Identificatie van facilitatoren en barrières bij verwijsmodaliteiten van eerste naar tweede lijn vanuit perspectief van huisartsen en specialisten

De Block Charline, Katholieke Universiteit Leuven

Roos Toon, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Spitaels David, Katholieke Universiteit Leuven

Co-promotor: Van den Bulck Steve, Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022 – 2025

©Copyright by KU Leuven
Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten en programma's voor commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden

Identificatie van facilitatoren en barrières bij verwijsmodaliteiten van eerste naar tweede lijn vanuit perspectief van huisartsen en specialisten

1. ABSTRACT

Inleiding

De meeste zorgverleners verwachten en streven naar een correcte, efficiënte en ongecompliceerde verwijzing van eerste naar tweede lijn. Er bestaan verschillende verwijsmodaliteiten, waarbij het werken met een klassieke verwijsbrief een populaire aanpak blijft. Recent zijn er ook digitale alternatieven aan een opmars bezig. Hiernaast gebeurt het vaak dat artsen per telefoon of mail met elkaar communiceren. Het doel van deze masterthesis is om de huidige facilitatoren en barrières van deze verschillende verwijsmodaliteiten te identificeren.

Methoden

Dit exploratief en kwalitatief onderzoek heeft de barrières en facilitatoren van verwijsmodaliteiten in Vlaanderen in kaart gebracht door middel van semi-gestructureerde interviews te organiseren met focusgroepen bestaande uit huisartsen en arts-specialisten waarbij respectievelijk 23 deelnemers gespreid over 3 interviews en 10 deelnemers gespreid over 4 interviews geïncludeerd werden. De gesprekken werden opgenomen, door de student-onderzoekers verbatim getranscribeerd in tekstverwerkingssoftware en nadien afzonderlijk uitgetypt en gecodeerd via NVIVO aan de hand van een vooraf opgestelde codeboom. De bekomen data werd geanalyseerd volgens het principe de Kwalitatieve Analyse Gids van Leuven.

Resultaten

Uit ons onderzoek blijkt dat zowel huisartsen als specialisten doorgaans de verwijsbrief als voorkeur communicatiemiddel verkiezen omdat deze de meeste informatie op een gestructureerde manier kan overbrengen. De belangrijkste informatie dat een verwijsbrief moet bevatten volgens arts-specialisten is een concrete vraagstelling of verwachting van de huisarts, afwijkende of alarmerende bevindingen, de voorgeschiedenis en up-to-date medicatieschema van de patiënt. 60% van de specialisten geeft aan meer sociale/contextuele informatie te willen ontvangen van de huisarts omdat dit nog vaak ontbreekt bij een verwijzing. De meeste artsen laten de manier van verwijzen afhangen van de inhoud en urgentie ervan. Zo wordt communicatie per telefoon voor de grote meerderheid van arts-specialisten alleen getolereerd voor urgente problemen, of bij twijfel aan de urgentiegraad. Zowel huisartsen als specialisten zijn het erover eens dat verwijzing via de klassieke verwijsbrief op papier tijdrovend is en het ook moeilijker is om via deze weg gevoelige informatie of contextuele gegevens over te brengen. Huisartsen ervaren dat sommige arts-specialisten hun brief niet lezen en dit leidt tot grote frustratie. De reeds bestaande elektronische verwijssystemen zouden deze beperkingen kunnen opvangen, maar uit onze studie blijkt dat deze systemen slechts beperkt ingeburgerd zijn, onder andere door technische beperkingen en gebrek aan integratie in bestaande systemen.

Besluit

Dit kwalitatieve onderzoek werpt licht op de complexiteit van het verwijzingsproces tussen huisartsen en specialisten, waarbij zowel structurele als communicatieve factoren een rol spelen. Hoewel de schriftelijke verwijsbrief nog steeds als het voorkeursmiddel geldt, blijken tekortkomingen zoals informatieverlies, gebrek aan context en afhankelijkheid van de patiënt belangrijke knelpunten. Verdere studies met ruimere geografische spreiding en betrokkenheid van andere disciplines zijn wenselijk om de generaliseerbaarheid en toepasbaarheid van de resultaten te vergroten.

Introduction
Most healthcare providers expect and strive for a correct, efficient, and uncomplicated referral process from primary to secondary care. Various referral modalities exist, with the traditional referral letter remaining a popular approach. Recently, digital alternatives have been gaining traction. In addition, communication between physicians often occurs via phone or email. The aim of this master's thesis is to identify the current facilitators and barriers associated with these different referral methods.

Methods
This exploratory qualitative study mapped the barriers and facilitators of referral modalities in Flanders by conducting semi-structured focus group interviews with general practitioners (GPs) and medical specialists. In total, 23 GPs participated in three interviews and 10 specialists in four interviews. The discussions were recorded and transcribed verbatim by the student researchers using word processing software. Transcriptions were then individually coded in NVIVO using a pre-established coding framework. The data were analyzed following the principles of the Leuven Qualitative Analysis Guide.

