KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Evaluatie van de verwijsbrief van de huisarts aan de dienst spoedgevallen

Bart Marien

Promotor: Prof. Dr. D. Devroey

Master huisartsgeneeskunde

Master of family medicine

Vrije Universiteit Brussel

Scriptie voor het behalen van het diploma Master na Master in de huisartsgeneeskunde

Academiejaar 2012-2013

Evaluatie van de verwijsbrief van de huisarts

aan de dienst spoedgevallen

Bart Marien
drbartmarien@gmail.com
praktijkopleiders: Dr. P. Boone
Dr. K. Kindt
Dr. M. Marien

Promotor: Prof. Dr. D. Devroey
Huisartsgeneeskunde
Vrije Universiteit Brussel

Inhoud

Lijst met afkortingen p. 3

Abstract p. 4

Summary p. 5

I. Inleiding p. 6

I.I. Keuze van het onderwerp p. 6

I.II. Doel p. 6

I.III. Onderzoeksvragen p. 8

II. Methode p. 9

II.I. Literatuuronderzoek p. 9

II.II. Data collectie p. 10

II.II.I. Enquête p. 10

II.II.II. Kwalitatief onderzoek in vier groepen artsen p. 10

II.II.III. Evaluatie verwijsbrieven p. 11

III. Resultaten p. 12

III.I. Literatuur p. 12

III.II. Enquête p. 21

III.III. Kwalitatief onderzoek in vier groepen artsen p. 25

III.IV. Evaluatie verwijsbrieven p. 35

IV. Bespreking van de resultaten p. 39

V. Besluit p. 44

VI. Dankwoord p. 44

VII. Referenties p. 45

VIII. Appendix p. 49

Lijst met afkortingen

A&E = Accident and Emergency department

ABCDE = Airway Breathing Circulation Disability Environment

CEBAM = Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine

DNR = Do Not resuscitate

EMD = Elektronisch Medisch Dossier

GMD = Globaal Medisch Dossier

GP = General Practitioner

HAIO = Huisarts In Opleiding = junior doctors

LOK = Lokale Kwaliteitsgroep

MD = Medical Doctor

MUG = Mobiele Urgentie Groep

PMD = Papieren Medisch Dossier

PO = Praktijkopleider

SAIL = Sheffield Assessment Instrument for Letters

SD = Standaarddeviatie

Abstract

Doel: het doel van dit onderzoek, dat kadert in een praktijk verbeterend project, is nagaan welke problemen er bestaan met verwijsbrieven van huisartsen aan spoedgevallendiensten, hoe de kwaliteit ervan kan verbeterd worden en wat artsen hierover denken.

Methode: in de literatuur wordt gezocht naar essentiële kwaliteitsnormen waaraan een goede verwijsbrief moet voldoen. We weerhouden 7 criteria: de medische voorgeschiedenis, actieve ziekten, risicovolle predisposities, het medicatieschema, omgevingsfactoren, de reden van verwijzing met de bevindingen van het klinisch onderzoek en verslagen van recente technische onderzoeken. De verwijsbrieven worden inhoudelijk getoetst op de aanwezigheid van deze criteria. Ze worden ook gebruikt voor een kwalitatieve bevraging in 4 groepen van artsen: een LOK-groep huisartsen uit Heist-op-den berg, een groep specialisten spoedartsen van het AZ Sint-Maarten te Mechelen en twee seminariegroepen HAIO's. De huisartsen en HAIO's worden in een tweede gedeelte bevraagd over de moeilijkheden voor het realiseren van een goede verwijsbrief. Ook wordt er via een korte enquête aan een grotere groep artsen gevraagd om een waardeoordeel per criterium te geven. De gemiddelden worden berekend.

Resultaten: Er zijn 668 registratieformulieren van de dienst spoedgevallen van het AZ Sint-Maarten ziekenhuis te Mechelen ingezien. Hieruit zijn 203 verwijsbrieven geëvalueerd. 29,5% is verwezen na toepassen van de exclusiecriteria. Er is geëvalueerd in hoeveel procent van de verwijsbrieven de verschillende kwaliteitscriteria worden gerealiseerd: medische voorgeschiedenis 24,0%, actieve ziekten 12,5%, risicovolle predisposities 6,4%, het actuele medicatieschema 32,6%, omgevingsfactoren 4,4%, de reden van verwijzing 96%, het klinisch onderzoek 73,5%, resultaten van reeds uitgevoerde technische onderzoeken 20,6%. Enkel de reden van verwijzing is dus bijna altijd vermeld. Deze bevindingen stemmen overeen met de literatuur.

De (internet)enquête is beantwoord door 124 artsen. Hieronder zijn 45 huisartsen en HAIO's, de overige 79 zijn specialisten van het AZ St Maarten ziekenhuis. Zij vinden de criteria belangrijk, vooral het medicatieschema (8,7/10), de risicofactoren (9/10), de actieve ziekten (9,2/10) en de voorgeschiedenis (8,7/10).

Er is geen overeenkomst tussen de kwaliteit van de geëvalueerde verwijsbrieven en de mening van de artsen.

Uit het tweede deel van de bevraging van huisartsen en HAIO's blijkt dat tijdsdruk, onvoldoende gebruik van verwijssjablonen, gebrekkig dossierbeheer, problemen met het EMD, een gebrek aan educatie, motivatie, communicatie en soms informatie leiden tot slechte verwijsbrieven.

Conclusie: uit een onderzoek van 203 verwijsbrieven verzameld via de dienst spoedgevallen van het AZ Sint-Maarten te Mechelen blijkt dat de kwaliteitsnormen voor een goede verwijsbrief niet optimaal gerealiseerd worden. Volgens een kwalitatieve bevraging bij specialisten, GSO's, huisartsen en HAIO's is een goede verwijsbrief nochtans essentieel voor de continuïteit en kwaliteit van zorg. Aanbevelingen zijn wenselijk.

Summary

Objective: the purpose of this practice improving assay, is to determine what are the problems with referrals form primary to secondary health care services, how to improve the quality of referral letters and to find out how doctors think about the subject.

Methods: a systematic search through literature is performed to identify the minimum essential information which should be included in a referral document. As a standard for the medical content, 7 following items are found: a past medical history, active disease, risk factors, a medication list, environmental factors, the reason for referral with the results from the physical examination and the results of previous carried out technical investigation. We evaluate if this information is present in the referral letters. Based on these standards, a focus group inquiry is performed in 4 groups of medical doctors: one 'LOK' group of general practitioners from Heist-op-den-Berg, one group consisting of emergency doctors form the AZ Sint-Maarten hospital, Mechelen and two groups of HAIO's. Subsequently, the GP's and HAIO's are asked to discuss the difficulties concerning writing a good referral letter. They are asked to give their appreciation to each of the criteria. Further, the general practitioners and their HAIO's discuss the difficulties to meet the requirements, necessary for a well written referral letter.

Results: 668 registration forms form the AZ Sint-Maarten hospital, Mechelen are evaluated through the accident and emergency department, 203 containing a referral letter. This includes 29,5% of the patients, after applying the exclusion criteria. An evaluation is made, in how many cases the referral letters contain the investigated criteria: past medical history 24,0%, active disease 12,5%, risk factors 6,4%, medication list 32,6%, environmental factors 4,4%, the reason for referral 96%, findings physical examination 73,5%, results of previous conducted technical investigations 20,6%. Only the reason of referral is almost always mentioned. These findings confirm the results obtained from literature.

The (internet) survey is answered by 124 MD's. 45 GP's or HAIO's en 79 consultants of the AZ Sint-Maarten hospital. They all think the investigated standards are of great value. Especially a list of medication (8,7/10), risk factors (9/10), active disease (9,2/10) and a past medical history (8,7/10).

There is no agreement on the quality of the evaluated referral letters and what doctors think is of importance. From the second part of the questionnaire, as discussed between GP's and HAIO's, time pressure, insufficient use of structured templates, deficiency of the file management, problems with the electronic medical record, insufficient education, motivation, communication and sometimes information can lead to poor quality of the referral document.

Conclusion: From the evaluation of 203 referral letters, collected through the A&E department of the Sint-Maarten hospital, it seems the average quality of the referral documents is poor. Nevertheless, they are of great value according to the survey as carried out among consultants, their junior doctors, GP's and HAIO's.

Recommendations are necessary.

I. Inleiding

I.I Keuze van het onderwerp

Aanvankelijk is het mijn bedoeling geweest om voor de masterproef huisartsgeneeskunde een evaluatie te maken van het globaal medisch dossier (GMD) in al zijn aspecten. Informatie beheren en uitwisselen via het GMD is immers zeer belangrijk voor de kwaliteit en continuïteit van zorg, vooral omwille van de voortdurende verandering op gebied van beschikbaarheid van de arts. Het is inderdaad niet mogelijk om voortdurend beschikbaar en bereikbaar te zijn als huisarts zodat in het belang van de patiënt de continuïteit van zorg moet worden gerealiseerd samen met andere collega's, huisartsen en specialisten. Deze moeten uiteraard kunnen beschikken over essentiële dossiergegevens om een kwaliteitsvolle en economisch verantwoorde zorg te kunnen verzekeren. Het beeld van de alom bereikbare en beschikbare huisarts wordt alsmaar zeldzamer. Wachtdiensten zijn een ingeburgerd feit geworden en groepspraktijken zijn meer norm dan uitzondering. Communicatie is meer dan ooit zeer belangrijk.

Tijdens mijn ziekenhuisstage in het 6de masterjaar geneeskunde en in het begin van mijn HAIO opleiding heb ik kunnen vaststellen onder andere aan de hand van verwijsbrieven dat deze informatie uitwisseling niet altijd optimaal gebeurt. De patiënten weten soms helemaal niet welke medicatie ze nemen en hebben dikwijls slechts een rudimentaire kennis van de eigen constitutie en medische voorgeschiedenis. Als wachtarts beschikt men te vaak over te weinig informatie om snel en efficiënt te kunnen werken.

Omwille van de uitgebreidheid van dit onderwerp is in samenspraak met mijn Promotor en PO uiteindelijk beslist mijn onderzoek meer specifiek te richten op een studie over de verwijsbrief.

I.II Het belang, het doel en de aanpak van het onderzoek

Huisartsgeneeskunde is generalistisch, persoonsgericht en verstrekt continue zorg. Deze kernwaarden zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden[1].

De taak van de huisarts bestaat erin medische informatie adequaat te beheren en zo nodig uit te wisselen met collega's specialisten voor verdere evaluatie en continuïteit van zorg[2,3]. Het verwijzingsproces speelt hierbij een cruciale rol[4,64]. Het is een essentieel onderdeel van de gezondheidszorg en een deontologische plicht[5,57,62]. Continuïteit van zorg vraagt dat elke

zorgverlener beschikt over de juiste informatie van de patiënt[6]. De communicatie tussen huisartsen en specialisten verloopt meestal schriftelijk via de verwijsbrief.

Het is belangrijk dat deze uitwisseling van informatie bij het verwijzen van patiënten soepel en adequaat verloopt omdat juist op overdrachtsmomenten de zorg voor de patiënt kwetsbaar is[7]. Ongeveer 10% van de patiënten worden na consultatie bij de huisarts verwezen[8].

Het verwijzen heeft niet alleen consequenties voor de patiënt maar ook voor de gezondheidszorg op financieel en organisatorisch gebied. Een goede verwijsbrief heeft hierop een gunstig effect[9,57].

De bedoeling van dit onderzoek is nagaan wat een kwaliteitsvolle verwijsbrief in essentie moet bevatten en hoe dit kan worden gerealiseerd in het belang van de patiënt. Maakt de huisarts zijn rol als coördinator van de zorg waar?

Vooreerst wordt gezocht naar informatie in de literatuur en verder via discussie in enkele groepen van artsen.

Ook de moeilijkheden en valkuilen die gepaard gaan met het opstellen van de verwijsbrief zullen besproken worden in de focusgroepen die bestaan uit huisartsen en HAIO's.

Er is een vragenlijst opgesteld waarin gevraagd wordt een waardeoordeel toe te kennen aan enkele criteria die als essentieel beschouwd worden. Hierdoor kan geanalyseerd worden welke criteria het meest belangrijk zijn.

Het tweede deel van de vragenlijst is enkel gericht aan huisartsen en HAIO's en peilt naar de problemen en moeilijkheden bij het opstellen van de verwijsbrief.

Vervolgens zal er onderzocht worden hoe het in de praktijk is aan de hand van een analyse van verwijsbrieven.

I.III Onderzoeksvragen

- “Waaraan moet een kwaliteitsvolle verwijsbrief voldoen? Wat moet er in een goede verwijsbrief staan? Welke kwaliteitscriteria? Wat is essentieel?”
- “’Wat moet er geëvalueerd worden?”
- “Wat vinden artsen hiervan ?”
- “Welke criteria worden als het meest belangrijk aanzien?”
- “Hoe is de situatie in de praktijk? Wat is de kwaliteit van de verwijsbrieven momenteel? “
- “Hoe moeilijk is het om aan deze criteria de voldoen?”
- “Als de kwaliteit onvoldoende zou zijn, waar zit dan het probleem en hoe kan dit worden verbeterd?”
- “Zijn er aanbevelingen nodig in het belang van een zorgvuldige verwijsbrief ?”
- “Wat zegt de literatuur hierover?”

II. Methode

II.I Literatuuronderzoek

Om een antwoord te vinden op de gestelde onderzoeksvragen wordt er op een georganiseerde manier gezocht naar kwaliteitsnormen voor een verwijsbrief. Hiervoor wordt de watervalmetafoor gebruikt, een stapsgewijze zoekstrategie[58,59]. In eerste instantie wordt gezocht naar richtlijnen inzake verwijsbrieven. Nadien naar relevante meta-analyses en reviews. In een derde stap wordt verder gekeken naar RCT's. Dit wordt uitgebreid met een zoektocht in de code van geneeskundige plichtenleer.

