waardoor het ook niet mogelijk is om vergelijkingen te maken met een ander onderzoek. Er is wel een vergelijking mogelijk met wat er allemaal als essentiële informatie voor een verwijsbrief beschouwd wordt. Hiervoor werd beroep gedaan op de masterproef van Dubois Joyce. Hierbij werd er een literatuurstudie gedaan om te zien wat als kwaliteitsinformatie gezien wordt. Dit werd gedaan volgens de waterval-methode. Zelf heb ik mijn informatie over de essentiële informatie voornamelijk gehaald uit de reeds geschreven masterproeven en uit de NHG en SIGN-richtlijn. Zij startte met bronnen vanaf 1990, terwijl ik zelf startte met bronnen vanaf 1996. Om tot een ontwerp van een verwijsbrief te komen werd er gewerkt met een focusgroep die stellingen beantwoordde. Deze stellingen gingen over wat als essentiële informatie gezien wordt (medicatielijst, toegediende medicatie, anamnese, klinisch onderzoek, allergieën, psychosociale achtergrond, voorgeschiedenis, differentieel diagnose, technische onderzoeken en vraagstelling). Vervolgens vond in die focusgroep een discussie plaats over de rangschikking in de verwijsbrief van de verschillende essentiële elementen. In mijn onderzoek werd er ook tijdens het discussiemoment besproken wat essentiële informatie is en hoe men deze zou rangschikken. Het betrof al dezelfde categorieën als in de masterproef van Dubois Joyce, maar de gegevens van de voorschrijvende arts van de ontvangende arts stonden ook als opties vermeld. De resultaten, over de verschillende elementen die als essentiële informatie gezien kunnen worden, waren gelijklopend. De overgrote meerderheid zegt dat de anamnese, het klinisch onderzoek, toegepaste medicatie en medicatieschema zeker essentieel is. Ongeveer de helft zegt dat de verwijsbrief de medische voorgeschiedenis, een duidelijke vraag, de differentieel diagnose, de technische onderzoeken en de allergieën moet bevatten. Een minderheid

zegt dat de psychosociale achtergrond ook belangrijk is, wat ook zo in mijn onderzoek naar voor kwam. De verschillen met mijn onderzoek zijn voornamelijk de technische onderzoeken en de allergieën, deze worden in mijn studie door de grote meerderheid naar voor geschoven.

Naar volgende masterproeven toe lijkt het me interessant om na te gaan hoe een verwijsbrief naar de diëtist en psycholoog best aangepakt wordt. Mijn schema kan daar dan nog in aangepast worden. Met mijn studie heb ik een opleidingsmodule kunnen opstellen maar nog niet kunnen uittesten. Het lijkt met dan ook interessant om deze wel te laten uittesten op zijn efficiëntie om te zien of er door de opleiding ook betere verwijsbrieven ontstaan. Dit zou een onderwerp kunnen zijn voor verder onderzoek.

Besluit

De zorg voor de patiënt is kwetsbaar op momenten dat informatie overgedragen gewordt. Om deze overdracht zo goed mogelijk te laten verlopen tussen huisartsen en andere medici en paramedici, wordt frequent gebruik gemaakt van een verwijsbrief.

De verwijsbrief dient volgende informatie te bevatten op een gestructureerde manier: anamnese, klinisch onderzoek, technische onderzoeken, gegeven behandeling, medische voorgeschiedenis, medicatielijst, allergieën en de concrete vraag naar de specialist. Er is echter nog te weinig opleiding hieromtrent ondanks dat deze wel als nuttig ervaren zou worden.

Na de literatuurstudie, enquêtes en discussiemomenten kwamen we hier tot drie schema's die een arts mee gaan helpen begeleiden bij het opstellen van de verwijsbrief. Het belang van een goed ingevuld medisch dossier wordt hierbij benadrukt. De schema's kunnen als opleidingsmodule dienen voor huisartsen in opleiding.

Dankwoord

Voor de begeleiding van dit kwaliteitsverbeterend project wil ik in het bijzonder mijn promotor van het departement huisartsgeneeskunde van de KU Leuven, Dr. M. Van Nuland danken evenals mijn praktijkopleiders Dr. K. Vande Moortel en zijn collega en echtgenote Dr. K. Meyvaert.

