Wat is het recept voor gericht verwijzen?

Ine Merckx, Universiteit Antwerpen opleiding Huisartsgeneeskunde

Promotor: Hilde Bastiaens, Hilde Philips

Begeleider: Giannoula Tsakitzidis

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Context:
Interprofessionele samenwerking is noodzakelijk om tot de meest effectieve behandeling voor de patiënt te komen en dus voor een betere kwaliteit in zorg. Uit mijn beperkte ervaring blijkt ook dat het bij interprofessioneel samenwerken al mis gaat in een van de eerste stappen daarvan, het verwijzen zelf. De eerste stap in goede zorg bieden is namelijk de juiste zorgverleners rond de patiënt zien te krijgen en bijgevolg dus een samenwerking te starten. Hiervoor moet de huisarts gericht kunnen verwijzen naar deze zorgverleners.
Momenteel ontbreekt het veel huisartsen aan een duidelijk overzicht van alle zorginstanties en de verschillende disciplines in de omgeving.

Onderzoeksvraag:
Welk instrument kan een huisarts helpen om gerichter te verwijzen?

Methode (literatuur & registratiewijze):
De handsearch omvatte de *Journal of Interprofessional care (*2009-2011) en *Huisarts Nu (*Augustus 2008 t/m Februari 2012. Bij de websearch werd gezocht op Medline en Cochrane (zie tabel 1). Daarnaast gebeurde er een schriftelijke bevraging bij artsen en werd er een kwalitatief onderzoek met behulp van interviews uitgevoerd.
De vragenlijst is afgenomen bij 40 huisartsen en 4 haio's. Uit deze groep hebben we vier artsen uitgekozen voor deelname aan een interview op basis van een doelgerichte steekproef.

Resultaten:
Er hebben 26 huisartsen de vragenlijst ingevuld, waarvan 4 HAIO's. Er is een significante correlatie tussen leeftijd van de arts en het kennen van subspecialisaties van hulpverleners, waarbij oudere artsen hiervan beter op de hoogte blijken te zijn. Bij het verwijzen baseren 24 van de 26 huisartsen zich op eigen ervaringen met hulpverleners. Volgens een grote meerderheid (12 artsen waren het helemaal eens en 9 artsen eerder eens) is er nood aan een duidelijk overzicht van alle hulpverleners uit de regio. Dit overzicht kan volgens 22 van de 26 artsen best in de vorm van een website gemaakt worden. Bijna alle artsen zien in dit overzicht liefst competenties, bereikbaarheid en doelgroep van de zorgverlener. Uit de interviews bleek dat er nood is aan een overzicht van alle hulpverleners, dat telkens up-to-date gehouden wordt. De literatuurstudie toont dat bij het opstellen hiervan lokale hulpverleners betrokken moeten worden om het te doen slagen.

Conclusies:
De ondervraagde huisartsen waren het erover eens dat er nood is aan een duidelijk overzicht van de verschillende hulpverleners in de regio Geel. Uit het onderzoek leren we dat er daarbij best gebruik wordt gemaakt van een website, waarbij per hulpverlener de subspecialisaties/competenties, de bereikbaarheid, de doelgroep, de kostprijs, de zorgvisie en de opleidingen worden weergegeven. En dat deze up-to-date gehouden wordt. Om de slaagkans van deze interventie te verhogen worden best lokale zorgverleners bij de oprichting hiervan betrokken.
Dergelijk verwijsinstrument zou leiden tot een beter inzicht in de competenties van de verschillende zorgverleners en tot een kwaliteitsvollere verwijsstrategie.

Inhoud

Abstract 2
Inhoud 3
1 Inleiding 4
1.1. Interprofessioneel samenwerken 4
1.2. In de praktijk 5
1.3. Toekomstvisie 6
2 Doelstellingen 7
3 Methode 7
3.1 Fase I: Literatuuronderzoek 7
3.2 Fase II: Beschrijvend onderzoek 9
4 Resultaten 10
4.1 Fase I: Literatuuronderzoek 10
4.2 Fase II: Beschrijvend onderzoek 12
5 Discussie 20
5.1 Fase I: literatuuronderzoek 20
5.2 Fase II: Beschrijvend onderzoek 22
5.3 De ingrediënten van het verwijsrecept 25
6 Conclusie 27
7 Dankwoord 28
8 Referenties 29
9 Bijlage 1 – Vragenlijst 30
10 Bijlage 2 – Draaiboek interview 35
11 Bijlage 3 – Artikels 39

1 Inleiding

1.1. Interprofessioneel samenwerken

Tijdens de opleiding geneeskunde is mij vaak gewezen op het belang van multi- en interprofessionele samenwerking. Zo is interprofessionele samenwerking noodzakelijk om tot de meest effectieve behandeling voor de patiënt te komen en dus voor een betere kwaliteit in zorg(1).

In de literatuur worden termen zoals multidisciplinair en interprofessioneel samenwerken vaak door elkaar gebruikt, beiden hebben echter een andere betekenis. Multidisciplinair of multi-professioneel samenwerken is een vorm van samenwerken tussen verschillende disciplines waarbij de communicatie tussen de disciplines zich beperkt tot een sequentieel niveau(2). Concreet wil dit in de praktijk zeggen dat de huisarts bijvoorbeeld een patiënt verwijst naar een specialist met een korte verwijsbrief met zijn/haar vraag, als reactie krijgt de huisarts van de specialist een brief terug met wat hij heeft gedaan en wat zijn advies is.

Bij interprofessionele samenwerking gaat het over een interactief werkmodel. (2) Er zijn overlegmomenten tussen de verschillende betrokken zorgverleners, waarbij er uitwisseling is van informatie, ideeën en aanbevelingen. Een interprofessioneel team werkt vanuit gelijkwaardigheid, er is samenspraak en gedeelde verantwoordelijkheid, een gemeenschappelijke visie en een doelgerichte aanpak die zich steeds ontwikkelt in functie van de context of het probleem. In de praktijk betekent dit concreet dat (bijvoorbeeld) de huisarts bij een palliatieve patiënt samen met de andere betrokken zorgverleners en eventuele mantelzorg, het ideale behandelplan uitwerkt voor en met de patiënt.

Interprofessioneel samenwerken kan niet alleen de communicatie tussen de zorgverleners verbeteren, maar men veronderstelt ook dat daardoor de kwaliteit van zorg zal verbeteren. Elke zorgverlener leert door samen te werken de expertise van de anderen beter kennen, waardoor er een attitude van wederzijds respect en vertrouwen ontstaat, maar ook de kennis van de ander zijn kwaliteiten en daardoor de juiste discipline en/of persoon aan de slag kan gaan. Deze houding is belangrijk om de door macht en status ontstane onderlinge competitie te voorkomen of aan te pakken. Niet te vergeten is de werkdruk die beter verdeeld kan worden en de werklast en verantwoordelijkheden aanzienlijk kan verminderen.(2) Het helpt om 'stress' te doen afnemen en verhoogt dus de job tevredenheid.

1.2. In de praktijk

Met een ideaal beeld van multi- en interprofessionele samenwerking dat ik vanuit mijn studie heb meegekregen begon ik in september 2011 als haio. De opleidingspraktijk waar ik begon bevindt zich in de regio Geel, een voor mij totaal onbekende regio. Ik bleef/blijf dan ook vaak met talloze vragen achter, een paar voorbeelden:

- Een drugsverslaafde patiënt: Waar kan ik terecht voor de begeleiding? Wat doen deze instanties concreet voor de patiënt? Wat is mijn eigen rol hierin?
- Het schoolvoorbeeld van multidisciplinaire samenwerking, een diabetes patiënt: Welke diëtisten, pedicures en diabetesverpleegkundigen zijn er in de buurt? Wanneer komt de patiënt in aanmerking voor het diabeteszorgtraject?
- Een palliatieve vrouw wiens kinderen chaotisch de mantelzorg op zich nemen: De verpleging wees mij op de mogelijkheid van een zorgcoördinator, van wiens bestaan ik niet af wist... Waar vind ik zo iemand?
- Een patiënt met een hyperventilatie. Welke kinesist kan mij hierbij helpen. Doet elke kinesist relaxatie- en ademhalingsoefeningen? Is kinesist A beter geschikt voor dit specifieke probleem dan kinesist B? Wat zijn de verschillende therapie mogelijkheden op gebied van kinesitherapie?
- Een patiënt met chronische rugpijn: Welke orthopedist/neurochirurg is hierin gespecialiseerd? Of moet ik eerder aan een fysiotherapeut denken? Wanneer komt iemand in aanmerking voor de rugschool? Waar bevindt deze zich?

Bij al deze casussen merkte ik dat ik als pas beginnende arts door mijn eigen onwetendheid en gebrek aan ervaring niet altijd de meest optimale hulp kon bieden en dit dus ten koste van de patiënt. Natuurlijk zijn er altijd situaties waarin de juiste hulp gewoonweg niet bestaat, hier kun je dan als arts op dat moment weinig aan veranderen. Maar de kwaliteit die je als arts aan je patiënt geeft zou optimaal gezien altijd de hoogst haalbare moeten zijn.

Vaak eist deze kennis jaren ervaring voordat je weet wie, wie is en wie wat doet. En zelfs dan is het moeilijk om op de hoogte te blijven van de nieuwe hulpverleners uit de regio. Hoe kan je dan als beginnende huisarts toch gericht verwijzen? Bestaat er geen hulpmiddel die mij zou kunnen helpen verwijzen?

Om hier een oplossing voor te vinden is de bestaande beschikbare informatie op dit vlak en kwamen we terecht bij de sociale kaart van Geel van het OCMW. Helaas is het niet evident om in een bundel van 180 bladzijden binnen het tijdsbestek van een consultatie op te zoeken welke instanties/disciplines jouw specifieke patiënt met zijn specifiek probleem kunnen helpen. En als je dan eindelijk een keuze gemaakt hebt, blijkt vaak dat deze bundel ook niet 'up to date' is en dat de bewuste zorgverlener reeds gestopt is.

Daarnaast kreeg ik via een diabetes zorgcoördinator van Geel een bestand met alle hulpverleners voor diabetes patiënten, maar deze informatie is enkel toegespitst op één gebied.

Daarnaast zijn er ook websites zoals www.desocialekaart.be(3) en www.mediwacht.be(4). Bij beide sites kun je snel een overzicht krijgen van de hulpverleners uit de omgeving, deze sites zijn beiden erg toegankelijk. Een nadeel hiervan is dan weer dat het niet probleemgestuurd is en je niet altijd tot de meest gerichte hulpverlener komt.

Uit de praktijk blijkt ook dat de huisarts uiteindelijk binnen een discipline vaak naar dezelfde persoon doorverwijst zonder rekening te houden met eventuele subspecialisaties en zonder op de hoogte te zijn van mogelijke alternatieven, die de patiënt beter zouden kunnen helpen. Bovendien zijn sommige instanties voor de huisarts niet gekend, waardoor de mogelijke meerwaarde volledig verloren gaat.

Het ideale gezondheidsmodel van interprofessionele samenwerking en patiënt centraal stellen gaat zo al op het verkeerde spoor vanaf de start, omdat de behandelend arts, niet tot de juiste verwijzing komt.