Vooraleer de zoektocht te beginnen worden zoektermen opgesteld. Aanvankelijk wordt gezocht met de termen 'referral letter', 'referrals', 'verwijsbrieven' en 'verwijzing'. Nadien worden deze uitgebreid en gecombineerd met onder andere 'referral hospital – center', 'quality', 'patient referral', 'hospice referral' 'referral practices', 'electronic referral', 'referral schemes', 'physician referral', 'referral guidelines', 'quality of referral letters', 'consultants', 'primary care referral', 'family practice', 'family physicians 'general practice or practitioner', 'primary health care', 'content of referral letter', 'continuity of information', 'coöperation or collaboration', 'referral and consultation', 'correspondence', 'information transfer and shearing', 'emergency references', 'communication', 'collegiaal samenwerken', 'spoedverwijzing', 'continuïteit van zorg', 'samenwerking huisarts specialist', 'informatieoverdracht', 'informatieuitwisseling', et al.

Er wordt stapsgewijs gezocht vanuit CEBAM. Eerst wordt er gezocht naar richtlijnen. Nadien wordt de zoektocht uitgebreid via onder andere Pubmed, de belangrijkste tijdschriften, de EBM zoekmotoren sumsearch en tripdatabase. Tevens wordt de zoektocht uitgebreid naar enkele internationale richtlijnen (NICE, SIGN, GIN) en het tijdschrift voor geneeskunde.

II.II Data collectie

II.II.I Enquête

Aan de hand van het literatuuronderzoek wordt een vragenlijst opgesteld die zal dienen als basis van deze studie. Via een (internet)enquête wordt gevraagd om aan elke stelling een waarde toe te kennen, van niet akkoord tot helemaal akkoord (score 1-10).

De vragenlijst bestaat uit 2 delen.

Het eerste deel is gericht aan specialisten, GSO's, huisartsen en HAIO's. Het is opgebouwd uit medisch inhoudelijke criteria waaraan een kwaliteitsvolle verwijsbrief volgens de literatuur moet voldoen.

In het tweede gedeelte wordt nagegaan welke de moeilijkheidsgraad is om deze criteria te realiseren. Verder wordt onderzocht waarom de criteria in deel I ontbreken in de verwijsbrieven. Dit deel is louter gericht aan huisartsen en HAIO's.

De vragenlijst wordt online opgemaakt via www.enquetemaken.be en naar de artsen van het AZ Sint-Maarten te Mechelen en de leden van de Huisartsenkring Heist-op-den-Berg (KDHO) via email verstuurd worden. De resultaten worden verwerkt via Microsoft Excel.

Nadien worden de artsen via een geschreven brief nogmaals uitgenodigd de vragenlijst in te vullen. Er is een vragenlijst en envelop, voorzien van bestemmeling, bijgevoegd zodat zij gemakkelijk hun antwoord kunnen versturen.

Met behulp van deze enquête is het mogelijk geworden om na te gaan welke criteria artsen belangrijk vinden en hoe ze onder andere denken over de samenwerking en de moeilijkheid om goede verwijsbrieven te realiseren.

II.II.II Kwalitatief onderzoek in vier groepen artsen

Naast de rondgestuurde enquête, die slechts enkele topics aanhaalt maar een grotere doelgroep bereikt, wordt een focusgroep onderzoek georganiseerd met een vrije bevraging omtrent het onderwerp[9,61]. Deze kwalitatieve bevraging wordt gevoerd in 4 groepen. Eén groep bestaat uit spoedartsen, een andere uit huisartsen en de twee andere groepen zijn

seminarie groepen van HAIO's. Volledigheidshalve dient opgemerkt te worden dat niet aan alle voorwaarden van een focusgroep tegemoet is gekomen. De deelnemers van elke groep kennen mekaar van vroeger. Bovendien zijn enkele groepen opgebouwd uit meer dan 12 leden. In de beide seminariegroepen zijn 13 artsen aanwezig. Vandaar dat we spreken van een bevraging onder groepen van artsen. Om de discussie te leiden wordt gebruik gemaakt van de opgestelde vragenlijst. Er wordt een powerpoint presentatie gemaakt die bij de introductie wordt toegelicht. Van het gesprek wordt een verslag gemaakt volgens het BASE principe. Het wordt ook opgenomen.

II.II.III Evaluatie van de verwijsbrieven

De vragenlijst, die bestaat uit criteria die volgens de literatuur noodzakelijk zijn voor een goede verwijsbrief, wordt eveneens gebruikt voor de evaluatie van de verwijsbrieven aan de dienst spoedgevallen van het AZ Sint-Maarten ziekenhuis te Mechelen. Er wordt nagekeken in hoeveel procent er informatie te vinden is over de respectievelijke essentiële kenmerken. Naast het evalueren van de kwaliteitscriteria wordt er ook een overzicht gemaakt van de verwezen pathologie. De statistische verwerking gebeurt manueel.

Terloops wordt vermeldt dat dit niet alle dossiers zijn die tijdens deze periode behandeld worden. In navolging van de inclusiecriteria worden enkel verwijsbrieven weerhouden van meerderjarige patiënten en van huisartsen aan specialisten. Ook spoedverwijzingen naar de dienst radiologie worden geëxcludeerd.

Om de rechten van de patiënten te respecteren en om hen te informeren wordt er een informed consent formulier duidelijk opgehangen in de wachtzaal.

Alvorens de verwijsbrieven te evalueren worden ze gekopieerd. Om de privacy van de arts en patiënt te beschermen worden ze nadien onmiddellijk van hoofding en naam ontdaan. Er wordt enkel gekeken of de gestelde kwaliteitscriteria aanwezig zijn of niet. Er wordt dus geen persoonlijke informatie van de patiënt of arts weerhouden.

Tijdens de maanden oktober en november 2012 zijn enkele verwijsbrieven naar de raadpleging orthopedie verzameld met het informed consent van de patiënten, om een korte vergelijkende studie mogelijk te maken.

De Commissie Medische Ethiek heeft, onder voorzitterschap van Prof. Dr. P. Devroey, voor het uitvoeren van de studie haar toestemming gegeven.

III. Resultaten

III.I Literatuuronderzoek

Welke kwaliteitscriteria? Welke zijn het belangrijkst?

Zoals reeds vermeld heeft de zoektocht doorheen de literatuur als primair doel die kwaliteitscriteria te weerhouden waaraan een goede verwijsbrief moet voldoen. Aanvankelijk is men genoodzaakt geweest tot een consensus omdat een evaluatie van de kwaliteit van de verwijsbrief louter op basis van enkele kleine studies gebeurde[10]. Stilaan is de situatie veranderd en zijn er verschillende studies gepubliceerd die hebben geleid tot een ruimere discussie wat betreft beheer en uitwisseling van informatie en kwaliteit van verwijzen .

We weerhouden enkele richtlijnen naast tal van studies. We vermelden hieronder de 2 meest volledige en degelijk onderbouwde richtlijnen.

Vooreerst is er de richtlijn van het SIGN (Scottisch intercollegiate guidelines network)[11]. Zoals de andere richtlijnen en studies in verband met de verwijsbrief hebben ook zij eerst een grondig literatuur onderzoek gedaan. Aangezien er weinig kwalitatieve publicaties en aanbevelingen aanwezig zijn over de verwijsbrief is er in Schotland een nationale consensus conferentie gehouden waarbij het onderwerp in detail besproken en bediscussieerd is. Aan de afgevaardigden is gevraagd om een vragenlijst in te vullen, voor en na de conferentie waaruit dan een voorbeeld van verwijsbrief is ontstaan. Volledigheidshalve moet nog opgemerkt worden dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen criteria waaraan een verwijsbrief moet beantwoorden in urgente omstandigheden en een standaard verwijsbrief, die meer gedetailleerde gegevens bevat.

Als essentiële criteria worden bij het SIGN weerhouden: persoon of dienst aan wie de brief gericht wordt alsook gegevens van de verwijzende arts, identificatie van de patiënt , de reden van verwijzing met de huidige klachten, de bevindingen bij het klinisch onderzoek, de medische voorgeschiedenis, een actuele medicatielijst, klinische aandachtspunten zoals een allergie of besmetting, bijkomende relevante informatie, een handtekening van de verwijzende arts en de datum waarop de verwijsbrief is opgesteld.

De Nederlandse richtlijnen, opgesteld door het NHG, maken een onderscheid tussen een korte en een uitgebreide verwijsbrief[6,7,12]. De korte verwijsbrief, die de eerste keuze is voor

een eenvoudige of standaard verwijzing moet louter de kern bevatten. Volgens NHG houdt deze kern voornamelijk in de klacht en vraagstelling, een anamnese en lichamelijk onderzoek, relevante co-morbiditeit, de reeds ingestelde behandeling, wat reeds besproken is met de patiënt en een procedure voorstel. Het is de bedoeling dat de arts naar wie verwezen wordt zo snel mogelijk een inzicht krijgt in de problematiek van de patiënt en de vraag van de huisarts.

De bijlage (een actuele ziekte, actuele medicatie, allergieën en intoleranties, contra-indicaties, aanvullende onderzoeken, risicovol leefgedrag, een familiale anamnese, een reanimatiebeleid en een donorcodicil) zal veelal zonder aanvullingen kunnen meegestuurd worden. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de NHG richtlijnen zich niet uitspreken over welk type van brief in een urgente situatie.

Wat betreft onze eigen Vlaamse richtlijnen heeft Domus Medica[13] alsook de huisartsenkring Dijle en Nete vallei op hun website een voorbeeld van een verwijsbrief gepubliceerd. Er is echter niet gerefereerd naar publicaties .

Een praktijkproject van Hillemans en De Lepeleire uit 2007, dat verschenen is in Huisarts Nu, geeft een lijst van informatie weer die terug te vinden moet zijn in de verwijsbrief. Nieuw is hier het gebruik van een diagnosecode die in andere studies en richtlijnen tot dusver nog niet is gevonden .

Whitney et al stellen in een systematische review, een Canadese studie, 24 essentiële componenten voor (figuur in referentie), die een verwijsbrief moet bevatten bij astma patiënten[14]. Overwegend worden dezelfde criteria weerhouden als in de richtlijnen van het NHG en SIGN. Bijkomend vinden zij dat reeds uitgevoerde onderzoeken (laboratorium en/of technische onderzoeken), belangrijke details over de betrouwbaarheid van informatie door de patiënt , het feit of het al of niet over een nieuwe patiënt gaat en de dringendheid van verwijzen eveneens altijd moet bijgevoegd worden. Verder vermelden ze in hun verwijsbrief of er reeds instructies zijn gegeven aan de patiënt over bijvoorbeeld het gebruik van aerosol therapie maar deze informatie wordt onder de noemer ‘andere relevante informatie’ geplaatst.

Volgens Piterman et al zijn de belangrijkste elementen die in een verwijsbrief moeten terug te vinden zijn enerzijds het medisch probleem en anderzijds de klinische vraagstelling van de verwijzende arts, de medicatielijst en die zaken waarvan de gemiddelde patiënt, volgens hun, zelden op de hoogte is[15].

In het Verenigd Koninkrijk is een goede methode ontwikkeld om de kwaliteit en inhoud van verwijsbrieven te evalueren: de SAIL (Sheffield assessment instrument for letters) methode. Deze maakt gebruik van een controlelijst bestaande uit 20- tal aandachtspunten[16,17].

Francois et al ontwikkelde in 2011 een valabele, betrouwbare en realiseerbare beoordelingsschaal (Pearson coëfficiënt 0,88) bestaande uit 18 punten (zie referentie)[18].

Samengevat:

op basis van bovenstaande uitgebreide zoektocht doorheen de literatuur, worden uiteindelijk volgende criteria weerhouden als de meest belangrijke voor de medische inhoud van een kwalitatieve verwijsbrief :

- **De huidige klachten en de actuele reden van verwijzing**
- **het klinisch onderzoek**
- **de medische voorgeschiedenis en co-morbiditeit**
- **de actuele medicatielijst**
- **risicofactoren (klinische aandachtspunten zoals allergie)**
- **bijkomende relevante informatie – omgevingsfactoren**
- **resultaten van biochemie en andere relevante uitgevoerde technische onderzoeken**

Andere zaken die bijdragen tot een kwalitatieve verwijsbrief?

Naast de inhoud is ook de **vorm** van informatie-uitwisseling belangrijk. Wat zijn hierover zinvolle richtlijnen?[3,7]

Het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) deelt een verwijsbrief op in 3 delen: de envelop, de kern en de bijlage. De envelop bevat administratieve en logistieke gegevens. De kern bevat de inhoud: een compacte vorm van relevante informatie over de patiënt in het kader van de verwijzing. In de bijlage vindt men de overige rubrieken of aanvullende informatie zoals medicatie, resultaten van technische onderzoeken, voorgeschiedenis en dergelijke terug.

Het bericht met aanvullende informatie kent volgens NHG vele variabelen. Niet alle zorgmomenten verlangen volgens hen immers dezelfde informatie.

Hierom wordt er gepleit voor het gebruik van **verschillende sjablonen** voor die verschillende zorgmomenten. Ook maken zij een onderscheid tussen een korte en een uitgebreide verwijsbrief: een korte verwijsbrief voor eenvoudige verwijzingen, een meer uitgebreide verwijsbrief voor meer complexe pathologie[6,7,12]. Ze zijn van oordeel dat de vorm van de verwijsbrief zodanig moet zijn dat de specialist in **één oogopslag duidelijk** weet waarvoor de patiënt wordt verwezen. Omgekeerd hebben huisartsen behoefte aan informatie, niet aan uitgebreide brieven. Ze hebben graag een antwoord op hun vraagstelling en informatie over de nazorg die zij moeten bieden[2].

Van belang is dat een geschreven verwijsbrief **goed leesbaar** is. Bovendien moet de boodschap voor de ontvanger **duidelijk en overzichtelijk** weergegeven worden. Uiteraard dient de brief gecontroleerd te worden op relevantie en volledigheid.

Hillemans en De Lepeleire bevestigen in hun studie het nut van een sjabloon. Zij zien verbetering van de kwaliteit van de verwijsbrief na het introduceren van sjablonen. De artsen die een sjabloon in hun praktijk gebruiken, geven significant meer informatie in hun verwijsbrieven[9]. Hompes et al tonen aan dat dit voornamelijk op psychosociaal vlak zo is[8].

Tot slot stelt onder andere Piterman et al dat ook **elektronische verwijsbrieven** zorgen voor een kwaliteitsinjectie, voornamelijk door de automatisatie bij het vervaardigen van de brieven[15]. Een studie uitgevoerd in Nieuw Zeeland door Warren et al leert bovendien dat de elektronische verwijsbrief niet enkel de kwaliteit verhoogt door de grotere efficiëntie en betere informatie maar vooral ook de appreciatie door de specialist omwille van de aangename leesbaarheid[19].