Ik dank ook alle HAIO's en staco's die de enquêtes hebben ingevuld en aan de discussiemomenten hebben deelgenomen. Verder dank ik ook Mathias Terryn voor het nalezen van mijn thesis op taalkundige fouten.

Tot slot dank ik ook mijn verloofde Ann-Sophie Wynsberghe voor haar begrip en steun gedurende het hele proces van mijn masterproef.

Bronnen

1. Marien B. Evaluatie van de verwijsbrief van de huisarts aan de dienst spoedgevallen. Vrije universiteit Brussel; 2013.
2. De Coninck T, Deveugele M, Struyve P. Doorverwijzing van huisarts naar spoeddienst: het optimaliseren van de communicatie. Universiteit Gent; 2010.
3. Michiels F, Peremans L. Kwaliteitsanalyse van verwijsbrieven op spoed tijdens de wachturen. Ontwerp van een sjabloon. Universiteit Antwerpen; 2011.
4. Dubois J, Schoenmakers B, Johan B. Communicatie tussen de eerste en tweede lijn: rol van de verwijsbrief naar de spoedgevallen. Leidt het gebruik van een best practice verwijsbrief tot een grotere tevredenheid omtrent het verwijzingsproces bij de huisarts (in opleiding)? Katholieke Universiteit Leuven; 2014.
5. Hillemans K, De Lepeleire J. De weg naar een gestandaardiseerde verwijsbrief. Van ontwikkeling tot implementatie. Huisarts Nu. 2007;36(4):176–9.
6. Couper I, Henbest R. The quality and relationship of referral and reply letters . The effect of introducing a proforma letter The quality and relationship of referral and reply letters. South African Med J. 1997;86(12).
7. Lebon V, Schoenmakers B, Beirinckx J. Communicatie tussen eerste en tweedelijn: rol van de verwijsbrief naar spoedgevallen. Katholieke Universiteit Leuven; 2014.
8. Van der Stighelen V. ICT-tools en gebruik van EMD door de huisarts [Internet]. Domus Medica. 2012. p. 47. Available from: https://www.domusmedica.be/images/ONDERZOEKSRAPPORT_Onderzoek_ICT-tools_en_gebruik_van_EMD_door_de_huisarts_-_DOMUS_MEDICA_2012.pdf
9. Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG). Richtlijn informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzing (HASP). 2008;41.
10. Scottish Intercollegiate Guideline Network. Report on a Recommended Referral Document. Sign [Internet]. 1998;(31):1–11. Available from: http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/31/
11. Valcke A, Willems S, Schrans D. Optimalisatie van de doorverwijzing naar de spoeddiensten door een correct gebruik van het SumEHR-systeem. Universiteit Gent; 2012.

Bijlagen

1. Goedgekeurd protocol

Aanmelding masterproef

Formulier : mededeling onderwerp masterproef

Stuur dit formulier ingevuld en voorzien van de nodige handtekeningen naar het ICHO-secretariaat vóór 1 december (of vóór 1 juni in geval van start opleiding in februari/maart)

Naam haio: Bastiaan Verstraete

Haio's waarmee ik zal **samenwerken**: /

Titel van het project :

Ontwikkeling en evaluatie van een opleidingsmodule over het creëren van verwijsbrieven in het elektronisch medisch dossier (EMD).

Type onderzoek (aankruisen wat past):

- Kwaliteitsverbeterproject

Achtergrond/Aanleiding:

Binnen de praktijk waar ik huisarts-in-opleiding ben, werd de vraag gesteld hoe we de medische voorgeschiedenis goed gecodeerd kunnen krijgen en hoe we deze kunnen ordenen, wat onder andere van belang is bij het opstellen van verwijsbrieven. Een nazicht van de ICHO databank toonde aan dat er reeds bruikbare sjablonen ontwikkeld werden voor verwijsbrieven. Er werd nog nergens beschreven hoe het opstellen van verwijsbrieven aangeleerd kan worden aan huisartsen, haio's of studenten.

Concrete vraagstelling:

1.Welke elementen dient een opleidingsmodule over uit het EMD gegenereerde verwijsbrieven te bevatten?
2. Hoe beoordelen deelnemers de opleidingsmodule en wat zijn de verbeterpunten?

Geplande methode:

Het is de bedoeling om een opleidingsmodule te ontwikkelen op basis van voorafgaand literatuuronderzoek en bevraging van experten en deze vervolgens te testen. Hierna zal de opleidingsmodule geëvalueerd worden door enerzijds de tevredenheid van de deelnemers te meten en door anderzijds naar verbeterpunten te pijlen.