1.3. Toekomstvisie

Interventies die het verwijzen gerichter zouden kunnen maken, kunnen de samenwerking van zorgverleners bevorderen de kwaliteit van zorg verbeteren. Uit mijn beperkte ervaring blijkt ook dat het bij interprofessioneel samenwerken al mis gaat in een van de eerste stappen daarvan, het verwijzen zelf.

De eerste stap in goede zorg bieden als huisarts is namelijk de juiste zorgverleners rond de patiënt zien te krijgen en bijgevolg dus een samenwerking te starten en op te volgen. Hiervoor moet de huisarts gericht kunnen verwijzen naar deze zorgverleners en een gepaste communicatie afspreken en uitwerken.

Momenteel ontbreekt het veel huisartsen aan een duidelijk overzicht van alle zorginstanties en de verschillende disciplines in de omgeving. Om gericht te kunnen verwijzen is het wel noodzakelijk dat de huisarts weet wie er is en wat diegene doet en wat deze kan bereiken met een patiënt.

Een interventie zoals de sociale kaart van Geel van het OCMW zou hierin een uitkomst kunnen bieden, maar uit mijn ervaring in de praktijk blijkt dat deze niet overzichtelijk en up to date is. Een intstrument? die dit overzicht in een handomdraai zou kunnen voorzien en die up to date is, zou een optie kunnen zijn.

We vermoeden dat huisartsen hierdoor gerichter zouden kunnen verwijzen waardoor de patiënt de meest aangewezen persoon die in hun specifiek probleem is gespecialiseerd voor zich krijgt.

De onderzoeksvraag luidt dan ook: Welk instrument kan een huisarts helpen om gerichter te verwijzen?

2 Doelstellingen

Onze hoofdvraag is: 'Welke interventie kan het gericht verwijzen optimaliseren?'. We willen ook onderzoeken of er nood is aan een dergelijke interventie bij huisartsen en wat de kans op slagen ervan verhoogt. We willen weten wat de vorm en inhoud van deze interventie moet zijn. Daarnaast doen we onderzoek naar het huidig verwijsgedrag van huisartsen, naar van welke hulpmiddelen huisartsen gebruik maken en naar waar eventuele knelpunten zitten in het verwijzen.

3 Methode

3.1 Fase I: Literatuuronderzoek

We hebben literatuuronderzoek gedaan naar interventies die huisartsen kunnen gebruiken bij het verwijzen om tot de meest gerichte hulpverlener te komen en naar hoe huisartsen verwijzen.

We hebben een handsearch en een websearch gedaan in de literatuur. De handsearch betrof *Journal of Interprofessional care (*2009-2011) en *Huisarts Nu (*Augustus 2008 t/m Februari 2012), waarbij gezocht is naar interventies die huisartsen kunnen helpen met verwijzen.

	Zoekstrategie	Medli	Cochrane
1	Referral and consultation AND General practioners	21	1
2	Referral and consultation AND Physcisians, Primary care	12	1
3	Referral and consultation (title)		4
4	Referral and consultation (title) AND Family practice	15	
5	Referral and consultation (title) AND Primary health care	5	
6	Referral and consultation AND tool AND Family practice	15	7
7	Referral and consultation AND tool AND Primary health care	16	10
8	Referral patterns AND General practioners or Physcians, Primary care	1	4
9	Referral patterns AND Primary health care	36	58
10	Referral patterns (title)		13
11	Referral patterns (title) AND Family practice	79	
12	Referral patterns (title) AND Primary healthcare	36	
13	Referral tools	6	652
14	Referral tool	12	652
15	Referral aids	1	547
16	Referral map	3	80
17	Referral intervention	16	3592
18	Referral instrument	3	503
19	Refer AND General Practioners	9	1
20	Refer AND Physicians, Primary care	10	1
21	Refer(title) AND Family practice	22	6
22	Refer(title) AND Primary health care	12	3
23	Interprofessional relations AND Referral and Consultation		41
24	Interprofessional relations AND referral patterns	10	7
25	Interprofessional relations AND refer	34	30
26	Interprofessional relations AND referral intervention	0	29
27	Interprofessional relations AND Referral and consultation limits review	13	
28	Interprofessional collaboration AND Referral and consultation	7	30
29	Role clarity AND Referral and consultation	2	1
30	Role clarity AND referral patterns	0	36
31	Role clarity AND refer AND (GP OR Primary health care OR Family practice OR Physcians, Primary care)	0	134
32	Decision support techniques AND Referral and consultation AND (GP OR Primary health care OR Family practice OR Physcians, Primary care)	20	4
33	Decision support techniques AND Refer AND (GP OR Primary health care OR Family practice OR Physcians, Primary care)	9	8
34	Decision support techniques AND referral patterns	4	17
35	Referral processes AND (General Practioners OR Primary health care OR Family practice OR Physcians, Primary care)	11	141
36	Referral appropriatness	11	187
37	Outpatient referral AND (General practioners OR Primary health care OR Family practice OR Physcians, Primary care)	29	766
38	Outpatient AND referral an consultation AND (GP OR Primary health care OR Family practice OR Physcians, Primary care)	25	
39	Outpatient AND refer	19	24
40	Practice guidelines AND referral and consultion AND (GP OR Primary health care OR Family practice OR Physcians, Primary care)	35	39

Tabel 1 - Zoekstrategie

Om tot een overzichtelijke en praktisch haalbare werkstrategie te komen, heb ik besloten om, indien een bepaalde zoekstrategie meer dan 20 resultaten opbracht, enkel de meest recente 20 resultaten te screenen op titel. In de titels werd enerzijds op zoek gegaan naar interventies die huisartsen kunnen helpen bij gericht verwijzen en anderzijds naar het actuele verwijsgedrag en factoren die hierin een rol spelen. Zo gebeurde uiteindelijk ook de screening op abstract.

Daarnaast hebben we nog een referentie-onderzoek gedaan van de gevonden artikels. Hierbij werden de titels gescreend op interventies die huisartsen helpen verwijzen. Hiermee bedoelen we verschillende methoden die huisartsen kunnen helpen om tot de meest geschikte hulpverlener voor de patiënt te komen.

Van de cochrane review *Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care* van A. Akbari et al. hebben we daarnaast ook de Medline search opnieuw uitgevoerd vanaf oktober 2007 tot maart 2012.

Verder zijn als limieten de Engelse of Nederlandse taal gebruikt.

3.2 Fase II: Beschrijvend onderzoek

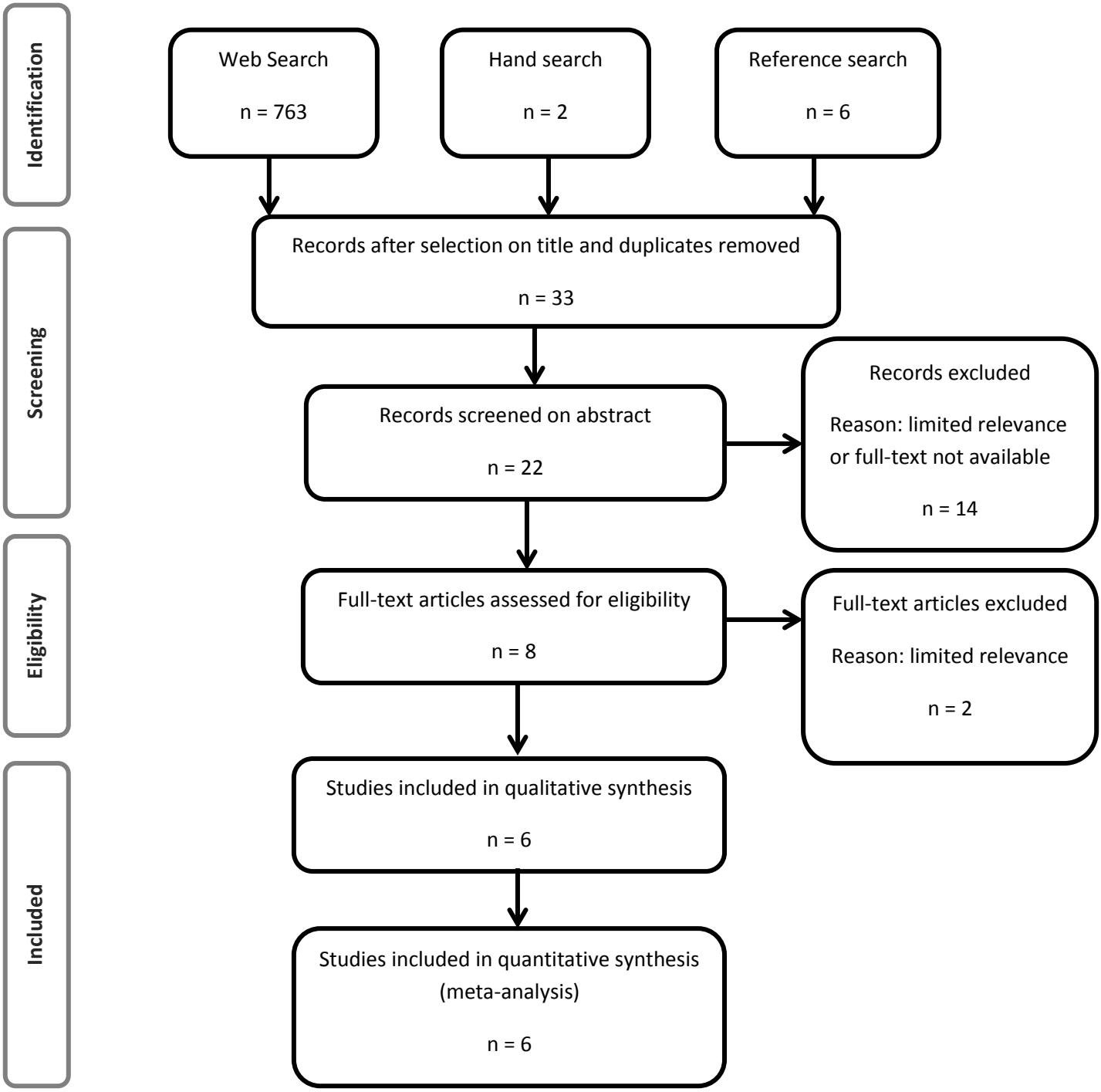
Naast de bovenstaande literatuurscreening hebben we het huidig verwijsgedrag van huisartsen in kaart gebracht en een bevraging gedaan naar de gewenste interventie om gerichter te verwijzen. Dit gebeurde door een schriftelijke bevraging bij artsen en op basis van een kwalitatief onderzoekmet behulp van interviews. De vragenlijst en het interview-draaiboek zijn in de bijlage toegevoegd.

De vragenlijst werden afgenomen van alle huisartsen die in Geel werken (37 huisartsen en 2 haio's) . Daarbovenop hebben we een vijf-tal artsen uit regio Turnhout gevraagd de vragenlijst in te vullen, om aan een hoger aantal participanten te komen (3 huisartsen en 2 haio's). Uit deze groep huisartsen namen we een doelgerichte steekproef voor 4 interviews. Een van de ondervraagden was een solo-arts, een haio en twee artsen werken in een groepspraktijk, waarvan een man en een vrouw. Dit is bij 4 gebleven vanwege de praktische haalbaarheid.