Huidige situatie volgens de literatuur? Mening artsen ? Welke problemen?

Een handgeschreven brief is nog altijd de meest voorkomende manier van verwijzen al gebeurt dit nu regelmatig ook telefonisch. Volgens een studie van Hompes en De Lepeleire gebeurt dit in Vlaanderen in 12% van de verwijzingen. Nochtans wordt er aangenomen dat een brief veel meer informatie bevat in vergelijking met een telefonische verwijzing. Bij de handgeschreven verwijsbrief wordt zelden een echt sjabloon gebruikt: 69% heeft een zekere structuur en in 61% is het handschrift verzorgd. Recent wordt er meer en meer gebruik gemaakt van de elektronische verwijsbrief die de kwaliteit duidelijk doet stijgen. Er is geen verschil in de manier van verwijzen tussen een wachtarts en de eigen huisarts[3,15,20,25]. Verder vermeldt een cross sectionele studie dat er ook verwijzingen via email gebeuren[22].

In zowat alle relevante literatuur bestaat er, zowel bij de huisartsen als bij specialisten, een ontevredenheid over de kwaliteit van de brieven[3,8,15,23,65].

De specialisten willen graag meer adequate informatie van de huisarts over het probleem zoals meer duidelijkheid omtrent de reden van het consult, de psychosociale achtergrond, de plannen naar opvolging toe, details omtrent prioriteiten, het klinisch onderzoek, het medicatiebeleid en de resultaten van reeds uitgevoerde testen[15,20,24,25]. Ze vinden overigens dat de huisartsen weinig informatie meedelen over de zorg die hun patiënten buiten het ziekenhuis krijgen[20,26,27]. Bovendien wordt de bestaande ontevredenheid nog versterkt door een slecht handschrift[3]. Volgens hen is het spijtig dat de huisartsen die heel veel achtergrondinformatie hebben over hun patiënten niet meer rapporteren aan de specialisten. De huisartsen daarentegen verlangen een antwoordbrief met voornamelijk duidelijke informatie over de diagnose, het voorgestelde beleid en de opvolging ervan[20]. Ze vinden dat er meestal geen feedback is en als ze een antwoord krijgen is dit meestal informatie die ze al kennen. Ook is er te weinig duidelijkheid waarom het beleid veranderd is. Zelden wordt geschreven wat reeds aan de patiënt zelf verteld is.

De huisartsen willen meer betrokken worden bij het begeleidingsproces . Het kost teveel moeite om te achterhalen wat er met hun patiënt is gebeurd. Deze discontinuïteit in de zorg kan leiden tot een verhoogde morbiditeit en mortaliteit[28,29,30,31].

Dezelfde studie geeft aan dat de keuze van een huisarts om te verwijzen naar een bepaalde specialist in belangrijke mate mee bepaald wordt door hun onderlinge communicatie[15].

Vermoedelijk is dit een van de redenen waarom huisartsen vaker verwijzen naar een specifieke collega dan wel naar een bepaalde dienst[32].

Volgens een Nederlandse studie, door Westerman et al, denken huisartsen dat hun verwijsbrieven slechts zelden gelezen worden en ze zijn van mening dat de specialisten de

problemen van de patiënt buiten het ziekenhuis niet altijd goed inschatten. Ook zijn interne verwijzingen binnen het ziekenhuis tussen specialisten onderling, ontslag van de patiënt zonder de huisarts hiervan op de hoogte te brengen en het lang uitblijven van een antwoordbrief, zaken die bijdragen tot ontevredenheid[5,10].

Een andere vaststelling volgens Jiwa et al is dat er geen correlatie blijkt te bestaan tussen veel informatie en een goede diagnose maar de patiënten waarvan de verwijsbrief minder informatie bevat worden minder urgent gezien[33].

Vast staat dat een slechte verwijsbrief en antwoordbrief zorgt voor meer afstand tussen de huisarts en specialist, wat door de anonimiteit nog wordt versterkt[2,34]. Hierdoor bestaat het risico op een vicieuze cirkel wat niet in het belang is van de patiënt.

Francois et al heeft aangetoond dat een slechte verwijzing in het algemeen leidt tot een stijging van de kosten als gevolg van onder andere een vermeerdering van het aantal onderzoeken, de hoeveelheid medicatie en het leggen van onjuiste prioriteiten. Ook zorgt een slechte communicatie ervoor dat een antwoord langer op zich laat wachten en door een gebrek aan afspraken over de opvolging zal de patiënt meer geneigd zijn in de tweede lijn te blijven hangen[18,35,36,37,38,39,40].

Zorgwekkend is dat een aantal studies aantonen dat betere verwijsbrieven niet altijd resulteren in betere antwoordbrieven. Ook zorgt een goede verwijsbrief niet voor een sneller antwoord. Het persoonlijk contact tussen de verwijzende arts en specialist is hiervoor van groter belang[15,41,42].

Grol et al merkt wel op dat een antwoordbrief van hogere kwaliteit is wanneer de specialist deze antwoordbrief begint met een referentie naar de specifieke vraag van de huisarts.

Volgens deze Nijmeegse studie kan optimale communicatie tussen de huisarts en de specialist bij middel van een verwijsbrief worden beschouwd als een indicator van kwalitatief goede zorg[42].

Verschillende studies spitsen zich toe op het medicatie gebruik. Vanuit kwantitatieve overwegingen zou kunnen verwacht worden dat dit als het meest belangrijke criterium aanzien wordt.

Zo toont een Australische studie aan dat, in geval van een toegevoegde medicatielijst aan de verwijsbrief, deze volledig up-to-date is in 63% en de correcte dosis bevat in 84%, wat een gemiddelde nauwkeurigheid van 58% betekent[43].

In een andere Australische studie bevestigen spoedartsen eveneens dat een lijst met de actuele medicatie samen met details over de reeds ingestelde urgente medische behandeling voor hen het meest belangrijk is[44].

In een Noorse studie is er een medicatielijst toegevoegd in 47% van de verwezen patiënten die in 91% correct en volledig is. Er is een significant verschil in de verwijsbrieven naargelang de verwijzende arts een wachtarts dan wel de eigen huisarts is. Zo is er geen medicatielijst toegevoegd in 39% en respectievelijk 10%[45]. Frydenberg toont in een andere Noorse studie aan dat in 60% van de onderzochte verwijsbrieven een fout zit in het medicatiegebruik en dat 54% van deze fouten potentieel nadelige gevolgen kunnen hebben[46]. Bij de oudere patiënten zijn de verwijsbrieven beter opgesteld doch ook hier is de situatie op gebied van medicatiegebruik niet optimaal[47].

Allen kwamen zij tot dezelfde conclusie, namelijk dat de patiënten, om misverstanden te vermijden, best een papieren versie van hun geactualiseerde medicatielijst zouden moeten bij zich dragen (totdat het elektronisch mogelijk is). Dit zou moeten gerealiseerd worden door hun huisarts. De specialisten zouden eveneens deze medicatielijsten samen met de patiënten moeten overlopen, ongeacht hun ogenschijnlijke volledigheid.

Tot slot wordt in een studie van Urkin et al weerhouden dat 75% van de patiënten zonder verwijsbrief rechtstreeks naar de dienst spoedgevallen gaan. Factoren die dit beïnvloeden zijn onder andere de economische en verzekeringsstatus, de etnische achtergrond, beschikbaarheid en bereikbaarheid van de eerste lijn gezondheidszorg…

Wat zijn de moeilijkheden om deze kwaliteit te verwezenlijken?

Er worden geen studies gevonden die de moeilijkheid onderzoeken om een kwalitatieve verwijsbrief te realiseren.

Een onderzoek van Bunn et al toont onrechtstreeks aan dat de toenemende belasting zich uit in een toenemend aantal telefonische consultaties[48].

Voorgestelde verbeteringen? Nood aan aanbevelingen?

Het opstellen van een kwalitatieve verwijsbrief en de communicatie tussen artsen onderling is een complex gebeuren. Er bestaat nog steeds veel variatie op nationaal en internationaal vlak[5].

Ondanks de vele verbeteringen die reeds zijn aangebracht blijft de nood bestaan om het systeem verder te rationaliseren, zoals blijkt uit bovenstaande bevindingen.

Algemeen wordt aangenomen dat er bijkomende richtlijnen nodig zijn die de kwaliteit van de verwijsbrieven kan verhogen. Een **gestructureerde en gestandaardiseerde verwijsbrief** zal voor verbetering zorgen[6,8,15,35,36,49].

Jiwa et al stelt dat dit voor een meer doordacht verwijzingsproces zal zorgen. Uit deze studie volgt dat de hoeveelheid relevante informatie stijgt met behulp van gebruiksvriendelijke medische software[50].

Ook Jenkins et al toont het nut van dergelijke gestructureerde verwijsbrieven aan. Uit hun studie blijkt dat voorgevormde verwijsbrieven korter zijn in vergelijking met getypte brieven die door de huisartsen zelf worden opgesteld. Bovendien bevatten ze meer relevante informatie. De voorgeschiedenis is in deze studie bijvoorbeeld in 66% en respectievelijk 42% bijgevoegd. Bij de medicatielijsten is dit zelfs 45% respectievelijk 0%[51]. Ondanks deze bevindingen prefereren artsen nog dikwijls om te verwijzen op de hun geëigende manier in plaats van gecodeerde gestandaardiseerde sjabloonbrieven te gebruiken[52]. Vooral in geval van psychiatrische verwijzingen vinden huisartsen het meer gepast de patiënt zijn problematiek te beschrijven in meer holistische, sociale terminologie, liever dan in een meer technisch stramien[53].

In het Verenigd Koninkrijk wordt de inhoud van de verwijsbrieven van een aantal huisartsen geëvalueerd. Hierop wordt **feedback** gegeven waarna gemiddeld genomen de kwaliteit van hun verwijsbrieven stijgt[54]. Dit toont aan dat inzicht en educatie wel degelijk een impact heeft.

White et al onderzoekt dat het **kopiëren** van verwijsbrieven voor de patiënten eveneens bijdraagt tot een kwaliteitsverhoging van de verwijsbrief. Bovendien wordt de patiënt op deze manier beter geïnformeerd over zijn medische toestand en komt dit ten goede aan de arts- patiënt relatie[55].

Het NHG benadrukt dat er **regionale samenwerkingsafspraken** dienen gemaakt te worden[2]. Volgens hen moet een uniforme bericht structuur het mogelijk maken om gegevens zo betrouwbaar en gemakkelijk mogelijk te verwerken in de geautomatiseerde systemen aan beide kanten[6].

Tevens wordt het belang van **educatie** onderstreept, doch hier blijft men in de literatuur eerder vaag over[24,35]. Gagliardi et al stelt voor, het belang van de verwijsbrief aan te kaarten in de medische opleiding[4]. Om inhoudelijk betere verwijsbrieven te krijgen, moet hieraan tijdens de opleiding voldoende aandacht worden besteed[9,56].

Daarnaast zouden verwijs- en retour**brieven** ook **leermomente**n moeten zijn. Hierover zijn weinig studies bekend alhoewel er een studie is die stelt dat 26% van de brieven een educatieve inhoud bevatten. Ondanks het feit dat hier weinig onderzoek naar gebeurd is, zijn zowel huisartsen als specialisten het hierover eens[2].

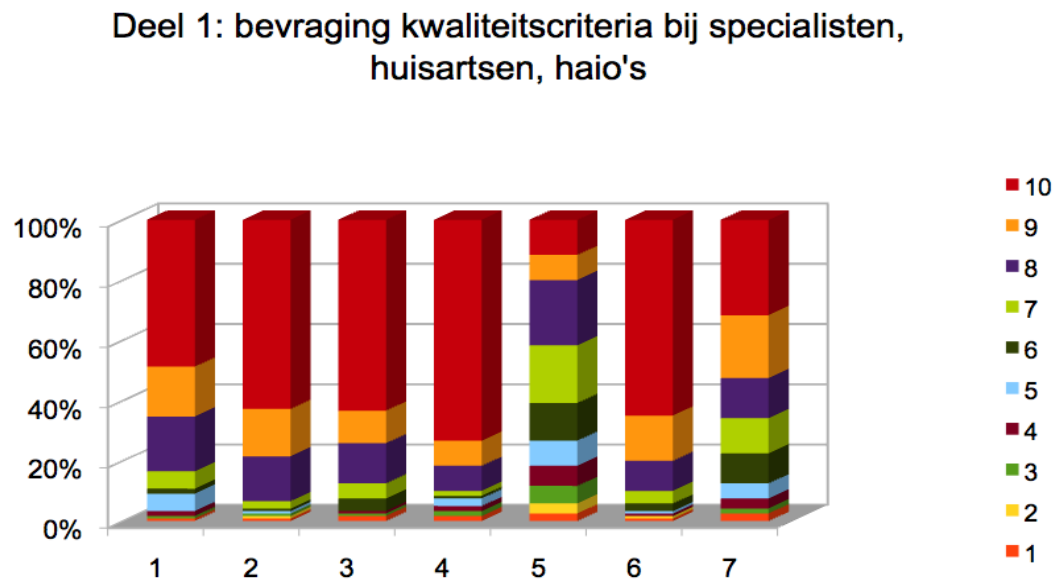
Tot slot toont onder andere de studie van Warren et al het belang aan van de **elektronische verwijsbrief**. Dit zorgt ontegensprekelijk voor een kwaliteitsinjectie. De mogelijkheid om hiervan maximaal gebruik te kunnen maken moet verder geoptimaliseerd te worden[19,60,63].

III.II. Enquête

In totaal nemen 124 artsen deel aan het onderzoek. Hieronder zijn 45 huisartsen en HAIO's. Dit is afgeleid uit het aantal artsen dat naast het eerste ook het tweede gedeelte van de vragenlijst heeft beantwoord. Om praktische redenen is er niet gedifferentieerd tussen de antwoorden van de huisartsen en specialisten wat betreft deel I van de vragenlijst. Bijgevolg is er ook geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende groepen van specialisten, wat interessant zou kunnen geweest zijn omdat het een zeer heterogene groep is. Zo is het mogelijk dat een internist meer waarde hecht aan omgevingsfactoren dan een oftalmoloog.

De onderstaande tabellen geven de gemiddelde resultaten per vraag weer.