Datum en handtekening

25/11/16 haio

../.. /..... promotor

25/11/16 praktijkopleider

25/11/16 coördinator

2. Gunstig advies ethisch comité

Gunstig advies van OBC

2017-03-30 18:26:19

Bekijk status geschiedenis

De OBC keurt de aanvraag goed, maar geeft volgende opmerking mee: - de vragenlijst, alsook de info voor deelnemers en hun toestemmingsformulier ontbreekt

Student(en):	Bastiaan Verstraete
Promotor:	Marc Van Nuland (marc.vannuland@kuleuven.be - u0040434 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Hoofdonderzoeker:	Marc Van Nuland (marc.vannuland@kuleuven.be - u0040434 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Faculteit:	Geneeskunde
Opleiding:	Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:	monocentrisch
De opdrachtgever is:	academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is:	Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.
Het onderzoek is:	Prospectief observationeel onderzoek
Gebruikte methode:	prospectief onderzoek waarbij interviews of vragenlijsten worden gebruikt

BIJKOMENDE GEGEVENS:

Achtergrond:	Binnen de praktijk waar ik huisarts-in-opleiding ben, werd de vraag gesteld hoe we de medische voorgeschiedenis goed gecodeerd kunnen krijgen en hoe we deze kunnen ordenen, wat onder andere van belang is bij het opstellen van verwijsbrieven. Een nazicht van de ICHO databank toonde aan dat er reeds bruikbare sjablonen ontwikkeld werden voor verwijsbrieven. Er werd nog nergens beschreven hoe het opstellen van verwijsbrieven aangeleerd kan worden aan huisartsen, haio's of studenten.
Vraagstelling:	1. Welke elementen dient een opleiding over, uit het EMD gegenereerde, verwijsbrieven te bevatten? 2. Hoe beoordelen deelnemers de opleidingsmodule en wat zijn de verbeterpunten?
Methodologie:	Er wordt gestart met een voorafgaand literatuuronderzoek met betrekking tot de sjablonen van een verwijsbrief. Uit dit literatuuronerzoek is het ook de bedoeling om de probleempunten te vinden bij het opstellen van een verwijsbrief. Op basis hiervan kan dan afgeleid worden welke elementen de opleidingsmodule, in verband met het opstellen van de ideale verwijsbrief, moet bevatten. Hierna zal een opleiding gegeven worden aan studenten huisartsgeneeskunde. Vervolgens wordt deze opleidingsmodule geëvalueerd aan de hand van een vragenlijst. Tot slot wordt deze vragenlijst geanalyseerd om zo de verbeterpunten of probleempunten aan het licht te brengen.

3. Oriënterend literatuuronderzoek

Er werd een literatuurstudie verricht waarbij onder andere gekeken werd naar vroegere masterproeven huisartsgeneeskunde in kader van verwijsbrieven. Hierbij werd gebruik gemaakt van de databank die ter beschikking werd gesteld door het Interuniversitair Centrum HuisartsenOpleiding (ICHO). Hierbij werd de zoekterm 'verwijsbrief' gebruikt.

De literatuurstudie werd uitgebreid via de watervalmetafoor. Hierbij werd er eerst via CEBAM gezocht naar richtlijnen met betrekking tot het schrijven van verwijsbrief.

De zoekopdracht werd uitgebreid via Pubmed, waarbij gebruik gemaakt werd van de 'Mesh-termen': "Referral and consultation", "letter", "family practice", "primary health care", "education", "general practitioner", "referral letter", "communication", "emergency service".

De gebruikte databanken zijn dus CEBAM, NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap)-richtlijnen, SIGN-richtlijn (Scottish Intercollegiate Guidelines Network), Pubmed, Domus Medica (Huisarts Nu) en de databank van het ICHO (Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding).

Als inclusiecriteria weerhouden we alle artikels uit de laatste 20 jaar, dus te starten vanaf 1996.

Exclusiecriteria zijn alle artikels van voor 1996.

4. Enquête verwijsbrieven

1) Ben je haio / huisarts < of = 10 jaar / huisarts > 10 jaar?

2) In welke gemeente werk je als huisarts (-in-opleiding)?

3) Met hoeveel huisartsen werk je in de praktijk (inclusief haio)?