Er zal een beschrijvende analyse van de vragenlijst gebeuren. De gegevens zullen statistisch verwerkt worden met het programma IBM SPSS statistics 20®, Op de audiobestanden van de interviews wordt een kwalitatieve inhoudsanalyse uitgevoerd. Dit gebeurde aan de hand van samenvattingen van het opname materiaal, deze werd nadien per hoofdstuk, te zien in bijlage 2, geanalyseerd.

4 Resultaten

4.1 Fase I: Literatuuronderzoek



Figuur 1 - zoekstrategie

Met de bovenstaande zoekstrategie kwamen we bij de selectie uiteindelijk op 6 artikels (zie figuur 1). In bijlage vind u een tabel met de geïncludeerde studies. (bijlage 3).

Op de vraag naar waarop de keuze van huisartsen bij het verwijzen is gebaseerd kwam uit het onderzoek van Kinchen et al. naar voren dat 88% medische vaardigheden van de arts doorslaggevend vinden bij het verwijzen naar een specialist. Daarnaast bleek uit dit onderzoek, dat gebeurde aan de hand van een vragenlijst aan 1252 huisartsen, dat beperkte wachttijden (55%), eerdere ervaringen (59%) en de communicatie met de huisarts (53%) voor de verwijzende arts als belangrijk werden gezien.(5)

Er is tot op heden in slechts 2 studies onderzoek verricht naar welke interventies gericht verwijzen zouden kunnen verbeteren, al is er nog geen onderzoek gedaan naar het gebruik hiervan in de praktijk. Einbinder et al. ontwierpen een verwijs-map die artsen kan helpen bij het maken van een juiste verwijzing, gebruikmakende van informele kennis (zoals bereikbaarheid, snelste afspraak, zorgvisie, kosten enz.). Hierbij wordt zowel gebruik gemaakt van feedback van patiënten en verwijzende artsen, als van informatie van de specialist zelf en zijn agenda. Voor elk item dat van belang is voor een verwijzing krijgt de specialist een score van 0 tot 1 toebedeeld (bijvoorbeeld kan de patiënt nog dezelfde dag nog door de specialist gezien worden, scoort deze specialist 1 op snelste afspraak, duurt dit langer dan een maand, scoort deze specialist een 0). Vervolgens kan de verwijzende arts aan elke factor een waarde toekennen en zo aangeven welke factoren hij bij die verwijzing het belangrijkst vind. De specialist met de hoogste totaalscore is dan de meest geschikte persoon volgens dit systeem. Deze verwijskaart lijkt veelbelovend, maar werd voorlopig nog niet in de praktijk getoetst.(6)

Een andere methode om de verwijzing naar de specialist te optimaliseren werd ontwikkeld in het Brigham and Women's Hospital in Boston (VS) door McHolm et al.(7) Hier werd online een database gemaakt met gegevens van artsen die in het ziekenhuis werkten. Per arts wordt er weergegeven welke opleidingen hij genoot, de specifieke interesses van de arts en de eventuele subspecialisaties. Er werd ook een functie toegevoegd waarbij er voor elk ziektebeeld werd weergegeven naar welke artsen er kon worden doorverwezen. Daarnaast stond er beschreven welke informatie de verwijzende arts in zijn verwijsbrief moest opnemen, welke behandeling er mogelijk is in afwachting van de verwijzing en welke symptomen een spoedverwijzing eisen. In een tweede fase hopen de ontwerpers ook richtlijnen in verband met de meest belangrijke ziektebeelden te kunnen implementeren. Zo zou naast de vraag: "naar wie moet ik verwijzen?" ook een antwoord worden gegeven op de vraag: "wanneer moet ik verwijzen?".

Een andere studie onderzocht eerder het effect van een interventie op samenwerken i.p.v. op gericht verwijzen. Dit onderzoek van Rice et al. bepaalde het effect van een interventie waarbij zorgverleners worden aangespoord om zich steeds aan elkaar voor te stellen aan samenwerkende collega's. Hierbij wordt niet alleen elkaars naam vermeldt, maar wordt er van ieder ook aangeven welk beroep zij uitoefenen en welke functie ze hebben in de zorg van de patiënt.(8) Hoewel deze interventie op papier nuttig leek, kon met dit onderzoek geen significante

meerwaarde worden aangetoond dat dit daadwerkelijk de interprofessionele samenwerking verbeterde. Het gaf geen verbetering in het wederzijds begrip van elkaars beroep en functie.. De hoofdreden bleek te liggen in tijdsgebrek en werkdruk. Suter et el. toonden al aan dat een betere communicatie en beter wederzijds begrip van elkaars functie en beroep de belangrijkste factoren waren in samenwerking. Beide factoren zijn in verband gebracht met een positieve 'outcome' voor patiënt en zorgverlener.(9) . Dit houdt in dat hulpverleners die elkaars rol volledig begrijpen, efficiënter en met meer voldoening samenwerken. En er op die manier ook voor zorgen dat de patiënt zich beter begrepen voelt.

Akbari et al. toonden in een systematische review aan dat de verwijsrichtlijnen meer kans van slagen hebben indien zorgverleners uit de tweede lijn (bijv. lokale ziekenhuizen) betrokken worden bij het opstellen van deze richtlijnen zodat er kan worden ingespeeld op lokale verschillen in het verwijsgedrag. Deze review vergeleek de resultaten van 17 studies waarbij verschillende methodes werden vergeleken om het verwijsgedrag te verbeteren, om de verwijsdrempel aan te passen. Enkel die studies waarbij de lokale zorgverleners werden betrokken bij het opstellen van verwijsrichtlijnen bleken succesvol.(10)

4.2 Fase II: Beschrijvend onderzoek

4.2.1 Enquête

Van de 43 huisartsen en haio's (afkomstig van Geel en Turnhout) die een vragenlijst hebben gekregen zijn er 26 die hebben deelgenomen (een respons van 60,5 %). In de onderstaande tabel (tabel 2) zie je de populatie karakteristieken.

Populatiekarakteristieken	n
Totale populatie	**26**
Huisarts	**22**
Haio	**4**
Leeftijd < 35 jaar	**8**
Leeftijd 36-50 jaar	**7**
Leeftijd 50+	**11**
Mannen	**15**
Vrouwen	**11**
Solo-arts	**8**
Duo-praktijk	**3**
Groepspraktijk	**15**

Tabel 2 - Populatie karakteristieken van de deelnemers

Allereerst zijn we gaan kijken naar het huidig verwijsgedrag van artsen. Er werd door de huisartsen voornamelijk verwezen naar specialisten, kinesitherapeuten en verpleegkundigen. Naar een ergotherapeut of maatschappelijk werker werd er niet op regelmatige basis verwezen. (zie tabel 3).

Ik verwijs regelmatig door naar:	Eens	Niet eens
Specialist	26	0
Kinesist	26	0
Verpleegkundige	25	0
Psychologe	23	1
Diëtiste	19	3
Maatschappelijk werker	4	10
Ergotherapeut	1	16

Tabel 3 - Regelmatige verwijzingen

De vraag of artsen steeds naar dezelfde hulpverlener verwijzen, ongeacht het probleem van de patiënt, kent geen eenduidig antwoord. Voor verwijzing naar een diëtiste of thuisverpleegkundige is ongeveer de helft van de huisartsen het met deze stelling eens. Wat betreft specialist of kinesist zijn ze het hier eerder niet mee eens. (zie tabel 4)

Ik stuur steeds naar dezelfde persoon door	Eens	Niet eens
Diëtiste	14	7
Verpleegkundige	13	9
Psychologe	10	11
Kinesist	7	14
Maatschappelijk werker	5	9
Specialist	5	15
Ergotherapeut	1	11

Tabel 4 - Verwijzingen naar dezelfde persoon

Wanneer we voor deze stelling een vergelijking maken tussen solopraktijken en groepspraktijken, blijkt dat artsen werkend in een groepspraktijk doorgaans naar dezelfde diëtist verwijzen, terwijl de solo artsen vaker variëren.

Met de stelling of de artsen voldoende op de hoogte zijn van de specifieke medische interesses/subspecialisaties van de verschillende paramedici om doelgericht door te verwijzen voor een specifiek probleem blijkt de helft het eerder eens of helemaal eens te zijn (n=13). Tien artsen zijn het hier niet mee eens, waarvan 3 artsen helemaal niet eens en 7 artsen eerder niet eens. Wanneer de verdeling per leeftijdscategorie bekijken zien we dat 10 van de 12 artsen die eerder eens hebben aangeduid zich in de 50+ leeftijdscategorie bevinden, terwijl alle artsen die eerder niet eens of helemaal niet eens alleen 50 jaar of jonger zijn. Het blijkt dan ook dat er een correlatie is tussen het aantal jaren dat de arts al als huisarts werkzaam is en het

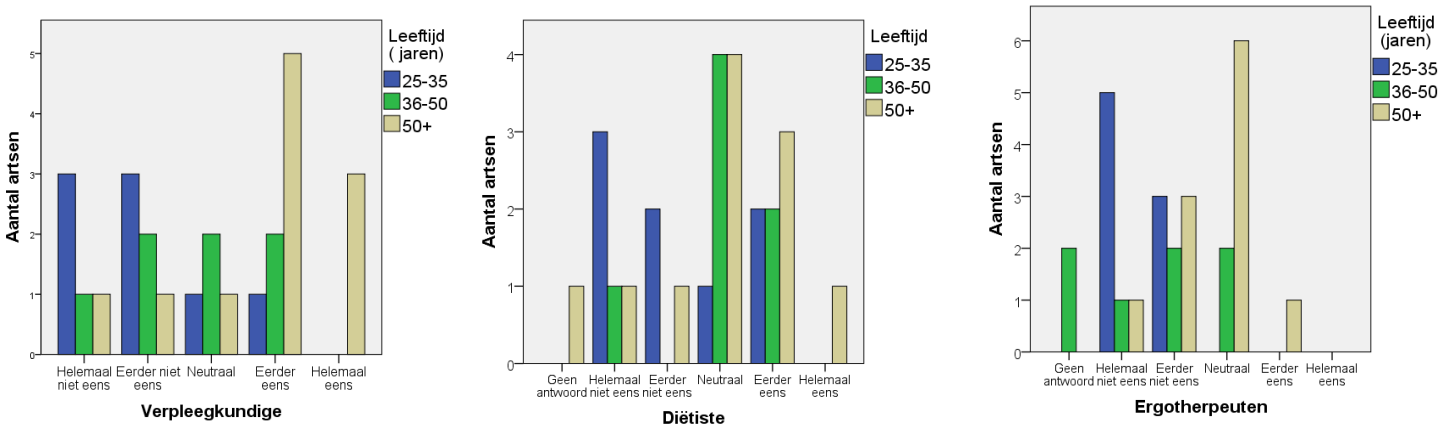
kennen van de subspecialisaties/competenties van de hulpverlener. De spearman's rho correlatie coëfficiënt bedraagt 0,542 en heeft een p-waarde van 0,004.