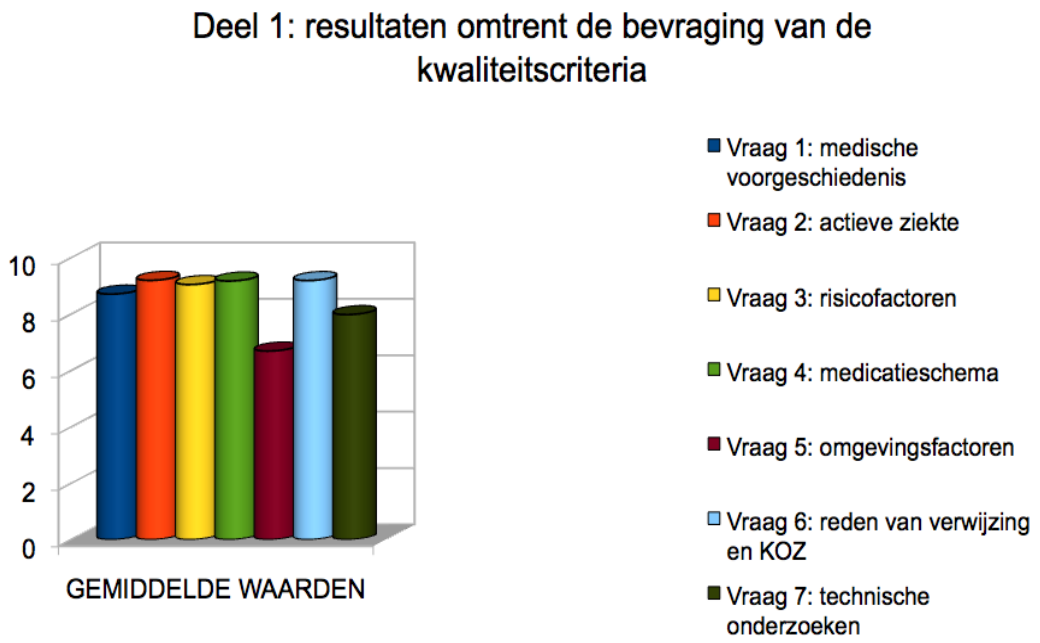
Interessant is dat veel artsen het maximum geven voor het medicatie schema zoals aangegeven in figuur 1. Een grotere diversiteit wordt teruggevonden bij de antwoorden omtrent omgevingsfactoren en het bijvoegen van resultaten van technische onderzoeken.



figuur 1:

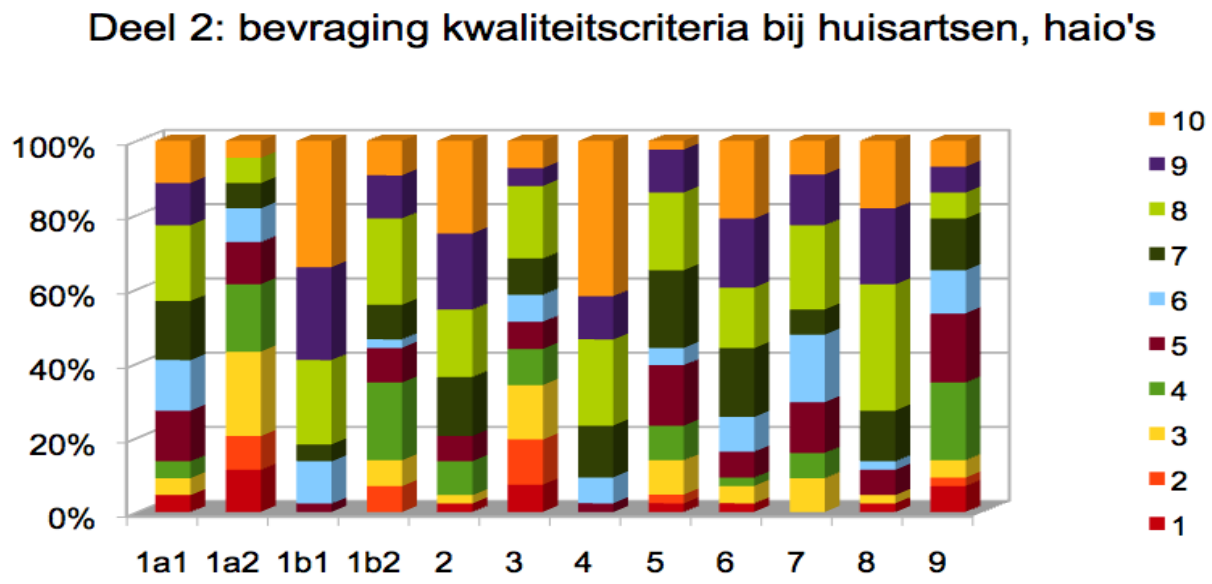
Y-as: weergave van de procentuele verdeling van de punten (1 – 10) in kleur en per vraag.

X-as: 1. Medische voorgeschiedenis, 2. Actieve ziekten, 3. Risicovolle predisposities, 4. Medicatieschema, 5. Omgevingsfactoren, 6. Reden van verwijzing, 7. Resultaat technisch onderzoek.



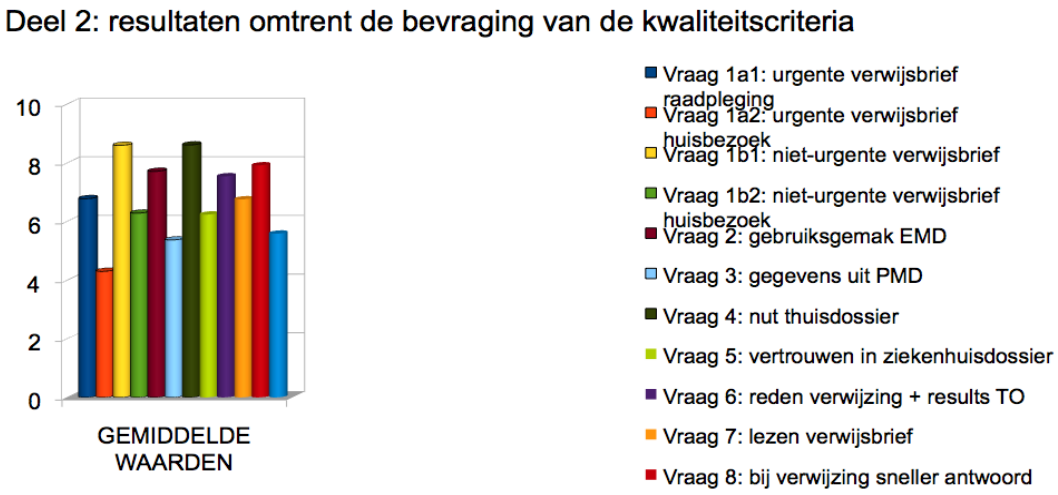
figuur 2 : gemiddelde waarden per vraag.

Y-as: punten van 0 – 10. X-as : voorstelling van de gestelde vragen, aangegeven in kleur.



figuur 3 : weergave van de procentuele verdeling van de punten (1 – 10) in kleur en per vraag.

X-as: 1a1. urgente verwijzing op raadpleging, 1a2. urgente verwijzing op huisbezoek, 1b1. niet urgente verwijzing op raadpleging, 1b2. niet urgente verwijzing op huisbezoek, 2. EMD gebruiksgemak, 3. gegevens uit PMD, 4. nut thuisdossier, 5. vertrouwen in ziekenhuisdossier, 6. reden van verwijzing en resultaat technisch onderzoek, 7. lezen van verwijsbrief, 8 .met verwijsbrief, sneller antwoord, 9. geen verwijsbrief, geen verslag.



figuur 4: gemiddelde waarden per vraag.

Y-as: punten van 0 – 10.

X-as : voorstelling van de gestelde vragen, aangegeven in kleur.

Bijkomend is per vraag de standaarddeviatie, als maat voor de spreiding van de betrokken waarden, berekend. Hiermee kan een idee verkregen worden van de onderlinge verschillen.

Zo ziet men in tabel 5 een eerder kleine SD bij onder meer de medische voorgeschiedenis, de medicatie, reden van verwijzing en actieve ziekte. Er is een grote eensgezindheid onder de huisartsen en HAIO's wat betreft het nut van een thuisdossier.

Grotere verschillen worden teruggevonden bij het opstellen van verwijsbrieven en de gebruiksvriendelijkheid van het EMD. Sommige artsen putten nog geregeld informatie uit hun papieren dossiers terwijl anderen dit niet doen.

Deel I

	gemiddelde	SD
medische voorgeschiedenis	8,7	1.7
actieve ziekten	9,2	1.5
risicovolle predisposities	9,0	1.7
medicatieschema	9,9	1.8
omgevingsfactoren	6,7	2.3
reden van verwijzing	9,2	1.5
resultaat technisch onderzoek	7,9	2.1

Deel II

	gemiddelde	SD
urgente verwijzing op raadpleging	6,8	2,2
urgente verwijzing op huisbezoek	4,3	2,3
niet urgente verwijzing op raadpleging	8,6	1.4
niet urgente verwijzing op huisbezoek	6,3	2.5
EMD gebruiksgemak	7,7	2,2
gegevens uit PMD	5,4	2,7
nut thuisdossier	8,6	1,4
vertrouwen in ziekenhuisdossier	6,2	2,2
reden van verwijzing en resultaat technisch onderzoek	7,5	2,1
lezen van verwijsbrief	6,8	2
met verwijsbrief, sneller antwoord	7,9	1,8
Geen verwijsbrief, geen verslag	5,6	2,3

Tabel 5: verband tussen het gemiddelde en de SD; resultaten van de enquête per item. Het gemiddelde geeft de gemiddelde score van de vraag weer, de standaarddeviatie als maat voor de spreiding van de betrokken waarden.

III.III. Kwalitatief onderzoek in vier groepen artsen

DEEL I

1. Huidige constitutie of de medische voorgeschiedenis

De informatie in een verwijsbrief moet zowel volgens de huisartsen als HAIO's nodig, nuttig en wenselijk zijn. Afhankelijk van de aard van de verwijzing kan deze informatie meer of minder uitgebreid zijn vinden alle artsen.

Zowel de huisartsen als HAIO's zijn van oordeel dat de informatie overdracht nooit schade mag berokkenen aan de patiënt. Bijvoorbeeld, indien er wordt vermeld dat een patiënt ooit depressief is geweest omwille van een voorbijgaand probleem dan kan het gebeuren dat de specialist bij de voorgeschiedenis depressie vermeldt. Dit protocol kan door de mutualiteit of door andere verzekeraars verkeerd geïnterpreteerd worden in het nadeel van de patiënt. In een andere groep van HAIO's komt dezelfde gedachtegang terug. Hier wordt als voorbeeld genomen een patiënt die ooit promiscue zou geleefd hebben. Het gevaar bestaat nu dat de patiënt deze stempel met zich blijft meedragen, ook al is dit later niet meer zo. Bijgevolg vinden ze dat in de verwijsbrief enkel objectieve informatie verstrekt mag worden en niet teveel persoonlijke meningen. Men moet zich immers behoeden voor de privacy van de patiënt. Bovendien hoeft niet elke specialist de volledige achtergrond van de patiënt te kennen al bestaat hierover discussie. Als voorbeeld geeft men dat een NKO arts niet hoeft te weten dat zijn patiënt frigide is maar anderzijds kan frigiditeit wel belangrijk zijn voor een gastro-enteroloog in het kader van een prikkelbaar darm syndroom.

De meeste HAIO's vinden dat de voorgeschiedenis meestal niet geactualiseerd is. Eens de gegevens zijn opgenomen in het dossier, worden ze niet meer kritisch geëvalueerd. Dit betekent dat een fout, eenmaal als ze is opgeschreven, bij elke verwijzing opnieuw wordt doorgegeven. Zo vertelt een HAIO dat tijdens zijn ziekenhuisstage in een patiënte haar dossier stond vermeld dat ze een hysterectomie had laten uitvoeren terwijl ze nooit een gynaecologische ingreep had ondergaan.

Erger nog vinden de HAIO's de eventuele appreciaties in de voorgeschiedenis die een negatief beeld van de patiënt weergeven en helemaal niet meer relevant zijn. Bijvoorbeeld, een patiënte met in de voorgeschiedenis een PID waarbij te lezen staat dat dit vermoedelijk ten gevolge van promiscue gedrag is of bijvoorbeeld dat het om een marginale patiënt gaat. Stel dat deze patiënt ooit opgenomen wordt, stel dat de voorgeschiedenis overgenomen wordt, gekopieerd en bij ontslag met de patiënt wordt meegegeven en bedenk dat de patiënt tegenwoordig regelmatig zijn brief gaat lezen, dan kan dit aanleiding geven tot heel wat problemen. Dit zijn zaken waar men moet voor opletten.

Voor het overige geven de HAIO's dikwijls één van de laatste ziekenhuisverslagen mee waarin de voorgeschiedenis vermeld staat.

Een andere reden waarom ze het bijvoegen van een geactualiseerde lijst zo belangrijk vinden is de onbetrouwbaarheid van de patiënt zijn verhaal. Als er geen objectieve gegevens worden meegegeven krijgt men soms een heel ander verhaal. Sommige patiënten zijn ervan overtuigd dat ze een penicilline allergie hebben terwijl het bij verdere grondige navraag helemaal niet zo zeker is.

In de HAIO groep wordt opgemerkt dat een aangepaste voorgeschiedenis en constitutie voor een verwijsbrief opstellen niet altijd even vanzelfsprekend is. Ze zijn kritisch over hun eigen kennis en ze vragen zich af of ze soms geen zaken over het hoofd zien. Welke gegevens zijn relevant en welke niet?

Tot slot wordt aangegeven dat dit ook een probleem is in de woon- zorg- centra. Het medicatie schema is meestal goed onderhouden doch het dossier is vaak onvolledig wat de medische voorgeschiedenis betreft.

2. <u>Actieve ziekten</u>

Omdat een verwijzing volgens de huisartsen meestal verband houdt met de actieve aandoening, vinden zij dat hieromtrent zoveel mogelijk informatie moet worden verschaft. Zeker als de patiënt lijdt aan overdraagbare infectieuze ziekten zoals hepatitis of AIDS…

Iedereen gaat bijgevolg akkoord om alle aandoeningen zo uitgebreid mogelijk te vermelden. Deze opvatting komt zowel bij de huisartsen, spoedartsen als bij de HAIO's terug.