4) Hoelang wordt er in jouw praktijk al gewerkt met een Elektronisch Medisch Dossier?

5) Zijn er in de praktijk andere medewerkers (secretaressen, verpleegkundigen,…) die helpen bij het up-to-date houden van het medisch dossier? Zo ja, wie en waarbij helpen ze exact?

6) Met welk softwarepakket wordt er gewerkt in de praktijk?

7) Werd er vroeger met een ander softwarepakket gewerkt in de praktijk? Zo ja, welk en waarom de overschakeling?

8) Zit er in jullie huidig softwarepakket een sjabloon voor verwijsbrieven?

9) Is het sjabloon naar jullie mening van goede kwaliteit? Waarom wel of niet?

10) Kun je in het sjabloon makkelijk informatie uit het EMD integreren?

11) Is er een module in het softwarepakket om zelf brieven aan te maken?

12) Ervaar je problemen bij het opstellen van een verwijsbrief? Zo ja, welke?

13) Is er nood aan een standaardbrief?

14) Maak je een onderscheid in je verwijsbrieven: verschaffen van puur essentiële informatie ten opzichte van een uitgebreide standaardbrief? (bijvoorbeeld: bij verwijzing cardiologie enkel medische voorgeschiedenis die hier betrekking toe heeft of de volledige medische voorgeschiedenis)

15) Analyseer je soms de kwaliteit van je verwijsbrieven?

16) Denk je zelf dat de kwaliteit van je verwijsbrieven altijd goed is? Zo nee, waarom niet?

17) Lijkt het je nuttig om in het EMD een aantal verschillende sjablonen voor verwijsbrieven te hebben, afhankelijk van de soort verwijzing? Zo ja, hoe zou je het onderscheid maken?

18) Maak je een onderscheid tussen verwijsbrieven voor een gericht technisch onderzoek en tussen verwijsbrieven voor diagnostische/therapeutische oppuntstelling?

19) Is er een kwaliteitsverschil in je verwijsbrieven die je opstelt op huisbezoek tegenover deze die je maakt op consultatie?

20) Heb je vroeger les gehad over het opstellen van verwijsbrieven?

21) Zou het nuttig zijn om in de loop van de opleiding geneeskunde/huisartsgeneeskunde een opleiding te krijgen met betrekking tot he opstellen van verwijsbrieven?

5. leerdoelen en leerinhoud opleiding verwijsbrieven

Leerdoelen:

- Aan het einde van deze lessenreeks kan de huisarts:
    - Kritisch leren omgaan met het schrijven van een verwijsbrief
    - Zelf de kwaliteit van zijn/haar eigen verwijsbrieven analyseren
    - Na de analyse weet de huisarts hoe hij/zij de kwaliteit van zijn/haar verwijsbrieven kan verbeteren

Leerinhoud:

- Theorie:
    - Er wordt ingegaan op de kwaliteitscriteria van de verwijsbrief
    - Er wordt ingegaan op de verschillende soorten verwijsbrieven
    - Er wordt ingegaan op de probleempunten bij het opstellen van een verwijsbrief
    - Er wordt een beslisboom aangereikt waarmee je zelf de kwaliteit van je verwijsbrieven kan analyseren en verbeteren
- Praktisch:
    - Er wordt een enquête aangereikt aan de artsen om zo een globaal beeld over hun verwijsbrieven te krijgen:
        - Probleempunten
        - Medisch programma en de mogelijkheden hiervan
        - Verschillende soorten verwijsbrieven
        - Opleiding over analyseren van verwijsbrieven
        - Opleiding over het opstellen van verwijsbrieven
    - Aan de hand van deze enquête wordt er in groep overlegd over de verschillende probleempunten en waarom de ene dit wel of net niet als probleempunt ervaart.
    - Na analyse van de enquêtes en het overleg in groep wordt er door de lesgever een oplossing voor de problemen gezocht.
    - De lesgever stelt hiervoor een beslisboom op en gaat opnieuw naar de verschillende groepen om hen zo de antwoorden te leveren.

6. stappenplan masterpaper

Flowchart masterproef opleidingsmodule KU Leuven:

Ontwikkeling en evaluatie van een opleidingsmodule het creëren van verwijsbrieven in het elektronisch medisch dossier (EMD).