Wanneer we dit meer in detail bekijken zien we dat de meerderheid aangeeft de subspecialisaties/competenties van ergotherapeuten en maatschappelijk werkers niet te kennen. Terwijl dit voor specialisten, kinesisten en psychologen wel zo is. (zie onderstaande tabel 5)

Ik ken de subspecialisaties/competenties van:	**Eens**	**Niet eens**
Specialist	19	4
Kinesist	16	7
Psychologe	14	9
Verpleegkundige	11	11
Diëtiste	8	9
Maatschappelijk werker	1	16
Ergotherapeut	1	17

Tabel 5 - subspecialisaties/competenties

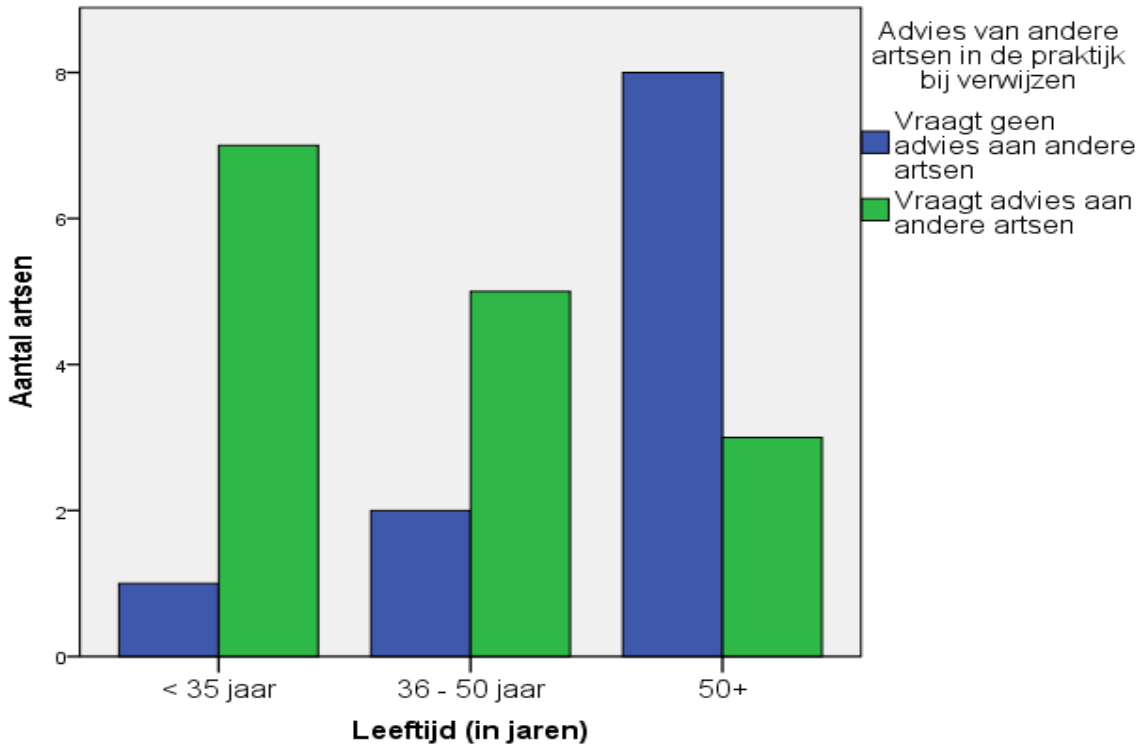
Opvallend is dat oudere artsen eerder aangeven de subspecialisaties/competenties van verpleegkundigen, diëtisten en ergotherapeuten te kennen dan de jongere artsen(zie figuur 2).



Figuur 2 - Het kennen van de subspecialisaties/competenties i.f.v. leeftijd

Er bestaat een significant verband tussen het regelmatig verwijzen naar een ergotherapeut en het kennen van zijn subspecialisaties. De spearman's rho correlatie coëfficiënt is 0,618, met een p-waarde van 0,001. Voor andere hulpverleners vinden we geen significante correlatie. Artsen die aangeven weinig naar een ergotherapeut door te verwijzen, zoals in tabel 3 werd weergegeven is dit de meerderheid, zullen ook vaker antwoorden dat ze de competenties hiervan niet kennen.

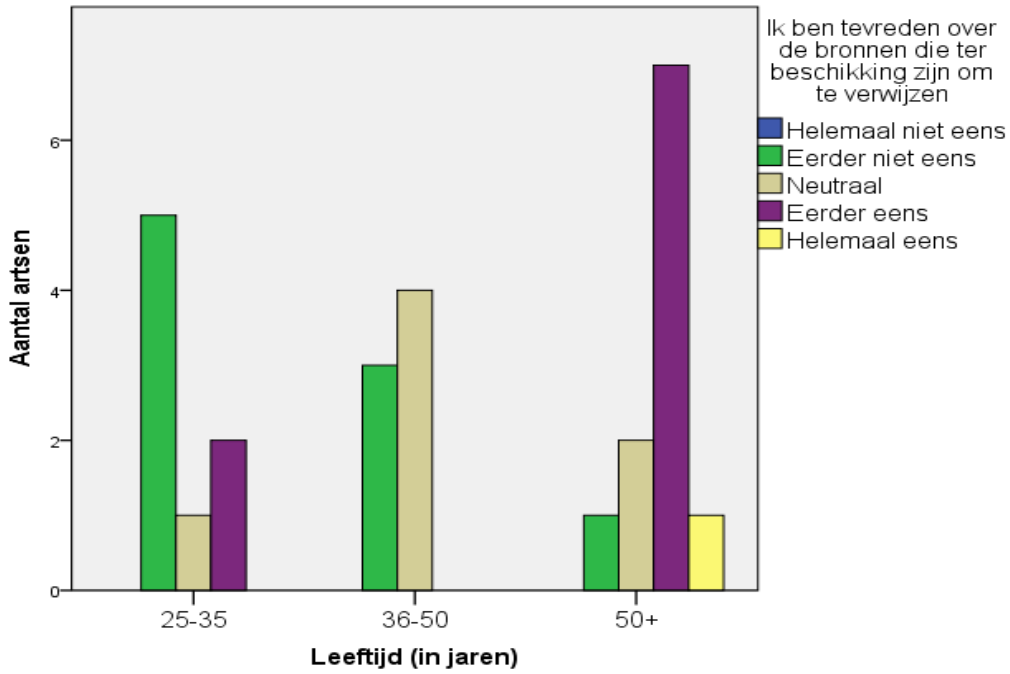
Naast het huidig verwijsgedrag is er navraag gedaan naar waar huisartsen zich bij het verwijzen op baseren en welke bronnen ze bij het verwijzen gebruiken. Uit de bevraging blijkt dat 24 van de 26 artsen zijn verwijzingen baseert op eigen ervaringen met hulpverleners. Daarnaast wordt er vaak advies gevraagd betreffende een verwijzing aan een collega binnen de praktijk (n=15) of beschikt de arts over een eigen sociale kaart (n=13). Het advies van een collega arts wordt voornamelijk door de jongere artsen gevraagd (zie figuur 3). Negen van de ondervraagden maakt bij het verwijzen gebruik van Google of andere zoekmachines, terwijl slechts twee artsen gebruik maken van specifieke websites zoals mediwacht of de sociale kaart. Vijf artsen maken gebruik van een kaartenbakje.



Figuur 2 - Advies aan collega-arts vragen i.f.v. leeftijd

Bij de stelling 'Ik ben tevreden over de bronnen die ter beschikking zijn om te verwijzen', liepen de antwoorden erg uiteen. Wanneer we de groepen echter per leeftijd bekijken zien we dat de groep van 50+ het overwegend eens is met deze stelling, terwijl de artsen in de leeftijdsgroep 25-35 jaar overwegend 'eerder niet

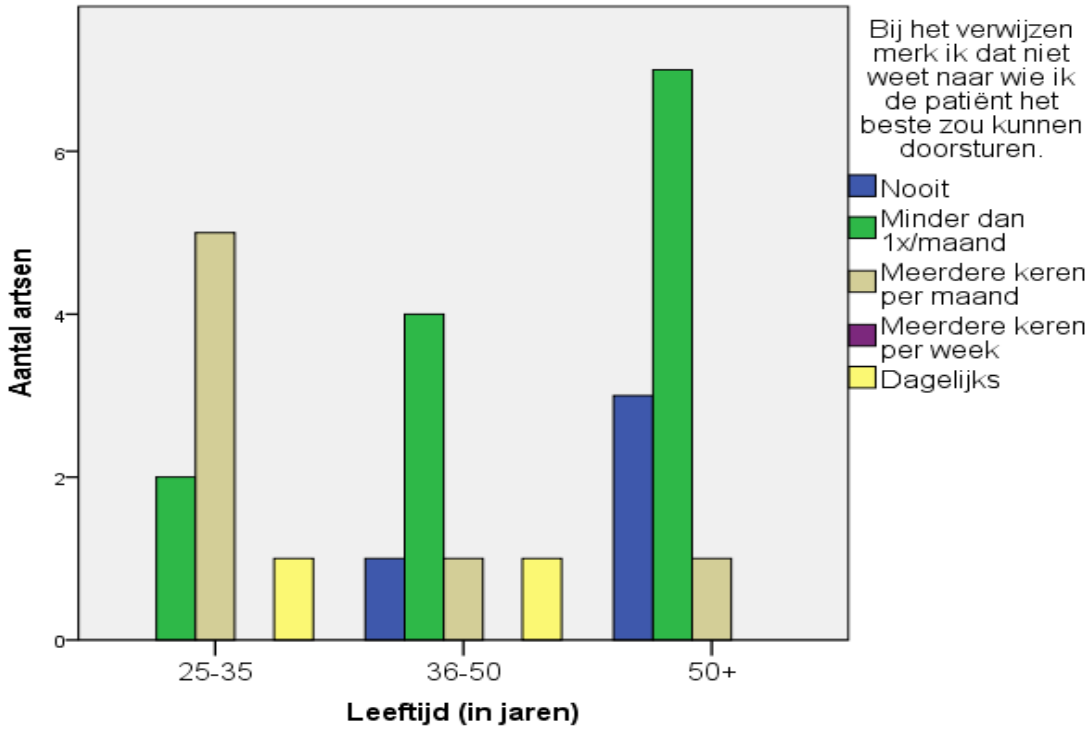
eens' aanduiden. (zie figuur 4). Er blijkt dan ook een positieve spearman's rho correlatie van 0,589 te bestaan tussen het aantal jaren praktijkvoering als huisarts en het tevreden zijn over de bronnen (p-waarde van 0,001).



Figuur 3 - Tevredenheid over de beschikbare verwijsbronnen i.f.v. leeftijd

Het merendeel van de artsen gaf aan dat de kwaliteit van zijn of haar praktijkvoering minder dan een keer per maand lijdt onder het gebrek van informatie over andere hulpverleners uit de regio. Er bestaat een significante negatieve correlatie tussen het aantal jaren dat een arts werkzaam is en hoe vaak de kwaliteit van praktijkvoering lijdt onder een gebrek aan informatie. (spearman's rho correlatie coëfficiënt -0,446, p-waarde van 0,022). Daarnaast blijkt ook dat artsen die de competenties/subspecialisaties niet kennen ook vaker aangeven dat ze aan kwaliteit inboeten. De spearman's rho correlatie coëfficiënt bedraagt hier -0,464, met een p-waarde van 0,017.