3. <u>Risicofactoren</u>

Risicofactoren dienen uiteraard vermeld te worden. In de groep van huisartsen halen ze specifiek aan dat allergieën en anafylaxie altijd vermeld moeten worden. De spoedartsen benadrukken onder meer het belang van te weten of een patiënt al dan niet allergisch is aan bijvoorbeeld penicilline.

4. Chronische medicatielijst

De huisartsen vinden dat het voor elke verwijzing, ook bijvoorbeeld voor een orthopedisch probleem bij een patiënt met een uitgebreide cardiovasculaire voorgeschiedenis, nodig is om de desbetreffende specialist op de hoogte te stellen van een volledig en up-to-date medicatieschema.

In de groep van de spoedartsen wordt het belang van een volledige medicatielijst benadrukt. Uiteraard willen zij zoveel mogelijk informatie over de patiënt doch voornamelijk dit topic en 'relevante informatie' is voor hen essentieel.

De HAIO's zijn van mening dat de chronische medicatie lijsten die terug te vinden zijn in de medische dossiers bijna nooit up-to-date zijn. Ze zijn van oordeel dat een geactualiseerde medicatielijst steeds zou moeten terug te vinden zijn in het EMD en dat hier meer aandacht aan besteed zou moeten worden. Ze onderstrepen bovendien het bijzonder belang van een EMD doch geven tegelijkertijd aan dat dit zeer tijdrovend is en dat nog meer en betere ondersteuning welkom zou zijn. Omwille van deze situatie geven ze aan soms zelf niet te weten welke medicatie hun patiënten nemen.

In de andere groep van HAIO's wordt al eens gezegd aan de patiënt in geval van verwijzing om de verpakking van de medicatie mee te nemen. Men beseft dat dit niet de goede methode is. Er wordt zo immers geen informatie meegedeeld omtrent de correcte dosis en het aantal eenheden die worden ingenomen. Dit is voornamelijk een probleem bij de geriatrische patiënten. Dit laatste is zeer herkenbaar: iedereen herinnert zich als stagiair wel een situatie waarin dit voor veel frustratie zorgde.

5. Omgevingsfactoren

Zoals reeds vermeld vinden de huisartsen dat alleen objectieve informatie zoals de socio-economische status kan meegedeeld worden.

Volgens de HAIO's mag vermeld worden dat je bijvoorbeeld een geriatrische patiënt verstuurd omdat hij/zij thuis onvoldoende toezicht heeft, terwijl de pathologie op zich niet zo urgent is. Ze geven aan op te letten van geen psychologische gegevens en zeker geen persoonlijke appreciaties te vermelden. Als voorbeeld halen ze aan een kind met anale wratjes dat mogelijks seksueel misbruikt is of een patiënt die als tiener ooit cannabis heeft gebruikt en waarvan er jaren later nog steeds in het dossier cannabis abusus vermeld staat.

De spoedartsen vinden de omgevingsfactoren algemeen minder belangrijk. Het belang hangt volgens hen af van de pathologie. Zo zijn de omgevingsfactoren wel zeer belangrijk in het kader van dementie.

6. Reden van verwijzing en de bevindingen van het klinisch onderzoek

De HAIO's vragen zich af of er daadwerkelijk rekening gehouden wordt met de verwijzing naar een specifieke dienst en of het wenselijk is dat er suggesties worden gedaan voor verder onderzoek. Ze willen niet arrogant overkomen in de ogen van de specialisten. Soms is het ook niet duidelijk naar welke dienst ze moeten verwijzen. Als voorbeeld wordt een patiënt met vermoeden van een TIA of CVA genomen. Moeten ze hier verwijzen naar neurologie om een hersenbloeding uit te sluiten of naar de dienst cardiologie omdat een TIA primair een cardiovasculair probleem is.

De HAIO's zijn van mening dat er een diagnose of een differentieel diagnose in de brief mag staan en de groep vindt dat op een vraag steeds een antwoord moet komen. Wat je bijvoorbeeld niet moet doen is voor een patiënt met een cardiale problematiek een afspraak maken op het CAT lab en ondertussen de patiënt via spoed verwijzen. Een kleine groep HAIO's zegt geen diagnose te vermelden maar dit te laten blijken aan de hand van anamnese en klinisch onderzoek.

Zij zijn van oordeel dat er op 3 verschillende manieren verwezen kan worden. Ten eerste: na anamnese en klinisch onderzoek verder sturen voor aanvullende evaluatie en advies bijvoorbeeld bij vermoeden van een cholecystitis. Ten tweede: iemand versturen met vermelding van het hoofdsymptoom bijvoorbeeld pijn in het rechter hypochonder. Ten derde: iemand versturen met de vermelding graag behandeling wegens acute cholecystitis.

Algemeen wordt aangenomen dat de reden van verwijzing best zo uitgebreid mogelijk wordt gehouden.

Vele HAIO's vinden het belangrijk dat ze hun eigen indrukken van de situatie mee vermelden omdat er misschien een discrepantie bestaat tussen wat de patiënt en de arts denken. Ze vermoeden hiermee belangrijke informatie aan de specialisten te verschaffen omdat ze de patiënt goed kennen.

De spoedartsen willen voornamelijk dat de vraagstelling duidelijk is. Bijvoorbeeld bij een vermoeden van appendicitis speelt het voor hen geen rol of er een klinisch onderzoek bijgevoegd is met onder meer rechter fossa pijn dan wel simpelweg de vraag 'appendicitis?'. Sommigen ergeren zich er wel aan als er opdrachten gegeven worden. Bijvoorbeeld bij het vermoeden van een appendicitis 'graag echografie' vermelden . Ze voegen er tot slot aan toe dat een besluit wenselijk is.

7. De uitslagen van de meest recente technische onderzoeken

Resultaten van onderzoeken in verband met de pathologie worden zoveel mogelijk meegegeven. Vooral de biochemie zou zeker bijgevoegd moeten zijn vinden de HAIO's. Enkele artsen vinden dit minder belangrijk omdat ze vermoeden dat de onderzoeken toch herhaald worden in het ziekenhuis.

Als de patiënt gekend is in het ziekenhuis is dit geen prioriteit voor de spoedartsen. Zo niet worden zij uiteraard wel graag geïnformeerd.

DEEL II

8. Realiseerbaarheid van de verwijsbrief in enkele specifieke situaties

Er wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen een spoedverwijzing en een gewone niet dringende verwijzing. In geval van een spoedverwijzing wordt benadrukt dat de verwijzende arts altijd heel duidelijk zijn naam moet vermelden en zo nodig de naam van de huisarts. Zowel de huisartsen als HAIO's vinden het niet altijd evident om in die gevallen een kwalitatief goede verwijsbrief op te stellen. Bijvoorbeeld in geval van een dringende verwijzing zijn de artsen er zich van bewust dat de kwaliteit van de informatie dikwijls onvoldoende is. Vandaar dat de huisartsen aangeven dat de verwijzende arts zoveel mogelijk beschikbaar en bereikbaar moet blijven voor (telefonisch) overleg.

Afhankelijk van de pathologie zal de verwijzende arts zoveel mogelijk aangeven naar welke dienst de patiënt dient verwezen te worden.

Een verwijsbrief opstellen tijdens de consultaties vinden de meeste HAIO's theoretisch gemakkelijk. Vooral als je een sjabloon gebruikt zoals bijvoorbeeld dat van Domus Medica.

Een verwijsbrief mag niet te veel tijd in beslag nemen. Bijgevolg zijn de HAIO's van mening dat verwijsbrieven die opgesteld worden tijdens de raadpleging algemeen van minder goede kwaliteit zijn. Bij acute problemen wordt de verwijsbrief door HAIO's onmiddellijk gemaakt. Sommige van de HAIO's geven aan dat ze hun verwijsbrieven na de consultatie maken en ze nadien klaarleggen in geval van een niet dringende verwijzing. Een nadeel hiervan is dat dit moeilijk 's avonds thuis kan gebeuren vermits er dan geen notie in het dossier zit . Het later invoeren zou nog meer werk betekenen.

Verder vinden ze dat het opstellen van een goede verwijsbrief een meerwaarde betekent voor de eigen kwaliteit van zorg. De patiënten worden op die manier beter in kaart gebracht. Een volgende verwijzing zal vlotter gaan. Ook wordt gesproken over het

deontologisch aspect van de arts als verwijzer maar één HAIO voelt zich wat aangevallen door deze opmerking.

Een andere HAIO maakt een verschil in uitgebreidheid van verwijzing, afhankelijk van de leeftijd en het intellect van de patiënt. Als argument wordt aangehaald dat een jonge, zelfbewuste patiënt beter in staat is zijn klachten te uiten in vergelijking met een geriatrische of cognitief beperkte patiënt.

Op huisbezoek een verwijsbrief opstellen met onder andere de medische voorgeschiedenis vinden de HAIO's al veel moeilijker gezien je niet beschikt over alle gegevens. Hier hebben de huisartsen beduidend minder problemen mee, waarschijnlijk omdat ze over een grondigere kennis beschikken van hun patiënten.

Vooral tijdens een ernstige, acute situatie wanneer er veel aandacht aan de patiënt moet besteed worden, ondervinden de HAIO's moeilijkheden. Als voorbeelden gebruiken ze een stuporeuze patiënt ten gevolge van een hypoglycemie of een patiënt met vermoeden van een acuut coronair syndroom waarvoor een MUG interventie nodig is.

Wat de spoedartsen willen weten is welke stappen er reeds ondernomen zijn en welke medicatie toegediend is. Ze handelen steeds volgens het ABCDE principe, iets wat minder gekend is bij de huisartsen en wat vaak voor problemen zorgt.

Alleszins is het voor de HAIO's duidelijk dat er een groot verschil is voor het maken van een verwijsbrief op consultatie, op huisbezoek, bij een gekende patiënt of bij een niet-gekende patiënt als wachtarts, in een dringende of niet dringende situatie.

9. <u>De gebruiksvriendelijkheid van het EMD</u>

Een goed onderhouden EMD is van groot belang. Het draagt bij tot de kwaliteit van zorg. Indien het up-to-date is, kan er snel en adequaat een verwijsbrief opgesteld worden. Dit onder andere via een CIS verwijzing en de bijhorende sjablonen. Er bestaat dus een vrij duidelijke consensus over het nut van het EMD. Zonder een EMD zou deze opdracht moeilijk zijn.

Vervelend is dat er in de praktijk nogal wat computerproblemen bestaan die het maken van een goede verwijsbrief bemoeilijken. Deze problemen zijn heel divers en zowel afhankelijk van de gebruiker als van de software die gebruikt wordt. Bovendien zijn er maar weinig elektronische dossiers volledig in orde waardoor de kwaliteit van de verwijsbrief daalt en men dreigt in een vicieuze cirkel terecht te komen. De HAIO's vragen zich af of het niet mogelijk is informatie vanuit de antwoordbrieven automatisch in te voeren in het dossier. Het manueel verwerken van de data vergt opnieuw (teveel) tijd. De HAIO's blijven hoopvol en denken dat er in de toekomst meer gecodeerd zal worden. Al voegen ze hier aan toe dat

het coderen vereenvoudigd moet worden. Ze stellen vast dat het nu nodeloos ingewikkeld is. Bijvoorbeeld bij het invoegen van otitis media wordt er gevraagd of dit viraal of bacterieel is terwijl dit klinisch onmogelijk kan gedifferentieerd worden. Vervolgens wordt de vraag gesteld in welke mate een administratief bediende hierin kan bijdragen en of deze gerechtigd is tot het lezen en invoeren van medische gegevens. Volgens de HAIO's moet een secretaresse in staat zijn de medicatielijst van de patiënt te overlopen en te toetsen aan de gegevens in het EMD.

Enkele artsen geven aan dat als het dossier niet in orde is en ze een verwijsbrief moeten opstellen, ze vaak een voorgeschiedenis overnemen uit een brief van de specialisten. Ze zijn er zich van bewust dat dit gevaren met zich meebrengt. Er kunnen fouten in staan die op deze manier in stand worden gehouden. Er wordt spontaan in de groep een rondvraag gedaan: bij wie denkt men, zijn de EMD's tot op zekere hoogte goed onderhouden. Bij de HAIO's die denken dat hun dossiers goed opgevolgd worden blijkt dat hier steeds een praktijkassistente meewerkt. Verder denken de HAIO's dat het moeilijk is dezelfde dossierkennis te hebben als hun voorgangers om de eenvoudige reden dat door het ontstaan van groepspraktijken de patiënt niet steeds bij hun op raadpleging komt. Dit versterkt de nood aan een geactualiseerd EMD.

10. Gegevens overnemen vanuit een papieren dossier

In sommige praktijken is het nog zo dat de antwoordbrieven dikwijls alleen schriftelijk worden toegestuurd. Een probleem hiervan is dat dit voor een extra belasting zorgt, omdat deze gegevens moeten in gescand worden. Zo niet, zorgt dit voor een nog grotere achterstand in de dossiers. Het opzoekwerk is te omslachtig. Ook hier is er in één van de HAIO groepen weer vraag naar een praktijkassistente om de medische dossiers mee in orde te helpen brengen. Te dikwijls zouden hiervoor de HAIO's en stagiairs ingeschakeld worden.

Bij een verwijzing wordt er algemeen slechts zelden gekeken in de papieren dossiers.

11. Nut van een papieren thuisdossier

De patiënt zou beter beschikken over een beperkt thuisdossier dat de belangrijkste medische antecedenten alsook het actuele medicatieschema bevat, vinden de HAIO's, voornamelijk omwille van de mindere beschikbaarheid en bereikbaarheid van de behandelende huisarts. Dit is ook belangrijk voor de relatie en voor de communicatie met andere collega's binnen de praktijk, de wachtartsen en spoedartsen.

Sommigen zeggen dat ze dit thuisdossier reeds hebben ingevoerd. Anderen stellen zich de vraag wie je zo'n kaft met deze gegevens moet bezorgen. Ook dit vraagt immers een bijkomende inspanning. Een ander probleem is dat dergelijk dossier meestal alleen bij de patiënt thuis ligt en dat bijgevolg het EMD niet geactualiseerd wordt. Als een collega op huisbezoek moet gaan, heeft deze niet de mogelijkheid op voorhand alle gegevens in te zien. Omgekeerd ligt een ander deel van het dossier dan weer in de praktijk.