Opzet: verwijzingen zijn voor de huisarts een alledaagse bezigheid. In het kader van deze masterproef wordt er wat dieper ingegaan op de kwaliteit van verwijzing. Hoe kun je als arts je eigen verwijsbrieven gaan analyseren en zo nodig gaan verbeteren?
Hiervoor werd er gestart met een literatuurstudie over het opstellen van verwijsbrieven.



Data-verzameling door middel van een anonieme enquête voor huisartsen (-in-opleiding). De ingevulde gegevens zullen gebruikt worden om zo tot een aantal weerkerende probleempunten te komen.



Groepsgesprek over de probleempunten bij het opstellen van verwijsbrieven. Dit groepsgesprek wordt opgenomen zodat dit gesprek geanalyseerd kan worden. Op deze manier wordt er getracht duidelijkheid te krijgen over de algemene probleempunten bij het opstellen van verwijsbrieven. De informatie die tijdens dit groepsgesprek wordt verkregen zal anoniem verwerkt worden. Er worden geen geluidsfragmenten afgespeeld voor derden. Het gesprek wordt louter ter analyse gebruikt en zal anoniem verwerkt worden.



Uitwerking beslisboom over hoe je de kwaliteit van je verwijsbrieven kan analyseren en verbeteren



Terugkoppeling van deze beslisboom aan de gespreksgroep(en)

S0217327

Huisarts-in-opleiding in Jonkershove bij dr. Kristof Vande Moortel

Jonkershovestraat 244

8650 Houthulst-Jonkershove

Gsm : +(0) 32 477 61 98 03

E-mailadres werk: haio@vmed.be

E-mailadres privé: bastiaanverstraete@hotmail.com

7. informed consent formulier

Toestemmingsformulier voor de huisartsen.

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Titel onderzoek: Ontwikkeling en evaluatie van een opleidingsmodule over het creëren van verwijsbrieven in het elektronisch medisch dossier (EMD)

Verantwoordelijke onderzoeker: Dr. Bastiaan Verstraete

Promotor: Dr. Marc Van Nuland

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard en de methode van dit onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek anoniem zullen verwerkt worden en dat geen vertrouwelijke informatie aan derden bekend gemaakt zal worden. Ik ben geïnformeerd dat het geluidsopname materiaal of de bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties gebruikt zal worden. Mijn vragen over dit onderzoek zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer: ……

Datum: …… Handtekening deelnemer: ……

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven over het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: Bastiaan Verstraete

Datum: …….. Handtekening onderzoeker: ……..

Flowchart masterproef opleidingsmodule KU Leuven:

Ontwikkeling en evaluatie van een opleidingsmodule het creëren van verwijsbrieven in het elektronisch medisch dossier (EMD).

Opzet: verwijzingen zijn voor de huisarts een alledaagse bezigheid. In het kader van deze masterproef wordt er wat dieper ingegaan op de kwaliteit van verwijzing. Hoe kun je als arts je eigen verwijsbrieven gaan analyseren en zo nodig gaan verbeteren?
Hiervoor werd er gestart met een literatuurstudie over het opstellen van verwijsbrieven.



Data-verzameling door middel van een anonieme enquête voor huisartsen (-in-opleiding). De ingevulde gegevens zullen gebruikt worden om zo tot een aantal weerkerende probleempunten te komen.



Groepsgesprek over de probleempunten bij het opstellen van verwijsbrieven. Dit groepsgesprek wordt opgenomen zodat dit gesprek geanalyseerd kan worden. Op deze manier wordt er getracht duidelijkheid te krijgen over de algemene probleempunten bij het opstellen van verwijsbrieven. De informatie die tijdens dit groepsgesprek wordt verkregen zal anoniem verwerkt worden. Er worden geen geluidsfragmenten afgespeeld voor derden. Het gesprek wordt louter ter analyse gebruikt en zal anoniem verwerkt worden.



Uitwerking beslisboom over hoe je de kwaliteit van je verwijsbrieven kan analyseren en verbeteren



Terugkoppeling van deze beslisboom aan de gespreksgroep(en)

Bastiaan Verstraete

S0217327

Huisarts-in-opleiding in Jonkershove bij dr. Kristof Vande Moortel

Jonkershovestraat 244

8650 Houthulst-Jonkershove

Gsm : +(0) 32 477 61 98 03

E-mailadres werk: haio@vmed.be

E-mailadres privé: bastiaanverstraete@hotmail.com