Het merendeel van de studiepopulatie gaf aan dat ze minder dan 1x per maand (n=13) of nooit (n=4) merkten dat ze niet wisten naar wie ze de patiënt het beste zouden kunnen doorsturen. Slechts twee artsen gaven aan dat ze dagelijks met dit probleem werden geconfronteerd. Wel blijkt er een significante negatieve correlatie te bestaan tussen het aantal jaren dat de ondervraagde arts werkzaam is en hoe vaak de arts merkt dat hij niet weet naar wie hij/zij de patiënt het best zou kunnen doorsturen. (spearman's rho correlatie coëfficiënt van 0, 646, en een p-waarde van 0,000) (zie figuur 5). Daarnaast blijkt dat er een significante (p-waarde 0,026) negatieve spearman's rho correlatie coëfficiënt van -0,435 is tussen hoe vaak een arts verwijsproblemen heeft en de tevredenheid over de beschikbare verwijsbronnen.



Figuur 4 - Verwijsmoeilijkheden i.f.v. leeftijd

De ondervraagde huisartsen hebben bij het verwijzen vooral moeilijkheden bij patiënten met verslavingsproblematiek, psychische problemen of socio-economische problemen. (zie tabel 6)

Verwijs moeilijkheden bij patiënten met	n
Verslavingsproblematiek	15
Psychische problemen	11
Socio-economische problemen	10
Fysieke	7
Sportletsels	2
Chronische zorg	2
Subspecialisaties kine	1

Tabel 6- Verwijsmoeilijkheden per problematiek

Volgens een grote meerderheid is er nood aan een duidelijk overzicht van de verschillende hulpverleners uit de regio. Twaalf artsen waren het hier helemaal mee eens, negen artsen eerder eens. De overgebleven artsen vulden in neutraal te zijn. Dit betekent dat geen enkele arts aangaf het niet eens te zijn met deze stelling. Er is een significante negatieve correlatie tussen het aantal jaren beroepsuitoefening van de arts en de nood aan een duidelijk overzicht van de verschillende hulpverleners (spearman's rho correlatie coëfficiënt van -0,583; p: 0,002).

Dit overzicht van de verschillende hulpverleners in de regio zou volgens 22 van de 26 ondervraagden best in de vorm van een website gegoten worden. Twaalf artsen geven aan dat zij graag een boekje op zakformaat zouden willen. Vijf artsen zouden hier graag bijscholing over krijgen.

De drie belangrijkste gegevens die in deze vragenlijst zouden moeten staan zijn volgens de ondervraagde artsen competenties/specialisaties van de hulpverleners, de bereikbaarheid en de beoogde doelgroep. (zie tabel 7)

Gegevens van hulpverlener	Eens	Niet eens
Voor welke doelgroep	24	0
Bereikbaarheid	23	0
Competenties/specialisaties	23	1
Zorgvisie	18	2
Kosten voor de patiënt	17	3
Opleidingen	14	6
Eerst mogelijke afspraak	12	5

Tabel 7 - Benodigde gegevens in verwijsinstrument

Een persoonlijke ontmoeting met de verschillende hulpverleners, waarbij de hulpverleners zijn competentie uitlegt is voor de overgrote meerderheid een meerwaarde (n=20). De meeste huisartsen geven aan hier ook daadwerkelijk tijd voor willen vrij maken (n=16).

4.2.2 Interviews

Voor de vier geïnterviewde artsen houdt verwijzen een soort ondersteuning in bij het stellen van een diagnose of het opstarten van behandelingen, wanneer het probleem niet meer in eigen beheer kan worden opgelost. Dit gebeurt bij allen verschillende keren per dag.

De contactgegevens worden door de twee startende huisartsen vaak aan een collega gevraagd. De arts die reeds langere tijd in het huisartsenberoep zit geeft aan specifieke websites, goudengids of een eigen sociale kaart te gebruiken. Een 61-jarige arts geeft aan dat de meeste contactgegevens in zijn hoofd zitten, anders maakt hij gebruik van google. Vanwege zijn jaren ervaring kent hij de bekwaamheden en flexibiliteit van de hulpverleners uit de regio.

Betreffende het verwijzen naar tweede lijn wordt door twee artsen de site van het ziekenhuis gebruikt als verwijs-instrument. De hulpverleners uit de eerste lijn worden vaak gevonden met behulp van internet zoekmachines, specifiekere websites, goudengids, advies van een collega of vanuit eigen ervaringen. Drie van de vier

artsen geven aan dat verwijzingen naar eerste lijn voornamelijk afhangen van ervaringen.

Wanneer we de problemen bij verwijzen bevragen geven de 3 jongste artsen aan dat ze de subspecialisaties van de verschillende hulpverleners uit hun regio niet genoeg kennen. De oudere arts geeft aan enkel problemen te ondervinden wanneer de patiënt zelf geen reden ziet in de verwijzing. Hij geeft het volgende aan: '*Nood breekt wet. Indien je de uiterst geschikte persoon niet kunt/weet te vinden moet je de patiënt verwijzen naar de best beschikbare hulpverlener*.' Een arts uit Turnhout geeft aan veel gebruik te maken van de portaalsite van de huisartsenvereniging Turnhout. Hier zijn heel wat adressen van kinesisten, verpleegkundigen etc. te vinden, maar geen ervaringen of specialisaties. Er zijn heel wat extra details nodig om dit tot een ideaal verwijsinstrument te maken. Daarnaast zou het up-to-date moeten blijven.

Bij de vraag wat de artsen in de toekomst zou kunnen helpen optimaal te verwijzen wordt unaniem gekozen voor een website, met hierop de verschillende subspecialisaties. Een arts geeft aan '*Een up-to-date lijst van alle hulpverleners in de regio Geel*' nodig te hebben bij het verwijzen. Een website is volgens drie van de vier artsen het gemakkelijkst up-to-date te houden en geniet daarom de voorkeur. Daarnaast wordt een website ook als toegankelijk en snel beschouwd, waardoor het eenvoudig is gegevens tijdens een consultatie te zoeken.

De artsen geven aan dat verwijzingen heel regio-gebonden zijn, daarom lijkt hen extra verwijsondersteuning in de basisopleiding enkel nuttig vanaf het moment dat je weet waar je, je gaat vestigen. Een van de ondervraagde die haar opleiding in Leuven heeft gevolgd, geeft aan in het zevende jaar van haar basisopleiding een netwerkstage, een kijkstage bij regionale hulpverleners, te hebben gedaan. Dit heeft volgens haar enkel zin als je ook in die regio begint met je praktijk. Daarom lijkt het haar zinvoller om deze te laten plaatsvinden in de Haio-jaren, wanneer je weet waar je gaat starten. Een andere arts vermeldt dat tijdens de IPSIG-week in Antwerpen meer aandacht mag worden besteed aan de verschillende subspecialisaties per discipline.

5 Discussie

5.1 Fase I: literatuuronderzoek

Bij een interventie om het verwijsgedrag van huisartsen te verbeteren blijkt het essentieel dat de lokale zorgverleners betrokken worden bij opstellen ervan. Deze conclusie werd getrokken in een cochrane-review die 17 verschillende studies heeft verwerkt, wat de bewijskracht enkel ten goede komt. De verwijsrichtlijnen die in deze review behandeld worden richten zich echter meer op het moment van doorverwijzen, de zogenaamde verwijsdrempel, dan op de vraag naar wie dan juist moet worden doorverwezen. Toch kan deze bevinding mogelijk ook worden doorgetrokken naar de onderzoeksvraag die in deze studie wordt behandeld.

Uit dit onderzoek komen twee interventies naar voren die ontwikkeld werden om het gericht verwijzen te optimaliseren. Beide interventies zien er veelbelovend uit, maar kunnen nog geen resultaten wat betreft doeltreffendheid voorleggen. De vraag blijft bovendien of deze interventies werden opgesteld aan de hand van evidentie en of kwaliteitsvereisten die werden teruggevonden in de literatuur. Dit komt bij het onderzoek van McHolm et al. niet duidelijk aan bod. Het ontwikkelde systeem van Einbinder et al. zou zijn ontworpen na literatuuronderzoek naar welke criteria van belang zijn bij het selecteren van een consultant. Daarnaast werd deze lijst van criteria verfijnd aan de hand van interviews met een kleine groep stafleden en artsen aan het Beth Israel Deaconess Medical Center. Bij beide studies is er dus geen onderzoek gedaan naar de relevantie voor de verwijzende arts, in dit geval de huisarts. Beide verwijssystemen werden opgesteld vanuit het standpunt van de specialist en de vraag blijft dan ook of deze hulpmiddelen op maat van de huisarts ontworpen zijn. Maakt de huisarts bijvoorbeeld liever gebruik van een andere vorm van verwijshulp (bv. een map i.p.v. een online database) of vindt hij de informatie die wordt aangeboden relevant? Mogelijk is het raadzaam om bij het ontwikkelen van een verwijssysteem eerst de visie en vereisten van de huisarts mee in rekening te brengen.

In het artikel van Einbinder et al. kon ik geen gegevens vinden over het literatuuronderzoek en kon ik verder ook geen gegevens vinden over de interviews. De vraag stelt zich dan ook of we veel waarde kunnen hechten aan deze gegevens. Stemmen deze criteria wel overeen met wat een huisarts bij een verwijzing als nuttig ervaart?

Bij het onderzoek van McHolm et al. wordt er zelfs niets over literatuuronderzoek/interviews gemeld.

De vraag blijft dus momenteel wat de verwachtingen van de huisarts zijn bij het opstellen van een verwijsrichtlijn. Spijtig genoeg is er voorlopig nog geen feedback over o.m. de efficiëntie en gebruiksvriendelijkheid van deze ontwikkelde systemen.

Een uitdaging voor de toekomst blijkt dus het onderzoeken van de factoren die voor de huisarts van belang zijn en deze te integreren in dergelijke systemen. Verder moet er ook werk gemaakt worden van het peilen naar resultaten van de opgestelde systemen d.m.v. bijvoorbeeld enquêtes, interviews en verwijsgegevens. Op lange termijn zou men zelfs kunnen denken aan de mogelijkheid van een grootschalige toepassing waarbij op stedelijk, provinciaal of zelfs nationaal niveau een verwijsrichtlijn wordt ontworpen, opgesteld door specialisten en rekening houdend met de verwachtingen van de huisarts. Om deze projecten daadwerkelijk realiseerbaar te maken zou er al personeel in dienst genomen moeten worden, zoals bij het onderzoek van McHolm et al.

We kunnen ons ook afvragen of een beter begrip van de functie en bekwaamheden van elke zorgverlener de huisarts niet al een heel eind op weg zou kunnen helpen naar een betere verwijzing.

De studies van Suter et al. en Rice et al. toonden inderdaad aan dat een beter begrip van elkaars beroep en functie leidt tot een betere samenwerking. De interventie die hierbij onderzocht werd door Rice et al, waarbij elk personeelslid werd aangemoedigd om zichzelf bij elk contact met een andere zorgverlener grondig voor te stellen, bleek door tijdsgebrek en werkdruk niet efficiënt. De oorzaak is echter erg persoonsafhankelijk aangezien het stafhoofd van elke dienst deze interventie als het ware moest 'promoten' bij zijn collega's. Bij de studie van Suter et al. werd slechts een arts ondervraagd.