Anderzijds is dit ontegensprekelijk interessant voor de wachtarts. Men begrijpt dat er zich problemen kunnen stellen tijdens een wacht omdat er geen dossier aanwezig is. Zo is er een HAIO bij een oude man geroepen met vermoeden van een acuut coronair syndroom (stemi), die niet naar het ziekenhuis wilde gaan en zei dat dit afgesproken was. Nergens was er een notie te vinden van een DNR beleid wat een zeer vervelende en tijdrovende situatie met zich meebracht.

De uitgebreidheid van de thuisdossiers varieert. Sommigen voegen steeds de meest recente uitslagen van onderzoeken toe als ze op huisbezoek gaan. Anderen noteren hun bevindingen zoals in het journaal. Ook hier moet men oppassen bij het neerschrijven van allerhande bevindingen. Bijvoorbeeld psychiatrische problemen of andere zaken waarvan de artsen niet graag hebben dat de patiënten dit lezen. Zij worden dan ook minder gemakkelijk genoteerd in een thuisdossier.

Een andere beperking is dat dikwijls de thuisdossiers progressief afnemen in kwaliteit. Overigens moet, in geval van een geschreven thuisdossier, het handschrift duidelijk zijn. Dit is ook een zeer belangrijke opmerking van de spoedartsen: de leesbaarheid van de verwijsbrieven. Dit vinden zij bijna even belangrijk als de inhoud.

Er is een discussie hoe dit tool gebruikt zou kunnen worden in geval van een verwijzing en in geval je er als wachtarts mee geconfronteerd wordt. Sommigen zouden het bijvoegen al bestaat het gevaar het hele dossier te verliezen. Anderen schrijven de belangrijkste gegevens over.

Als er geen thuisdossier aanwezig is, denken de HAIO's, zal ook het EMD in de praktijk niet optimaal onderhouden zijn. De vraag wordt gesteld of een laptop eventueel handig zou zijn. De meeste artsen zijn echter van menig dat dit te omslachtig is in gebruik. Overigens zouden er naar collega's toe dezelfde problemen zijn. Een dossier zou immers niet aanwezig zijn bij de patiënten thuis. Er is dus nood aan een systeem dat toelaat snel de dossiers van de patiënten te raadplegen. Tablets zouden in de toekomst misschien een hulpmiddel kunnen zijn.

Er is één praktijk waar de artsen toch de moeite doen om met een laptop te werken. Nadien wordt deze via de administratief bediende gesynchroniseerd met de computers in de praktijk. Ook hier geeft de arts toe dat de laptop tijdrovend is maar zo wordt alle informatie wel samengevoegd in één gemeenschappelijk dossier, toegankelijk voor alle artsen in de praktijk.

12. Het medische dossier aanwezig in het ziekenhuis

Hierover zijn de meningen verdeeld. Sommige artsen vertrouwen op het medisch dossier dat aanwezig is in het ziekenhuis. Anderen maken de opmerking dat in geval van een spoedverwijzing de patiënt met de ziekenwagen naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis wordt gebracht. Omdat de patiënt daar niet altijd gekend is, kan dit voor problemen zorgen. Soms wordt er gerefereerd naar een ontslagbrief. Bijvoorbeeld, voor een patiënt die voor de eerste keer op consult gaat bij de cardioloog maar gekend is bij de nefroloog, wordt er verwezen naar de antwoordbrief van deze laatste.

Tussen de HAIO's is er een discussie dat hierdoor teveel tijd verloren gaat. De spoedartsen geven echter aan dat dergelijke informatie snel gevonden kan worden. Toch maken de meeste artsen een afprint vanuit het eigen EMD of noteren ze de medische voorgeschiedenis, als ze deze kennen, in de verwijsbrief.

13. Communicatie tussen de artsen

De HAIO's vragen zich af of het de moeite is een degelijke verwijsbrief te schrijven. Ze stellen zich immers de vraag of hij gelezen wordt door de collega spoedarts of andere specialist. Zo vertellen ze dat tijdens hun stage verwijsbrieven soms verticaal geklasseerd werden en dat er dus helemaal geen nota van genomen werd. Omgekeerd geldt hetzelfde. Ook de specialisten vragen zich af hoeveel van de uitgebreide antwoordbrieven die ze schrijven door de huisartsen worden gelezen.

De HAIO's zeggen dat ze de antwoordbrieven wel degelijk lezen om opvolging en informatie over hun patiënten te weten te komen. Voornamelijk de besluiten worden gelezen. Ze denken trouwens dat het al of niet lezen van de verwijsbrieven arts afhankelijk is, niet enkel alleen van de specialist maar ook van wie de verwijsbrief afkomstig is. Verder denken sommigen dat wanneer ze een goede brief opstellen, de specialist op zijn beurt meer aandacht besteed aan de antwoordbrief. Sommigen denken echter dat er geen verschil is. Hierdoor daalt de motivatie. Indien er een kwalitatief minder goede verwijsbrief wordt gemaakt, is er wel het besef dat dit weinig collegiaal is en dat cruciale gegevens die belangrijk kunnen zijn bij het stellen van een accurate diagnose niet aanwezig zijn, zeker bij multiorgaanpathologie. Het is duidelijk dat dit een probleem van wederzijds respect en vertrouwen is. Bijsturing lijkt noodzakelijk in het belang van de patiënt concluderen ze.

De huisartsen en HAIO's en soms ook de wachtartsen willen graag een verslag terug als ze een verwijsbrief meegegeven hebben met de patiënt. Op de vraag of ze denken dat er van

een niet verwezen patiënt geen antwoord volgt, blijven ze eerder diplomatisch. Volgens hen hangt dit ook weer af van de specialist in kwestie.

Ook denken ze dat het contact tussen de huisarts en specialist vroeger blijkbaar beter was. Ze vermoeden dat dit komt omdat ze mekaar beter kenden. Verder nemen sommigen van de HAIO's en huisartsen gemakkelijk contact op met de arts naar wie verwezen is, anderen doen dat veel minder. Eén HAIO vroeg zich af wat de specialisten, meer bepaald de spoedartsen van hen verwachten. Hierbij vroegen ze zich af of feedback mogelijk zou zijn. Ook stellen ze vast dat ze zelden een vorm van erkenning krijgen als ze een goede verwijsbrief opstellen.

Alle ondervraagde artsen en haio's gaan akkoord om altijd een zo goed mogelijke verwijsbrief mee te geven.

14. Andere opmerkingen en ideeën betreffende het thema

Op het einde van de gespreksronde werd gevraagd of er nog opmerkingen waren over andere aspecten van de verwijsbrief dan de medisch inhoudelijke waarover werd gediscussieerd.
Zoals reeds vermeld vinden de huisartsen het belangrijk dat goed aangegeven wordt naar wie verwezen wordt en wie de huisarts is. Hierbij worden bij voorkeur de gegevens, zoals het telefoonnummer duidelijk bovenaan vermeld als deze niet verwerkt zijn in de stempel of als de verwijzende arts niet de huisarts is.
De vorm vinden de spoedartsen minder belangrijk. Overwegend is er een lichte voorkeur voor een elektronisch opgestelde brief maar dit louter omwille van de leesbaarheid. Een verzorgd handschrift, waarbij het probleem onmiddellijk duidelijk is, vinden ze even goed. De spoedartsen hopen dat de verwijsbrieven van de huisartsen ooit rechtstreeks in hun computer systeem kunnen ingegeven worden. Dit zou reeds mogelijk zijn in een ander ziekenhuis.
Verder suggereren ze om bepaalde sjablonen per discipline standaard te ontwikkelen. Zo hebben zij bijvoorbeeld een sjabloon ontwikkeld voor inwendige ziekten 'spoed inwendige', 'spoed neuro', een 'spoed algemeen' en dergelijke.

III.IV. Evaluatie verwijsbrieven

Verzamelde verwijsbrieven via de dienst spoedgevallen

In totaal worden er 688 willekeurige dossiers ingezien van patiënten die de dienst spoedgevallen hebben geraadpleegd. Uit deze dossiers worden er 203 verwijsbrieven weerhouden. Op basis van deze gegevens wordt er berekend dat 29,5% van de patiënten verwezen zijn, na toepassen van de exclusiecriteria.

Van de verwezen patiënten zijn er 115 vrouwen en 68 mannen, respectievelijk 57,2% en 42,7%.

Bij de niet verwezen patiënten zijn er 84 vrouwen en 103 mannen, respectievelijk 44,9% en 55,0%, een opmerkelijke vaststelling.

Er zijn dus procentueel duidelijk meer vrouwen die met een verwijsbrief de dienst spoedgevallen bezoeken dan mannen.

Van de verwijzende artsen zijn er 72,1% mannen en 27,9% vrouwen. Er is niet nagegaan wat de verhouding is in de regio van mannelijke en vrouwelijke artsen zodat dit element geen statistisch nut heeft in verband met het verwijsgedrag van mannen en vrouwen.

Welke pathologie

Zonder dat er expliciet wordt verwezen naar een bepaalde dienst, wordt er aan de hand van het voorhanden probleem toch een inventaris opgemaakt van de aard van het te evalueren probleem. In 2,5% van de gevallen worden de verwijsbrieven niet opgenomen omdat het niet duidelijk is naar welke dienst verwezen is. In totaal zijn dit 5 verwijsbrieven.

De pathologie die verwezen wordt samen met de procentuele belangrijkheid is terug te vinden in onderstaande tabel 6.

Ook hier dient vermeld te worden dat het gaat om een willekeurige steekproef en dat de absolute waarden kunnen verschillen.

orthopedie	37	18,2 %
gastro-enterologie	35	17,2 %
urologie	21	10,3 %
cardiologie	21	10,3 %
pneumologie	17	8,3 %
neurologie	15	7,3 %
abdominale heelkunde	14	6,8 %
psychiatrie	8	3,9 %
geriatrie	7	3,4 %
algemene inwendige	5	2,4 %
gynaecologie	4	1,9 %
endocrinologie	3	1,4 %
Intensieve zorgen	3	1,4 %
oftalmologie	2	0,9 %
hematologie	2	0,9 %
proctologie	2	0,9 %
stomatologie	1	0,4 %
vaatheelkunde	1	0,4 %
niet op te maken	5	2,4 %

Tabel 6: overzicht van de verwezen problemen.

Evaluatie van de gerealiseerde kwaliteitscriteria

De vraag die zich stelt is welke van de geselecteerde essentiële kwaliteitscriteria teruggevonden worden in de verwijsbrieven. Hierbij horen enkele opmerkingen.

Bij het toewijzen van een kwaliteitscriterium aan een verwijsbrief wordt er geen rekening gehouden met de volledigheid van de informatieoverdracht. Er wordt dus niet geëvalueerd of de informatie geactualiseerd is. Enkel wordt er gekeken of er informatie over het desbetreffende criterium aanwezig is.

Hieruit volgt dat wanneer uit de verwijsbrief blijkt dat de verwijzende arts de intentie heeft om de informatie in kwestie mee te geven, de kwaliteitsnorm wordt toegekend. Voor de verdere interpretatie van de resultaten dient opgemerkt te worden dat deze appreciatieve benadering ruim in het voordeel is van de verwijzende arts. Er wordt in deze studie ook geen onderzoek gedaan naar welke informatie nu essentieel niet aanwezig is om kwaliteitsvolle en economisch verantwoorde geneeskunde te garanderen. Dit laatste voornamelijk in het kader van het meegeven van de resultaten van de reeds uitgevoerde onderzoeken. Bijgevolg wordt er ook geen onderzoek gedaan in hoeveel procent reeds voorafgaand bijkomende technische onderzoeken zijn gebeurd. Bijkomend is er dus ook geen informatie omtrent de

verhouding tussen de reeds uitgevoerde onderzoeken en de meegegeven informatie. Hieruit volgt dat bij de evaluatie of er een resultaat van uitgevoerd onderzoek wordt meegegeven, opnieuw alleen gekeken wordt of er hiervan iets terug te vinden is.

Er wordt geen rekening gehouden met de later bekomen informatie via bijvoorbeeld telefonisch overleg. Dit is dan weer in het nadeel van de verwijzende arts aangezien de soms moeilijke omstandigheden waarin een verwijzing moet gebeuren.

Een overzicht van de gerealiseerde kwaliteitscriteria die worden gevonden in de 203 verwijsbrieven vindt u in onderstaande tabel 7.

Score van gerealiseerde kwaliteitscriteria in **203 verwijsbrieven dienst spoedgevallen**

medische voorgeschiedenis	49	24,0 %
actieve ziekten	25	12,2 %
risicovolle predisposities	13	6,3 %
medicatieschema	66	32,3 %
omgevingsfactoren	9	4,4%
reden van verwijzing	196	96 %
bevindingen klinisch onderzoek	150	73,5 %
resultaat technisch onderzoek	42	20,5 %

Score van gerealiseerde kwaliteitscriteria in **45 verwijsbrieven dienst orthopedie**

medische voorgeschiedenis	14	31,1 %
actieve ziekten	5	11,1 %
risicovolle predisposities	4	8,8 %
medicatieschema	15	33,3%
omgevingsfactoren	0	0 %
reden van verwijzing	45	100 %
bevindingen klinisch onderzoek	32	71,1%
resultaat technisch onderzoek	16	35,5 %

Tabel 7: evaluatie procentuele realisatie van de kwaliteitscriteria in verwijsbrieven respectievelijk gericht aan de dienst spoedgevallen en orthopedie.

Een vergelijkend onderzoek met verwijsbrieven verzameld via de dienst orthopedie

In één van de focusgroepen wordt de vraag gesteld of het onderzoek zich enkel heeft toegelegd op de evaluatie van de verwijsbrieven die aan de dienst spoedgevallen gericht zijn. Naar aanleiding van deze vraag ontstaat het idee een korte vergelijkende studie te doen tussen verwijsbrieven gericht aan de dienst spoedgevallen en verwijsbrieven gericht aan de dienst orthopedie. Dit is mogelijk omdat er ook een assistentschap op de dienst orthopedie in mijn opleiding is opgenomen. Via deze dienst worden er via de raadpleging 45 verwijsbrieven verzameld en verwerkt op dezelfde manier als de brieven die verzameld worden via de dienst spoedgevallen. De patiënten worden om hun toestemming gevraagd en de verwijsbrieven worden op dezelfde manier geëvalueerd als deze van de dienst spoedgevallen. Een overzicht van de resultaten vindt u tabel 7.

IV. Bespreking van de resultaten

Kwaliteit van de verwijsbrieven

Uit de evaluatie van de verwijsbrieven, verzameld via de dienst spoedgevallen, blijkt dat de kwaliteit niet op alle punten beantwoordt aan de vooropgestelde criteria. Afgezien van de reden van verwijzing (96%) en de bevindingen van het klinisch onderzoek (73,5%) scoren de andere criteria minder dan 33%. Uit de enquête komt naar voor dat het **medicatieschema** zeer **belangrijk** is. Dit is slechts aanwezig in 32,3%. Men mag aannemen dat het percentage volledige medicatielijsten nog lager ligt. Er is geen overeenkomst tussen de kwaliteit van de geëvalueerde verwijsbrieven en de mening van de artsen.
Slechts een klein percentage van de brieven wordt **elektronisch** opgesteld. In de overgrote meerderheid van de gevallen wordt de verwijsbrief op een voorschrift opgesteld.
Een goede verwijsbrief moet **leesbaar** zijn. Alhoewel dit moeilijk te objectiveren is en afhankelijk van de onderzoeker, is geprobeerd een consensus te bereiken door bij twijfel de verwijsbrief door drie artsen te laten lezen. Op deze manier zijn er uiteindelijk slechts 5 verwijsbrieven niet leesbaar bevonden. Anderzijds moet er opgemerkt worden dat het handschrift niet altijd verzorgd is.
Ook de **voorgeschiedenis** scoort laag (24%) wat niet overeenkomt met de mening van de artsen. Voor de kenmerken actieve ziekten, risicovolle predisposities en aanwezigheid van informatie van recente technische onderzoeken kan niet worden uitgemaakt of de bekomen percentages overeenkomen met de werkelijke prevalentie van die aandoeningen in de groep van verwezen patiënten. In de dossiers is geen vermelding te vinden van het niet aanwezig zijn van die kenmerken.
Slechts enkele verwijsbrieven hebben een **sjabloon**. Hillemans en De Lepeleire tonen nochtans aan dat verwijzing via een sjabloon meer informatie bevat.
Uit de verwijsbrieven is af te leiden dat er zich meer mannen dan vrouwen aanbieden zonder verwijsbrief op de dienst spoedgevallen. Ook zijn er procentueel meer vrouwen dan mannen die zich wel met een verwijsbrief presenteren. Een mogelijke verklaring kan zijn dat dit beroepsgebonden is. De steekproef is immers gebeurd in een stedelijke omgeving. Dit maakt dat er zich veel patiënten aanbieden met een arbeidsongeval. Hierbij veronderstellen we dat mannen gemiddeld meer risicovolle handenarbeid leveren.

Vergelijking tussen de verwijsbrieven gericht aan spoedgevallen en orthopedie

Een vergelijkende evaluatie van de verwijsbrieven gericht aan spoedgevallen en aan orthopedie toont geen noemenswaardig verschil tussen beide: medische voorgeschiedenis 24,0–31,1% en het medicatieschema 32,3-33,3%.

Omgevingsfactoren en hun causaliteit met het ziekteproces scoren laag.

Een beperking van het onderzoek is dat er bij de evaluatie van de criteria niet is nagegaan of ze volledig zijn.

Meningen van de artsen

De resultaten van het kwaliteitsonderzoek komen niet overeen met de mening van de artsen (figuur 1). Dit blijkt uit de score die de belangrijkheid van de criteria weergeeft: medische voorgeschiedenis 8,7/10, actieve ziekten 9,2/10, risicofactoren 9/10, medicatieschema 9,1/10, reden van verwijzing 9,1/10, resultaten bijkomende onderzoeken 7,9/10. Alleen andere informatie zoals omgevingsfactoren scoort minder maar toch nog behoorlijk 6,6/10. Sommige artsen vinden dat niet alle 'essentiële' informatie telkens moet worden bijgevoegd. Een NKO arts is bijvoorbeeld minder geïnteresseerd in een abdominale voorgeschiedenis.
Toch blijft het een goede gewoonte om in alle gevallen zoveel mogelijk essentiële kenmerken van de patiënt te vermelden. Er wordt beter te veel informatie gegeven dan te weinig.
Huisartsen en ook HAIO's vinden dat men bij het opstellen van een wijsbrief rekening moet houden met de privacy van de patiënt. Enkel objectieve informatie mag worden vermeld, vooral in verband met de socio-economische status.

Een duidelijk handschrift en een verwijsbrief met een overzichtelijk sjabloon worden door de spoedartsen bijzonder geappreciëerd. Telefonische informatie wordt eerder als een collegiale hoffelijkheid beschouwd maar mag in de regel geen substituut zijn voor de verwijsbrief. Enkel bij spoedeisende verwijzingen is deze bijkomende informatie dikwijls noodzakelijk.
Een verwijsbrief opmaken is niet altijd gemakkelijk in urgente situaties. In de literatuur wordt eveneens een onderscheid gemaakt tussen een korte en een uitgebreide verwijsbrief.

Wat is de verklaring voor het verschil tussen enerzijds de mening van de artsen en anderzijds de gebrekkige realisatie?

Uit de enquête komt naar voor hoe belangrijk de artsen een goede verwijsbrief vinden maar anderzijds kan de reële kwaliteit, genormeerd volgens de hoger genoemde criteria beter.
De oorzaken zijn **multifactorieel.**
Terloops wordt vermeld dat het onderzoek is uitgevoerd in een stedelijke omgeving. Veel van de verwijzende artsen hebben hun praktijk in de nabije omgeving. De meeste patiënten hebben in hetzelfde ziekenhuis een dossier. De verwijzende artsen gaan er misschien van uit dat de voorgeschiedenis, risicofactoren en zelfs het medicatieschema **gekend** zijn.

Ook zijn er talrijke omgevingsfactoren die het opstellen van een goede verwijsbrief bemoeilijken. Onder **tijdsdruk** een goede verwijsbrief maken is niet altijd eenvoudig, vooral niet in urgente omstandigheden. In een niet dringende situatie kiezen sommige artsen er voor om de verwijsbrief te schrijven op een rustig moment. Dit zorgt uiteraard voor een **extra belasting**. Huisartsen hebben meestal **weinig assistentie** voor het optimaliseren van hun dossiers zodat concrete informatie soms niet beschikbaar is wanneer het nodig is.
Op huisbezoek is de **toegang tot data** beperkt. Er is dan een grondige dossierkennis nodig als een patiënt verwezen wordt. Door de groepspraktijken worden de patiënten overigens nog behandeld door meerdere artsen. Dit bemoeilijkt de dossierkennis omdat het aantal contacten met de desbetreffende patiënten daalt. Chronische patiënten worden dikwijls uitsluitend op huisbezoek gezien en hier is voor een efficiënte verwijzing een thuisdossier noodzakelijk. Als **wachtarts** is het nog moeilijker om in dergelijke omstandigheden informatie over te dragen.
Een ander aspect is de **motivatie** om een keurige verwijsbrief te schrijven.
Uiteraard is het de plicht van elke arts om zo goed mogelijk en in het belang van de patiënt medische gegevens over te maken. Misschien denken te veel artsen dat de verwijsbrieven amper gelezen worden, wat ook de motivatie niet ten goede komt.
Het is duidelijk dat een goed **EMD** nodig is en dat dit **up-to-date** gehouden wordt. Uit de focusgroepen blijkt dat hier nog veel problemen zijn. Software moeilijkheden zorgen ervoor dat het beheer van de dossiers niet optimaal is.

<u>Hoe kan de informatieoverdracht via de verwijsbrief inhoudelijk worden verbeterd.</u>

Er is nood aan **educatie** en **sensibilisering** voor een goede verwijsbrief. Uit de literatuur vernemen we dat het doorgeven van informatie via een verwijsbrief en retourbrief een **leermoment** kan zijn voor persoonlijke verrijking en een betere dossierkennis van de patiënt. Inhoudelijk goede informatie brengt respect op voor de verwijzende arts en omgekeerd. De opmerkingen in de focusgroepen dat de brieven door beide partijen niet voldoende worden gelezen kan een reden zijn van demotivatie. **Betere communicatie** tussen huisarts en specialist kan dit verbeteren.
Een verwijsbrief mag niet louter beschouwd worden als een toegangskaart voor de dienst spoedgevallen. Het is een belangrijk instrument voor de communicatie tussen artsen. Het moet alle gegevens bevatten om in het belang van de patiënt de beste zorgen te garanderen. Uit literatuurstudies komt naar voor dat **algemene richtlijnen** en **gestandaardiseerde verwijsbrieven** een verbetering brengen in de kwaliteit van informatieoverdracht. In de literatuur blijft men er echter vaag over wat deze richtlijnen zouden moeten inhouden. (Inter)nationaal zou er een **duidelijk beleid** moeten gevolgd worden, te beginnen met educatie. Er wordt te weinig stilgestaan bij de noodzaak van een goede verwijsbrief. Dit blijkt uit het verschil tussen het belang dat aan een goede verwijsbrief wordt gehecht en de presentatie ervan in de praktijk.

Educatie zou kunnen beginnen tijdens de basisopleiding geneeskunde door het belang van informatieoverdracht te benadrukken. Aan de artsen kan geleerd worden om **feedback** te geven aan elkaar, zodanig dat verwijs- en retourbrieven leermomenten worden. Dit alles moet niet noodzakelijk tijdrovend zijn. Er bij stilstaan, even aandacht aan besteden en sensibiliseren kan al veel resultaat opleveren.
Vervolgens is er nood aan **ondersteuning**. De geneeskundige zorg is toegenomen. Hulp kan bijvoorbeeld door het inschakelen van **praktijkassistentie** die veel werk zou kunnen overnemen: synchroniseren van computers en tablets, invoeren van informatie uit antwoordbrieven, repetitief nakijken van medicatielijsten die patiënten bij zich hebben en deze vergelijken met de lijsten aanwezig in het dossier zijn hier enkele voorbeelden van. Ondersteuning wordt hiervoor reeds geboden via impulseo.
Een belangrijke rol is weggelegd voor het **EMD**. Eenvoud en gebruiksvriendelijkheid moeten het mogelijk maken om snel en adequaat een goede elektronische verwijsbrief op te stellen.
Er kunnen richtlijnen opgesteld worden die **vaste sjablonen** aanbieden, voor verschillende situaties, naar analogie met de sjablonen die terug te vinden zijn in de medische dossiers van het ziekenhuis.
Eventueel kunnen er tablets gebruikt worden die tijdens huisbezoeken toelaten het EMD te raadplegen en er notities in te maken.
Een **papieren thuisdossier** is een goede hulp, in het bijzonder voor de collega wachtarts. Bij verwijzing kan dit het schrijfwerk tijdens huisbezoeken beperken door dergelijke dossiers als bijlage mee te geven. Er moet uiteraard gezorgd worden dat dergelijke dossiers niet verloren gaan.
In de literatuur stelt men zelfs voor van de verwijsbrieven te **kopiëren** voor de patiënt, wat min of meer overeenkomt met het voorzien van een thuisdossier.
Verder zouden er **regionale samenwerkingsafspraken** kunnen gemaakt worden. Deze verbeteren de communicatie door de **anonimiteit op** te **heffen** en te **luisteren** naar plaatselijke noden.

<u>Zwakte en Sterkte van de studie</u>

In de studie is niet nagegaan of er een verschil is tussen een verwijsbrief van de huisarts of de wachtarts. Dit kan niet opgemaakt worden uit het dossier en het is ook niet systematisch gevraagd. Er is niet onderzocht van hoeveel verschillende artsen de verwijsbrieven afkomstig zijn.
Er is geëvalueerd of er informatie aanwezig is over de verschillende kwaliteitskenmerken. De volledigheid is niet nagegaan. Het onderzoek is regionaal gedaan. Administratieve gegevens zijn niet beoordeeld. Er is niet nagekeken hoeveel procent van de verwijsbrieven elektronisch gemaakt zijn.
Er is niet nagekeken hoeveel kwaliteitsnormen samen aanwezig zijn in hoeveel verwijsbrieven. Er is geen scorenorm opgesteld voor de echte kwaliteit van elke

verwijsbrief. Verder onderzoek hieromtrent is zeer interessant om een reëel beeld te bekomen van het verwijzingsgedrag van de huisarts aan de dienst spoedgevallen en bij uitbreiding ervan naar andere diensten .
In de enquête is gevraagd om een waardeoordeel toe te kennen per item.
De vergelijking van deze enquête met de resultaten van de verwijsbrief analyse geeft een duidelijk beeld van het verschil tussen de toegekende belangrijkheid en de realisatie ervan in de dagelijkse praktijk.
De sterkte is ook dat er een grondig literatuuronderzoek vooraf ging aan het opstellen van de vragenlijst. Een groot aantal verwijsbrieven is geëvalueerd. Een groot aantal artsen is via focusgroepen en een enquête bevraagd. De beoordeling van de verwijsbrieven is gebeurd volgens strikte kwaliteitscriteria.

Uit de literatuurstudie en uit de discussie in de focusgroepen zijn aanbevelingen gekomen die voor verbetering kunnen zorgen.

V. Besluit

Een goede verwijsbrief is essentieel voor de continuïteit en kwaliteit van zorg.
Dit blijkt duidelijk uit de literatuurstudie en uit de kwalitatieve bevraging bij specialisten, GSO's, huisartsen en HAIO's.
Uit een onderzoek van 203 verwijsbrieven verzameld via de dienst spoedgevallen van het AZ Sint Maarten te Mechelen blijkt dat de kwaliteitsnormen voor een goede verwijsbrief niet optimaal gerealiseerd worden.
De verminderde kwaliteit is voornamelijk een gevolg van tijdsdruk, gebrekkig dossierbeheer, niet gebruiksvriendelijke software, afwezigheid van een thuisdossier bij chronische patiënten en een gebrekkige motivatie. Aanbevelingen en richtlijnen zijn wenselijk. Educatie is belangrijk. Sensibiliseren kan al een verschil maken.
Verwijs- en antwoordbrieven moeten leermomenten zijn. Regelmatig overleg tussen artsen bevordert de communicatie.
Er is nood aan meer gebruiksvriendelijke EMD's.
Praktijkassistentie is een meerwaarde voor het beheer van de medische informatie.