Misschien dat huisartsen gerichter verwijzen indien ze op regelmatige basis een aantal zorgverleners uit de regio zouden ontmoeten, zodat ze beter op de hoogte zijn van elkaars beroep. Dit idee zou, in dezelfde lijn als bovenvermelde onderzoeken, tot een gerichter verwijsgedrag leiden. Spijtig genoeg zou het waarschijnlijk ook met dezelfde beperkingen te kampen hebben; de huidige werkdruk staat deze ontmoetingsmomenten in de weg en het gebrek aan een vergoeding voor interdisciplinair vergaderen werkt ook niet bevorderend.

5.2 Fase II: Beschrijvend onderzoek

5.2.1 Enquête

De vragenlijst toont dat huisartsen vaak verwijzen naar specialisten, kinesisten en verpleegkundigen. Ergotherapeuten of maatschappelijk werkers worden slechts sporadisch ingeschakeld. De competenties of subspecialisaties van de hulpverleners zijn over het algemeen best gekend bij die hulpverleners waar vaak naar verwezen wordt en omgekeerd. Er kan echter enkel voor ergotherapeuten een significant verband worden aangetoond. De vraag blijft hier ook welke van beide gegevens aan de basis ligt van het verband. Verwijzen huisartsen weinig naar een ergotherapeut omdat ze zijn competenties niet kennen of kennen ze de competenties niet, omdat ze er weinig gebruik van maken? Mogelijk gaat het hier niet om een duidelijke oorzaak-gevolg sequentie, maar eerder om een vicieuze cirkel. Dit is ook toepasbaar bij de beter gekende hulpverleners. Door vaak te verwijzen naar specialisten, leer je meer over de verschillende subspecialisaties, waardoor je nog meer en gerichter kan gaan verwijzen in de toekomst.

Uiteraard spelen er nog meer factoren een rol. Zo is het aanbod aan specialisten en kinesisten ook uitgebreider, terwijl er bv. maar enkele diëtisten in de omgeving van Geel werken. Artsen zullen dan ook sneller geneigd zijn om steeds naar dezelfde diëtiste te verwijzen. Toch blijkt dit vooral zo in de leeftijdscategorie 25-35j, terwijl oudere huisartsen toch vaker aangeven naar verschillende diëtisten te verwijzen. Ervaring blijkt dus ook een erg belangrijke factor bij het verwijzen. Verder wordt er in groepspraktijken vaker naar dezelfde diëtiste verwezen dan in solopraktijken. Mogelijk wordt dit grotendeels verklaard door het leeftijdseffect, jonge artsen werken vnl. in een groepspraktijk, al is het ook mogelijk dat er in bepaalde groepspraktijken een vaste diëtiste werkt, waar steeds naar verwezen wordt.

Een conclusie uit dit onderzoek is dat artsen duidelijk niet op de hoogte zijn van de competenties/subspecialisaties van bepaalde disciplines. Vooral ergotherapeuten en maatschappelijk werkers scoren heel slecht, maar ook over verpleegkundigen en psychologen bestaat veel onwetendheid. Deze onwetendheid hypothekeert de interprofessionele samenwerking en leidt tot minder gerichte verwijzingen waarbij de patiënt minder goed geholpen wordt. Het blijft dan ook een grote uitdaging voor de toekomst om de kennis over het actuele hulpaanbod in de regio op te schroeven.

Ervaring speelt ook een belangrijke rol in het kennen van de subspecialisaties/competenties van de verschillende hulpverleners uit de regio. Er wordt een significante correlatie genoteerd tussen het kennen van de subspecialisaties/competenties en het aantal jaren werkzaam als huisarts. Daarnaast behoren 10 van de 13 artsen die aangeven de subspecialisaties/competenties te kennen tot de 50+ leeftijdscategorie.

Bij het verwijzen baseert de meerderheid (24/26) van de ondervraagden zich op eigen ervaringen met hulpverleners. De beschikbare specifieke internetbronnen zoals mediwacht of de sociale kaart worden momenteel niet gebruikt. Mogelijk zijn deze bronnen niet gekend of bevatten ze onvoldoende specifieke informatie.

Oudere artsen blijken relatief tevreden over het aanbod van informatie en voelen geen duidelijke nood aan interventie op dit gebied. Men kan zich afvragen of ook deze artsen geen grote meerwaarde zouden ondervinden van een duidelijk overzicht van de verschillende hulpverleners. Want bestaat er bij hen een relatieve tevredenheid over het verwijzen omdat de informatiebronnen uitgebreid en overzichtelijk zijn of juist omdat men door het ontbreken ervan niet op de hoogte is dat sommige verwijzingen gerichter kunnen? Zoals eerder vermeld baseren de meeste artsen zich op eigen ervaringen. Bij oudere artsen zijn de ervaringen rijker. Dit leidt uiteraard tot een uitgebreider netwerk van gekende hulpverleners en meer inzicht in hun capaciteiten, maar heeft ook als risico dat er een vast systeem voor het verwijzen ontstaat dat niet meer in vraag gesteld wordt. Een nieuw verwijsinstrument dat alle gegevens van de hulpverleners uit de regio op toegankelijke wijze groepeert, zou hiervoor een oplossing kunnen bieden.

Het merendeel van de studiepopulatie gaf aan dat ze minder dan 1x per maand (n=13) of nooit (n=4) merkten dat ze niet wisten naar wie ze de patiënt het beste zouden kunnen doorsturen. Slechts twee artsen gaven aan dat ze dagelijks met dit probleem werden geconfronteerd. Uit deze resultaten blijkt dat er relatief weinig verwijsproblemen optreden. De vraag blijft of veel artsen geen tevredenheid nemen met een suboptimale verwijzing. Er is wederom een significant verband met de leeftijd aangetoond, waarbij vooral jonge artsen regelmatig verwijsproblemen aangeven. Zoals verwacht zien we ook een significant verband tussen verwijsproblemen en ontevredenheid over de beschikbare bronnen. Het zijn dan ook opnieuw vooral jonge artsen die ontevreden zijn over de beschikbare bronnen en die aangeven dat de kwaliteit van praktijkvoering lijdt onder het gebrek van informatie van hulpverleners uit de regio.

Indien zich verwijsproblemen voordoen, blijkt dit voornamelijk om patiënten met verslavingsproblematiek, psychische problemen of socio-economische problemen te gaan. Niet toevallig zijn psychologen en maatschappelijk werkers, die bij deze problemen een meerwaarde kunnen bieden, disciplines waarvan wordt aangegeven dat de subspecialisaties of competenties onvoldoende gekend zijn. Een beter inzicht in wat deze hulpverleners aanbieden zou een oplossing kunnen bieden voor deze verwijsproblemen. Er werd recent ook op de verwijsproblemen in deze categorieën ingespeeld door het oprichten van het aanmeldingsteam. Zij nemen voor een deel de verwijskeuze over bij psychische en verslavingsproblemen.

Er is nood aan een duidelijk overzicht van de verschillende hulpverleners uit de regio. Dit wordt bevestigd door een grote meerderheid van de ondervraagden, terwijl geen enkele arts aangaf het hier niet mee eens te zijn. Deze nood blijkt duidelijk

hoger te liggen bij artsen in de start van hun carrière dan bij de artsen die al wat langer bezig zijn.

Uit het onderzoek blijkt dat de overgrote meerderheid van de artsen dit verwijsinstrument het liefst in de vorm van een website zou zien. De ondervraagden waren het ook bijna unaniem eens dat deze website per hulpverlener de competenties/subspecialisaties, de bereikbaarheid en de doelgroep moet bevatten. De meerderheid van de artsen zou hier ook iets willen terugvinden over de kostprijs, de zorgvisie en de opleidingen van de hulpverlener.

Aanvullend ziet een overgrote meerderheid van de artsen ook een oplossing in een rechtstreekse ontmoeting met de verschillende hulpverleners en zouden ze daar ook effectief tijd voor vrijmaken. Een dergelijke ontmoeting helpt vooral om meer inhoudelijk inzicht te geven in de verschillende beroepen. Het lijkt onmogelijk om een ontmoeting te regelen met elke hulpverlener in de buurt en je loopt hierdoor het risico hulpverleners te missen.

5.2.2 Interviews

Net als de enquêtes tonen de interviews dat de contactgegevens door jonge artsen vaak aan een collega worden gevraagd. En wederom wordt aangegeven dat ervaring bij het verwijzen erg belangrijk is.

De site van het ziekenhuis blijkt vaak voldoende ondersteunend bij verwijzingen naar tweede-lijn. Omtrent verwijzingen naar eerste lijn blijkt dat er momenteel nog geen gebruik gemaakt wordt van een specifiek verwijs-instrument, maar blijken vooral de jonge artsen nog zoekende hiernaar.

Er zijn veel websites die dit trachten, zoals de sociale kaart en de portaal site van de huisartsenvereniging in Turnhout. Helaas blijken deze nog niet voldoende ondersteunend in het verwijzen door een gebrek aan gegevens betreffende de subspecialisaties. Daarnaast zijn deze websites nog niet op grote schaal geïntegreerd bij de huisartsen.

Toekomstgericht blijkt uit de resultaten dat er nood is aan een website met hierop de verschillende subspecialisaties. Deze moet toegankelijk, snel en up-to-date zijn, wat met een website het beste te realiseren valt.

Extra aandacht aan verwijzen in de basisopleiding kan nuttig zijn indien de arts weet in welke regio hij zich gaat vestigen. Het kan inderdaad een goed idee zijn om verspreid over de haio-jaren een soort netwerkstage te doen of eventueel een aantal gesprekken met hulpverleners uit de regio te hebben. Ook denk ik dat een eventuele IPSIG 2, die meer op de subspecialisaties gericht is, nuttig kan zijn in de huisartsenopleiding.

4.2.3 Beperkingen van het beschrijvend-onderzoek

Er werden in dit onderzoek heel wat significante verbanden aangetoond. Daarnaast was er een mooie verdeling van de studiepopulatie op verschillende gebieden (leeftijd, geslacht en groep/solo-praktijken). Dit gaf een goede weerspiegeling van de werkelijke samenstelling van de huisartsen in de regio Geel. Toch kampte dit onderzoek met enkele beperkingen.

De studiepopulatie, zowel in de enquête als in de interviews, heeft een beperkte grootte. Bij een grotere populatie zouden er sterkere en waardevollere verbanden kunnen worden aangetoond.

Bij het verwerken van de interviews werden de resultaten slechts door een persoon geanalyseerd en werd er geen gebruik gemaakt van een specifiek analysepatroon. Dit maakt dat de resultaten minder betrouwbaar zijn.

5.3 De ingrediënten van het verwijsrecept

De basis van een goed verwijsgedrag start bij de basisopleiding. Ideaal gezien zouden in de opleiding van huisartsen de subspecialisaties van de verschillende hulpverleners meer aan bod moeten komen. Door de subspecialisaties van de verschillende disciplines beter te begrijpen, weet je hoe je voor een bepaald probleem gericht kunt verwijzen. Dit kan eventueel gebeuren door een IPSIG-2 in de haio-jaren, of bezoeken aan regionale tweede lijn.