VI. Dankwoord

Voor het mogelijk maken van deze studie wil ik in het bijzonder mijn promotor van het departement huisartsgeneeskunde van de VUB Prof. Dr. D. Devroey danken evenals mijn praktijkopleiders Dr. K. Kindt van de dienst spoedgevallen en Dr. P. Boone en Dr. L. Coenen van de dienst orthopedie van het AZ Sint-Maarten te Mechelen voor de hulp bij de realisatie van deze masterproef.

Ook dank ik de huisartsen van een LOK-groep uit Heist-op-den-Berg, de collega's HAIO's van de 2 seminariegroepen en de specialisten spoedartsen van het AZ Sint Maarten voor de aangename discussie over de kwaliteit van de verwijsbrief.

Ik dank ook alle specialisten, huisartsen en HAIO's die de enquête hebben beantwoord. Tenslotte een bijzonder woord van dank aan mijn familie, vriendin en vrienden die mij logistieke en technische bijstand hebben verleend.

VII. Referenties

1. NHG. Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde. NHG; 9 juni 2011
2. NHG-LHV-Standpunt Het elektronisch huisartsendossier (H-EPD) - Gegevensbeheer en gegevensuitwisseling
3. Hompes T, De Lepeleire J. De verwijsbrief. Beschrijvende analyse van verwijzingen naar spoedgevallen door huisartsen (2007), in: Huisarts Nu, 36:3(119-124)
4. Gagliardi A. Use of referral reply letters for continuing medical education: a review. J Contin Educ Health Prof. 2002 Fall; 22(4):222-9.
5. Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. Br J Gen Pract. 1990 Nov;40(340):445-9
6. NHG. Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts en fysiotherapeut. NHG/KNGF-richtlijn; 2010
7. NHG. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen (HASP). NHG richtlijn 2008
8. De Lepeleire J. De verwijsbrief: cruciaal voor een goed verwijsproces, maar er is nog werk aan de winkel! (2007), in: Huisarts Nu, 36:3(116-118)
9. Hillemans K, De Lepeleire J. De weg naar een gestandaardiseerde verwijsbrief. Van ontwikkeling tot implementatie (2007), in: Huisarts Nu, 36:4(176-179).
10. Moyez, Jiwa, Mathers. Quality of referral letters. Br J Gen Pract. 2003 May; 53(490): 406.
11. Watson, Chairman, Douglas, Duncan, Dutton, Hamley, et al. Report on a Recommended Referral Document. SIGN publication number 31, November 1998
12. NHG. Richtlijn Informatie- uitwisseling huisarts - tweedelijns GGZ. NHG;November 2011.
13. Voorgedrukte verwijsbrief aan de specialist. Domus medica .
14. Whitney B, Barnsley J, Bloom J, Davis D, et al. Enhancing continuity of information: essential components of a referral document. Canadian Family Physician October 2008 vol. 54 no. 10
15. Piterman L, Koritsas S, et al. Part II. General practitioner-specialist referral process. Intern Med J. 2005 Aug;35(8):491-6.
16. Fox AT, Palmer RD, Crossley JG, Sekaran D, Trewavas ES, Davies HA. Improving the quality of outpatient clinic letters using the Sheffield Assessment Instrument for Letters (SAIL). Med Educ. 2004 Aug;38(8):852-8.
17. Crossley GM, Howe A, Newble D, Jolly B, Davies HA. Sheffield Assessment Instrument for Letters (SAIL): performance assessment using outpatient letters. Med Educ. 2001 Dec;35(12):1115-24.
18. José François. Tool to assess the quality of consultation and referral request letters in family medicine. Canadian Family Physician May 2011 vol. 57 no. 5 574-575

19. Warren J, Gu Y, Day K, White S, Pollock M. Electronic referrals: what matters to the users. Stud Health Technol Inform. 2012;178:235-41.
20. Gagliardi A. Use of referral reply letters for continuing medical education: a review. J Contin Educ Health Prof. 2002 Fall;22(4):222-9.
21. Ramrakha S, Giles A. Take a letter ... an audit of GP referrals in south west Sydney. Aust Fam Physician. 2001 Apr;30(4):395-8.
22. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker W, Meyboom B, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey BMC Health Serv Res. 2009; 9: 143.
23. Jamal S. Jarallah, referral form primary care to hospitals in Saudi Arabia: 1: quality of referral letters and feedback reports. J Family Community Med. 1998 Jul-Dec; 5(2): 15-22
24. Orimadegun AE, Akinbami FO, Akinsola AK, Okereke JO. Contents of referral letters to the children emergency unit of a teaching hospital, southwest of Nigeria. Pediatr Emerg Care. 2008 Mar;24(3):153-6.
25. Ong SP, Lim LT, Barnsley L, Read R. General practitioners' referral letters--Do they meet the expectations of gastroenterologists and rheumatologists? Aust Fam Physician. 2006 Nov;35(11):920-2.
26. Jiwa M, Mathers N, Walters S. Quality of information on referrals to colorectal surgeons: towards consensus. Curr Med Res Opin. 2002;18(2):72-7.
27. Jiwa M, Coleman M, Mckinley R. Measuring the quality of referral letters about patients with upper gastrointestinal symptoms. Postgrad Med j. 2005 July; 81(957): 467-469
28. Jacobs LG, Pringle MA. Referral letters and replies from orthopaedic departments: opportunities missed. BMJ. 1990 September 8; 301(6750): 470–473.
29. Tandjung R, Rosemann T, Badertscher N. Gaps in continuity of care at the interface between primary care and specialized care: general practitioners' experiences and expectations. Int J Gen Med. 2011; 4: 773–778.
30. Salathia K, McIlwaine WJ. General practitioner and hospital letters. Ulster Med J. 1995 April; 64(1): 46–50.
31. Bado W, Williams CJ. sefulness of letters from hospitals to general practitioners
32. Gorard DA. Concerning: generic outpatient referrals. J Public Health (Oxf). 2007 Mar;29(1):99. Epub 2006 Dec 19.
33. Jiwa M, Arnet H, Bulsara M, Ee HC, Harwood A, et al. What is the importance of the referral letter in the patient journey? A pilot survey in Western Australia. Qual Prim Care. 2009;17(1):31-6.
34. Montalto M. Letters to go: general practitioners' referral letters to an accident and emergency department. Med J Aust. 1991 Sep 16;155(6):374-7.
35. 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 Oct 8;(4):CD005471.

36. Wåhlberg H, Valle PC, Malm S, Broderstad AR. Practical health co-operation - the impact of a referral template on quality of care and health care co-operation: study protocol for a cluster randomized controlled trial. Trials. 2013 Jan 7;14-7.
37. Negin J, Martiniuk AL, Farrell P, Dalipanda T. Frequency, cost and impact of inter-island referrals in the Solomon Islands. Rural Remote Health. 2012;12:2096. Epub 2012 Sep 19.
38. Yildiz G, Avonts D, Wyffels P, Smets A. De verwijzing van huisarts naar de tweede lijn. Domus medica; maandag 17 november 2008 14:25.
39. Tso A, Harris L, Littlewood T. Are written responses to some referrals to a general haematology clinic acceptable? BMJ 2004;329:946-7.(23 October).
40. Wåhlberg H, Valle PC, Malm S Broderstad AR. Practical health co-operation - the impact of a referral template on quality of care and health care co-operation: study protocol for a cluster randomized controlled trial. Trials. 2013; 14:7.
41. Couper ID, Henbest RJ. The quality and relationship of referral and reply letters. The effect of introducing a pro forma letter. S Afr Med J. 1996 Dec;86(12):1540-2.
42. Grol R, Rooijackers-Lemmers N, Van Kaathoven L, Wollersheim H, Mokkink H. Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? Br J Gen Pract. 2003 March; 53(488): 217–219.
43. Carney SL. Medication accuracy and general practitioner referral letters. 11 May 2007 - Publisher: Internal Medicine Journal.
44. Montalto M, Harris P, Rosengarten P. Survey of Australian emergency physicians' expectations of general practitioner referrals. Br J Gen Pract. 1993 July; 43(372): 277–280.
45. Frydenberg K, Brekke M. Communication about medication use in referrals, acute admissions and discharge letters. 26 September 2011 - Publisher: Tidsskrift for den Norske Laegeforening
46. Frydenberg K, Brekke M. Poor communication on patients' medication across health care levels leads to potentially harmful medication errors. Scand J Prim Health Care. 2012 Dec;30(4):234-40.
47. Garåsen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. BMC Health Serv Res. 2007; 7: 133.
48. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. Editorial Group: Cochrane Effective Practice and Organisation of Care group. Published online: 21 jan 2009, assessed as up-to-date: 14 feb 2008
49. Salam S, Al Badri, Lee GT. A review of referrals of new patients to the paediatric department of a teaching hospital during a six-month period in 2004. Prim Dent Care. 2005 Jul;12(3):106-10.
50. Jiwa M, Dhaliwal S, Referral Writer: preliminary evidence for the value of comprehensive referral letters.

Qual Prim Care. 2012;20(1):39-45.
51. Jenkins S, Arroll B, Hawken S, Nicholson R. Referral letters: are form letters better? Br J Gen Pract. 1997 February; 47(415): 107–108.
52. Newton J, Eccles M, Hutchinson A. Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? BMJ. 1992 March 28; 304(6830): 821–824.
53. Shaw I, Smith KM, Middleton H, Woodward L. A letter of consequence: referral letters from general practitioners to secondary mental health services. Qual Health Res. 2005 Jan;15(1): 116-28
54. Jiwa M, Walters S, Mathers N. Referral letters to colorectal surgeons: the impact of peer-mediated feedback. Br J Gen Pract. 2004 Feb;54(499):123-6
55. White P. Copying referral letters to patients: prepare for change. Patient Educ Couns. 2004 Aug;54(2):159-61
56. Yildiz jg. Communicatie tussen eerste en tweede lijn. Resultaten van een kwaliteitsverbeterend praktijkonderzoek en een literatuurstudie. Tijdschrift voor geneeskunde [0371-683X]:2008 vol:64 nr:1 pg:25
57. Hillemans K, De Lepeleire J, Hoe ziet een goede verwijsbrief eruit en maakt het gebruik ervan een verschil in kwaliteit? Resultaten van een literatuuronderzoek (2007), in: Huisarts Nu, 36:4(171-176).
58. Chevalier P, De Sutter A, Dirven K, Paulus D, Peremans L, Van Royen P, et al. Algemeen stramien voor de ontwikkeling van aanbevelingen van goede medische praktijkvoering.
59. Dietrich M, Van Linden A, Seuntjens L, Van Duppen D. "OOS"= Online On-the-Spot: een verbetering van de kwaliteit van zorg!
60. Verdonck P, Strobbe J, Steenackers J, Van Royen P, De Naeyer P, Govaerts F, et al. Het elektronisch medisch dossier. Domus medica.
61. Rabiee F. Focus-group interview and data analysis. Proc Nutr Soc. 2004 Nov;63(4):655-60
62. Code van geneeskundige plichtenleer, opgesteld door de nationale raad van de orde van geneesheren, aanpassing juni 2010. Hoofdstuk III: Het medisch dossier: Art. 38-Art47
63. Jones NF, Calder L, eNotification: Adapting eReferral for Public Health Notifiable Disease Reporting in New Zealand. Healthc Inform Res. 2012 Sep;18(3):225-30.
64. Frost DW, Toubassi D, Detsky AS. Rethinking the consultation process: optimizing collaboration between primary care physicians and specialists. Can Fam Physician. 2012 Aug;58(8):825-8.
65. Ibiyemi O, Ibiyemi T. Quality and contents of referral letters from peripheral health centers to the dental centre of a teaching hospital, southwestern Nigeria. Acta Odontol Scand. 2012 Mar;70(2):165-8.

VIII. Appendix

Vragenlijst

Deel 1 – specialisten, huisartsen, HAIO's.

Waaraan moet een kwaliteitsvolle verwijsbrief voldoen? (score 1 – 10)

Opm: 1 = weinig akkoord; 10 = helemaal akkoord

. De geactualiseerde constitutie. Hiermee wordt bedoeld de blijvende veranderingen in het organisme tgv heelkundige ingrepen en/of vroegere aandoeningen (bv: appendectomie, linker hemibeeld tgv een cva,..)
. Actieve ziekten (bv morbus Crohn, rheumatoïde artritis,..)
. Risicovolle predisposities: allergieën, risicofactoren, intoleranties,.. (bv: penicilline allergie, anafylaxie op wespengif, astma, contrastovergevoeligheid…)
. Een geactualiseerd medicatie schema
. Omgevingsfactoren (bv een alleenwonende bejaarde en sociaal economische status)
. De reden van verwijzing en de bevindingen van het klinisch onderzoek
. De uitslagen van de meest recente technische onderzoeken

Deel 2 – huisartsen en HAIO's.

De moeilijkheidsgraad om deze criteria te realiseren wordt nagegaan via een bevraging bij HAIO's en huisartsen. Enkele pertinente vragen worden hieronder geformuleerd.

1. Een goede verwijsbrief is gemakkelijk te realiseren (score 1-10).
    a. in geval van een dringende verwijzing
        a.i. op raadpleging
        a.ii. op huisbezoek
    b. In geval van een niet dringende verwijzing
        b.i. Op raadpleging
        b.ii. Op huisbezoek
2. Het elektronisch medisch dossier laat toe om snel en gemakkelijk te kunnen beschikken over de noodzakelijke informatie voor verwijzing (bv: de voorgeschiedenis of de geactualiseerde constitutie uitprinten is gemakkelijk).
3. Het overnemen van gegevens uit het niet elektronisch dossier (indien voorhanden) is gemakkelijk.
4. De chronische patiënt, moet thuis over de noodzakelijke elementen voor verwijzing beschikken in een apart thuisdossier.
5. Ik vertrouw op het medisch dossier in het ziekenhuis voor een eerder verwezen patiënt.
6. Ik geef altijd de laatste resultaten van technische onderzoeken mee en de reden van verwijzing.
7. Denkt u dat de verwijsbrief van de huisarts in het ziekenhuis meestal wordt gelezen.
8. Indien een patiënt gepast en gericht verwezen is, brengt dit een snellere briefing mee over diagnose en therapie.
9. Van niet verwezen patiënten ontvangt de huisarts meestal geen verslag.