Daarnaast is er natuurlijk het regio-gebonden aspect, waarvoor een verwijsinstrument voor alle hulpverleners uit de regio een uitkomst zou kunnen bieden. Uit het literatuuronderzoek, de enquête en de interviews blijkt dat dit het best de vorm heeft van een website. Hierop zouden zeker de contactgegevens, discipline en subspecialisatie moeten staan. Daarnaast is ook de doelgroep van groot belang voor veel artsen. De meerderheid van de artsen zien hier ook graag de kostprijs, de zorgvisie en de opleidingen van de hulpverlener in terugkomen. De interviews maken duidelijk dat de website up-to-date, toegankelijk en snel moet zijn.

Akbari et al. gaven aan dat een verwijsinstrument enkel kans van slagen heeft als de regionale hulpverleners bij de opzet hiervan worden betrokken.

Al deze gegevens geven een in theorie eenvoudig op te zetten strategie. De regionale wachtkring zou het initiatief kunnen nemen om een website op te richten waarop lokale hulpverleners zich kunnen aanmelden en gegevens over zichzelf kunnen plaatsen. Dit zou ook landelijk kunnen worden georganiseerd. Er zou een

standaardsite ontwikkelt kunnen worden, die door de lokale wachtkring gecoördineerd wordt. Op deze site zouden dan regionale hulpverleners zelf het initiatief kunnen nemen om hierop hun contactgegevens, subspecialisaties, de kostprijs, zorgvisie, doelgroep en hun opleidingen te zetten. Doordat de regionale hulpverleners zelf hun gegevens moeten beheren, blijft deze informatie up-to-date. Ideaal gezien zou je moeten kunnen zoeken per discipline, maar ook per subspecialisatie of doelgroep. En eventueel ook per ziekte/aandoening.

6 Conclusie

Het blijkt dat er in de literatuur nog weinig onderzoeken zijn gedaan naar welke interventies het gericht verwijzen kunnen optimaliseren. Er is in de literatuur niets teruggevonden over verwijsinterventies specifiek voor eerstelijns zorgverleners. Wel kwam naar voor dat een beter begrip van de functie en bekwaamheden van elke zorgverlener artsen al een heel eind op weg zou kunnen helpen naar een betere verwijzing. Dit kan door een IPSIG-2 in de haio-jaren of door een ontmoeting met regionale hulpverleners.

Uit onderzoek bleek dat een verwijsinterventie meer kans op succes had als de lokale hulpverleners eraan meewerken. Om tot een juiste interventie te komen moest er eerst nog worden onderzocht wat huisartsen nodig hebben om het verwijzen gerichter te maken.

Vanuit deze optiek hebben we in dit onderzoek gewerkt met vragenlijsten en interviews om tot een beter beeld te komen van het verwijsgedrag van de huisarts in de regio Geel.

De huisartsen uit deze regio baseren zich bij het verwijzen momenteel vooral op eigen ervaringen en advies van collega's. Voornamelijk jonge artsen weten onvoldoende over de subspecialisaties en competenties van verschillende hulpverleners, zoals psychologen, maatschappelijk werkers en ergotherapeuten. Vooral jonge artsen geven aan dat ze ontevreden zijn over de huidige informatiebronnen, dat ze onvoldoende op de hoogte zijn van de competenties van bepaalde zorgverleners en dat ze binnen een discipline vaak naar dezelfde hulpverlener doorverwijzen. Het zijn ook eerder jonge artsen die vinden dat de kwaliteit van hun praktijkvoering lijdt onder het gebrek aan informatie.

De ondervraagde huisartsen waren het erover eens dat er nood is aan een duidelijk overzicht van de verschillende hulpverleners in de regio Geel. Nu we een beter beeld hebben van het verwijsgedrag en de verwachtingen van de huisartsen uit de regio, is het opstellen van zo'n verwijsinstrument momenteel de belangrijkste doelstelling. Uit het onderzoek leren we dat er daarbij best gebruik wordt gemaakt van een website, waarbij per hulpverlener de subspecialisaties/competenties, de bereikbaarheid, de doelgroep, de kostprijs, de zorgvisie en de opleidingen worden weergegeven. Daarnaast is het erg belangrijk dat deze informatie up-to-date blijft.

Dergelijk verwijsinstrument zou leiden tot een beter inzicht in de competenties van de verschillende zorgverleners en tot een kwaliteitsvollere verwijsstrategie.

7 Dankwoord

Ik zou graag enkele mensen willen bedanken die een belangrijke rol hebben gespeeld in het tot stand komen van mijn masterproef. Eerst en vooral mijn promotoren Hilde Bastiaens en Hilde Philips en mijn begeleider Giannoula Tsakitzidis willen bedanken voor al hun hulp. Daarnaast zou ik ook graag mijn man, Wim Schippers willen bedanken en mijn praktijkopleider Jos Geukens.

8 Referenties

1. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2009(3):CD000072.

2. Tsakitzidis G, Van Royen P. Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg: Standaard Uitgeverij; 2012. 174 p.

3. De Sociale Kaart. Available from: www.desocialekaart.be.

4. Mediwacht. Available from: www.mediwacht.be.

5. Kinchen KS, Cooper LA, Levine D, Wang NY, Powe NR. Referral of patients to specialists: factors affecting choice of specialist by primary care physicians. Ann Fam Med. 2004;2(3):245-52.

6. Einbinder JS, Klein DA, Safran CS. Making effective referrals: a knowledge-management approach. Proc AMIA Annu Fall Symp. 1997:330-4.

7. McHolm G, Obeid J, Karson TH, Sato L, Schaffer JL, Greenes RA. Facilitating physician referrals on the World Wide Web: representation and appropriate utilization of clinical expertise. Proc AMIA Annu Fall Symp. 1996:724-8.

8. Rice K, Zwarenstein M, Conn LG, Kenaszchuk C, Russell A, Reeves S. An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: a comparative qualitative study. J Interprof Care. 2010;24(4):350-61.

9. Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. J Interprof Care. 2009;23(1):41-51.

10. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. Cochrane Database Syst Rev. 2008(4):CD005471.

9 Bijlage 1 – Vragenlijst

1. Huisarts / Haio
2. Aantal jaren werkzaam als huisarts:
3. Leeftijd: 25-35 / 36-50 / 51-65 / 65+
4. Geslacht: man/vrouw
5. Soort praktijk: Solo / Duo / Groep

6. Bij het verwijzen maak ik gebruik van (meerdere antwoorden mogelijk):
    a. Kaartenbakje
    b. Een eigen 'sociale kaart' van de praktijk
    c. Eigen ervaringen met andere hulpverleners
    d. Sociale kaart van het OCMW
    e. Specifieke websites zoals mediwacht/sociale kaart
    f. Google of andere zoekmachines
    g. Advies van andere artsen in de praktijk
    h. Andere…….

7. Ik ben tevreden over de bronnen die ter beschikking zijn om te verwijzen:
    a. Helemaal niet eens
    b. Eerder niet eens
    c. Neutraal
    d. Eerder eens
    e. Helemaal eens

8. Bij het verwijzen merk ik dat ik niet weet naar wie ik de patiënt het beste zou kunnen doorsturen.
    a. Nooit
    b. Minder dan 1x/maand
    c. Meerdere keren per maand
    d. Meerdere keren per week
    e. Dagelijks

9. De zin *'It's easy to get stuck in a box'* is bij mij van toepassing op mijn verwijsgedrag.
        a. Helemaal niet eens
        b. Eerder niet eens
        c. Neutraal
        d. Eerder eens
        e. Helemaal eens

10. Dat ik niet weet naar wie ik kan verwijzen, komt het meest voor bij patiënten met (meerdere antwoorden mogelijk) :
    a. Psychische problemen
    b. Socio-economische problemen
    c. Fysieke handicap/thuiszorgbehoevendheid
    d. Verslavingsproblematiek
    e. Sportletsels
    f. Chronische zorg
    g. Andere:.....

11. Ik ben voldoende op de hoogte van de specifieke medische interesses/subspecialisatie van de verschillende paramedici om doelgericht door te verwijzen voor een specifiek probleem.
    a. Helemaal niet eens
    b. Eerder niet eens
    c. Neutraal
    d. Eerder eens
    e. Helemaal eens

12. De kwaliteit van mijn praktijkvoering lijdt onder het gebrek aan informatie over andere hulpverleners in de regio.
    a. Nooit
    b. Minder dan 1x/maand
    c. Enkele keren per maand
    d. Wekelijks
    e. Dagelijks.

13. Er is nood aan een duidelijk overzicht van de verschillende hulpverleners in onze regio.
    a. Helemaal niet eens
    b. Eerder niet eens
    c. Neutraal
    d. Eerder eens
    e. Helemaal eens

14. Wat is voor u de meerwaarde van een persoonlijke ontmoeting met de verschillende hulverleners, waarbij de hulpverlener zijn competentie uitlegt. Geef een cijfer op een schaal van 0 tot 10. 0 is hierbij absoluut geen meerwaarde, 10 een absolute meerwaarde.
    a. 0
    b. 2-3
    c. 4-5
    d. 6-7
    e. 8-9
    f. 10

15. Ik zou tijd vrijmaken voor een persoonlijke ontmoeting met de verschillende hulpverleners, waarbij de hulpverlener zijn competentie uitlegt.
    a. Helemaal niet eens
    b. Eerder niet eens
    c. Neutraal
    d. Eerder eens
    e. Helemaal eens

16. Een duidelijk overzicht van de verschillende hulpverleners in onze regio zou voor mij het best de vorm hebben van:
        a. Een website
        b. Een boekje op zakformaat
        c. Telefoonboek
        d. Kaartje
        e. Bijscholing
        f. Andere:……..

17. In dit overzicht zou van iedere hulpverlener het volgende moeten staan:
Kruis aan in de tabel

	Helemaal niet eens	Eerder niet eens	Neutraal	Eerder eens	Helemaal eens
Zorgvisie					
Bereikbaarheid					
Eerst mogelijke afspraak					
Kosten voor de patiënt					
Competenties / specialisaties					
Opleidingen					
Voor welke doelgroepen actief					

18. Ik verwijs regelmatig door naar de volgende disciplines:

	Helemaal niet eens	Eerder niet eens	Neutraal	Eerder eens	Helemaal eens
Verpleegkundige					
Kinesist					
Psychologe					
Diëtiste					
Maatschappelijk werker					
Ergotherapeuten					
Specialist					
Andere……..					

19. Wanneer ik naar de volgende personen doorstuur, dan zijn dat steeds dezelfde personen (bijv. steeds dezelfde kinesist) ongeacht het probleem waarvoor ik doorstuur.

	Helemaal niet eens	Eerder niet eens	Neutraal	Eerder eens	Helemaal eens
Verpleegkundige					
Kinesist					
Psychologe					
Diëtiste					
Maatschappelijk werker					
Ergotherapeuten					
Specialist					
Andere……..					

20. Ik ken de subspecialisaties /competenties van de onderstaande hulpverleners in onze regio. Kruis aan in de onderstaande tabel.

	Helemaal niet eens	Eerder niet eens	Neutraal	Eerder eens	Helemaal eens
Verpleegkundige					
Kinesist					
Psychologe					
Diëtiste					
Maatschappelijk werker					
Ergotherapeuten					
Specialist					
Andere……					

10 Bijlage 2 – Draaiboek interview

DRAAIBOEK : interview verwijzen in de eerste lijn

Onderzoeksvraag: Welke interventies kunnen het gericht verwijzen optimaliseren?

Opname apparatuur AAN? GSM AF?

1. **Inleiding**

Ik zou u even willen vragen terug te denken aan de afgelopen week.

1. Wat is verwijzen voor u?	Voor therapie: Psycholoog, kine, … Voor zorg: Verpleegkundige, .. Aanpassing woning: sociaal werkster, ergotherapeut, … Voor labo-onderzoeken Voor technische onderzoeken: RX, … Voor medicatie: …	Alles dat met voorschriften te maken heeft ?
2. Hoe vaak heb jij de afgelopen week patiënten moeten verwijzen?	Meer dan 5 keer per week Meer dan 20 keer per week	Voorschriftboekje veel gebruikt?
3. Naar welke disciplines heeft u vooral doorgestuurd?	Eerstelijn collega's Tweede lijn collega's	
4. Waar vind jij hun contactgegevens om aan de patiënten te bezorgen?		Collega Internet Sociale kaart

1. **Moeilijkheden bij verwijzen**

Ik zou u even willen vragen terug te denken aan patiënten waarbij u moeilijkheden ondervond bij het verwijzen.

1. Welke problemen heb je al ondervonden bij verwijzen? En komt dat vaak voor?	Juiste persoon Instantie Contactgegevens Niet weten waar je terecht kan met een bepaalde vraag?	
2. Wat maakte het voor u moeilijk om deze patiënt correct te verwijzen?	Kon u de juiste persoon/instantie niet vinden?Hoe kwam dit? Of had het eerder te maken met e juiste kennis van de pathologie? En de benodigde therapie? Waren de specifieke interesses/subspecialisaties van die bepaalde discipline niet gekend? (bijv. Wist u niet welke kinesist er relaxatie therapie deed? Of welke psycholoog er cognitieve gedragstherapie deed?)	Bereikbaarheid? Onwetendheid? Financieel
3. Hoe hebt u deze patiënt uiteindelijk toch kunnen verwijzen?	Kunt u eens omschrijven hoe u bij de persoon komt naar wie u verwijst? Welke stappen heb je genomen in dit proces? Wat heeft meegespeeld? Indien je de patiënt niet hebt kunnen verwijzen, hoe ben je van	

	plan dit toch te doen? Indien je de persoon toch hebt verwezen, was u dan uiteindelijk tevreden over die verwijzing? Zo nee, welke informatie had tot een betere verwijzing kunnen lijden? Komt u bij het verwijzen altijd tot de meest geschikte persoon? Hoe weet u dat? Bent u op de hoogte van de verschillende subspecialisaties van de zorgverleners binnen een bepaalde discipline?	

1. **Hulpmiddelen bij verwijzen**

1. Wat zijn volgens u de aanwezige hulpmiddelen die u bij het verwijzen kunt gebruiken? En maakt u hier gebruik van?	Welke hulplijnen (sociale kaart/collega enz…) heeft u bij het verwijzen gebruikt? Indien u deze persoon niet direct vindt, hoe zoekt u op naar wie u kunt verwijzen? Kent u de sociale kaart van het OCMW, de website 'desocialekaart.be' of de website van mediwacht? Gebruikt u deze?	Netwerking

1. **De toekomst van verwijzen?**

1. Wat zou jou helpen om optimaal te kunnen verwijzen?	Basisopleiding Bijscholing ICT-programma's Gesprekken	Werd dit in uw basisopleiding aangeleerd? Zo ja, hoe?
2. Wat zou volgens u een ideale verwijs-strategie zijn?	Communicatiemiddel bv. Telefoon, internet, website, sociale kaart Volgorde? Tijdens consult, erna of voor de volgende consultatie Toegankelijkheid van informatie	ENKEL waar informatie!
3. Hoe zou volgens u een ideaal verwijs-instrument er uit zien?	Welke vorm zou het voor u moeten hebben? Welke informatie moet het bevatten?	

11 Bijlage 3 – Artikels

Auteur	Land	Onderzoeks-vraag	Type onderzoek	Methode	Resultaten	Bemerkingen
Akbari A, Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secundary care	Canada	To estimate the effectiveness and efficiency of interventions to change outpatient referral rates or improve outpatient referral appropriateness.	Systematic review	Types of studies: RCTs, CCTs, CBAs en ITSs. Participants: Primary care physicians, Specialist physicians. Studies had to report explicitly that influencing referral was primary objective. Outcome: performance in a health care setting or healt outcome. Search in MEDLINE (search strategy resulted in 924 records), Cochrane (terms: 'refer and consultation'and 'outpatient') and UK National Research register (terms:outpatient and refer) till October 2007. Data collection and analysis: two reviewers indepentdently selected te studies included in the review.	Seventeen studies involving 23 separate comparisons were included. Nine studies (14 comparisons) evaluated professional educational interventions. Ineffective stategies included: passive dissemination of local referral guidelines (two studies), feedback of referral rates (one study) and discussion with an independent medical adviser (one study). Generally effective stragies inluded dissemination of guidelines ith structured referral sheets (four out of five studies) and involvement of consultant in educational activities (two out of three studies). Four studies evaluated organisational interventions (patient management by family physicians compared to general internists, attachement ofaphysiotherapist to general practices a new slot system for referrals and requiring a second 'in-house' opinion prior to referral), all of which were effective. Four studies evaluated financial interventions. Active local educational interventions involving secundary care specialists and stuctured referral sheets are the only interventions shown to impact on referral rates based on current evidence. The effects of 'in house' second opinion and other intermediate primary care based alternatives to outpatient referral appair promising.	Professional educational interventions: Hierbij gaat het eigenlijk alleen om interventies die het verwijzings proces verbeteren op gebied van 'wanneer verwijs ik door' ipv 'naar wie verwijs ik door'. Onder educational activities werden verschillende dingen verstaan: instructie video, training programme, maandelijkse workshop door specialisatie, 2 uur durende educatieve uitleg. Organisational interventions: Idem als educational interventions. Hierbij kijken ze ook vooral naar het verminderen in kosten en het verminderen in onnodig verwijzen ipv naar wie moet ik verwijzen.
Einbinder, J.S, Making effective referrals a knowledge-management		Het ontwerpen van een verwijs-map die artsen kann helpen bij het maken van een juiste	Kwanitatief onderzoek?	Feedback van verwijzende artsen en patiënten. Informatie van de locale hulpverleners (in dit geval specialisten).	Er is een verwijs-map gemaakt met hierin informele kennis (zoals bereikbaarheid, snelste afspraak, zorgvisie, kosten enz.). Voor elk item dat van belang is voor een verwijzing krijgt de specialist een score van 0 tot 1 toebedeeld (bijvoorbeeld kan de patiënt nog dezelfde dag nog door de specialist gezien worden, scoort deze specialist 1 op snelste afspraak, duurt dit langer dan een maand, scoort deze specialist een 0). Vervolgens	Deze verwijs-map is nog Niet praktijk gebracht. Enkel gebaseerd op tweede-lijn. Niet duidelijk waar deze verwijs-map op is gebaseerd.

approach.		verwijzing.			kan de verwijzende arts aan elke factor een waarde toekennen en zo aangeven welke factoren hij bij die verwijzing het belangrijkst vind. De specialist met de hoogste totaalscore is dan de meest geschikte persoon volgens dit systeem.	
Kinchen, K.S, Referral of patients to specialists: factors affecting choice of specialist by primary care physicians.		Factors affecting choice of specialist by primary care physcians.	Kwantitatief onderzoek	een vragenlijst aan 1252 huisartsen	Uit deze vragenlijst bleek dat 88% van de ondervraagde huisartsen medische vaardigheden van de arts doorslaggevend vinden bij het verwijzen naar een specialist. Verder werd beperkte wachttijden (55%), eerdere ervaringen (59%) en de communicatie met de huisarts (53%) voor de verwijzende arts als belangrijk werden gezien.	Enkel gebaseerd op verwijzingen naar specialist. Niet naar eerste lijn.
McHolm G, Facilitating physician referrals on the World Wide Web: representation and appropriate utilization of clinical expertise	VS	Het ontwikkelen van een online database met gegevens van artsen die in het Brigham and Women's Hospital in Boston werken.			In deze database wordt er per arts weergegeven welke opleidingen hij genoot, de specifieke interesses van de arts en de eventuele subspecialisaties. Er werd ook een functie toegevoegd waarbij er voor elk ziektebeeld werd weergegeven naar welke artsen er kon worden doorverwezen. Daarnaast stond er beschreven welke informatie de verwijzende arts in zijn verwijsbrief moest opnemen, welke behandeling er mogelijk is in afwachting van de verwijzing en welke symptomen een spoedverwijzing eisen. In een tweede fase hopen de ontwerpers ook richtlijnen in verband met de meest belangrijke ziektebeelden te kunnen implementeren. Zo zou naast de vraag: "naar wie moet ik verwijzen?" ook een antwoord worden gegeven op de vraag: "wanneer moet ik verwijzen?".	Enkel gespitst op tweede lijn. Niet in de praktijk getoetst. Geen goede research gedaan, waarop is deze database gebasseerd?
Rice K, An intervention to improve interprofessional	Canada	Does the intervention of promoted self-introduction by role and	comparative qualitative study	250 personeelsleden en stagairs van een universitair ziekenhuis in canada deden mee aan deze studie. 2 groepen	Er bleek een significante barrieëre te zijnn in het opnemen van de interventie, ook al was deze ontworpen om kort en niet-storend te zijn, toch bleek de hoofdreden te liggen in tijdsgebrek of werkdruk. De vraag kan ook zijn hoe actief het is gepromoot door de	eerder het effect van een interventie op samenwerken i.p.v. op gericht verwijzen

collaboration and communications: a comparative qualitative study.		profession to a collaborating colleague in relation to a shared patiënt improve interprofessional communication and collaboration in a general internal medicine ward?		kregen de interventie geïntroduceerd, de andere 2 groepen dienden als vergelijkende groep. Data collectie van interviews en observaties in alle groepen. De zorgverleners worden aangespoord om zich steeds aan elkaar voor te stellen aan samenwerkende collega's. Hierbij wordt niet alleen elkaars naam vermeldt, maar wordt er van ieder ook aangeven welk beroep zij uitoefenen en welke functie ze hebben in de zorg van de patiënt	de interventie-lijders of dat het personeel weinig belang hecht aan interprofessionele samenwerking en communicatie in vergelijking met andere taken. Daarnaast kwam uit het onderzoek naar voren dat interprofessionele hierarchiën een zware druk uitoefenen op de communicatie en samenwerking.	
Suter E, Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice.	Canada	Does Role understanding and effective communication improve collaborative practice?	Kwalitatief onderzoek	Bij 60 hulpverleners is een interview afgenomen	Een betere communicatie en beter wederzijds begrip van elkaars functie en beroep zijn de belangrijkste factoren in samenwerking. Beide factoren zijn in verband gebracht met een positieve 'outcome' voor patiënt en zorgverlener. Dit houdt in dat hulpverleners die elkaars rol volledig begrijpen, efficiënter en met meer voldoening samenwerken. En er op die manier ook voor zorgen dat de patiënt zich beter begrepen voelt.	Er is maar bij een arts een interview afgenomen.