Results
Our research indicates that both GPs and specialists generally prefer the referral letter as the main mode of communication, as it allows for structured transmission of relevant information. According to specialists, the most important elements a referral letter should include are: a clear question or expectation from the GP, any abnormal or alarming findings, the patient's medical history, and an up-to-date medication list. Sixty percent of specialists expressed a desire for more social or contextual information from the referring GP, noting that this is often missing. Most physicians tailor their method of referral to the content and urgency of the case. Telephone communication is generally only accepted by specialists in cases of urgency or uncertainty regarding the level of urgency. Both GPs and specialists agree that paper-based referral letters are time-consuming and make it more difficult to convey sensitive or contextual information. Some GPs report that certain specialists do not read the referral letters, which leads to significant frustration. Although existing electronic referral systems could help address these issues, our study found that such systems are not yet widely adopted due to technical limitations and lack of integration with current practice systems.

Conclusion
This qualitative study highlights the complexity of the referral process between general practitioners and specialists, showing that both structural and communicative factors play a significant role. While the traditional written referral letter remains the preferred method, its shortcomings—such as information loss, lack of context, and reliance on the patient—present important challenges. Further research with broader geographic representation and inclusion of other healthcare disciplines is recommended to enhance the generalizability and practical application of these findings.

2. INHOUDSTAFEL

1. ABSTRACT 3
2. INHOUDSTAFEL 5
3. INLEIDING 7
4. METHODEN 9
4.1 Type onderzoek 9
4.2 Onderzoekssetting 9
4.3 Dataverzameling 11
4.4 Data-analyse 12
4.5 Ethische goedkeuring 13
5. RESULTATEN 14
5.1 Deelnemers aan de interviews 14
5.2 Verwijzing per brief 15
5.2.1 inhoud 15
5.2.1.1 noodzakelijke inhoud volgens arts-specialisten 15
5.2.1.2 noodzakelijke inhoud volgens huisartsen 17
5.2.2 voordelen 17
5.2.2.1 voordelen volgens arts-specialisten 17
5.2.2.2 voordelen volgens huisartsen 17
5.2.3 nadelen 17
5.2.3.1 nadelen volgens arts-specialisten 17
5.2.3.2 nadelen volgens huisartsen 18
5.3 Verwijzing per mail 18
5.3.1 inhoud 18
5.3.1.1 inhoud volgens arts-specialisten 18
5.3.1.2 inhoud volgens huisartsen 18
5.3.2 voordelen 19
5.3.2.1 voordelen volgens arts-specialisten 19
5.3.2.2 voordelen volgens huisartsen 19
5.3.3 nadelen 19
5.3.3.1 nadelen volgens arts-specialisten 19
5.3.3.2 nadelen volgens huisartsen 19
5.4 Telefonische verwijzing 19
5.4.1 inhoud 19
5.4.1.1 inhoud volgens arts-specialisten 19

5.4.1.2 inhoud volgens huisartsen 20
5.4.2 voordelen 20
5.4.2.1 voordelen volgens arts-specialisten 20
5.4.2.2 voordelen volgens huisartsen 20
5.4.3 nadelen 20
5.4.1.1 nadelen volgens arts-specialisten 20
5.4.1.1 nadelen volgens huisartsen 21
5.5 SumEHR en Hub 21
5.5.1 inhoud 21
5.5.2 voordelen 21
5.5.2.1 voordelen volgens arts-specialisten 21
5.5.2.2 voordelen volgens huisartsen 22
5.5.3 nadelen 22
5.5.3.1 nadelen volgens arts-specialisten 22
5.5.3.2 nadelen volgens huisartsen 22
5.6 Varia (sms, whatsapp, Siilo, …) 22
5.6.1 Voordelen 22
5.6.1.1 voordelen volgens arts-specialisten 22
5.6.1.1 voordelen volgens huisartsen 22
5.6.2 Nadelen 23
5.6.2.1 nadelen volgens arts-specialisten 23
5.6.2.1 nadelen volgens huisartsen 23
5.7 Terugkoppeling 23
5.7.1 Huisartsen 23
5.7.2 Arts-specialisten 24
6. DISCUSSIE 26
7. CONCLUSIE 28
8. REFERENTIES 29
9. BIJLAGEN 32

3. INLEIDING

De meeste zorgverleners verwachten en streven naar een correcte, efficiënte en ongecompliceerde verwijzing van eerste naar tweede lijn. In België, is het daarom wenselijk dat een patiënt zijn of haar GMD-houdend huisarts raadpleegt als eerste aanspreekpunt vooraleer er beroep wordt gedaan op een specialist zodat deze beschikt over gerichte en relevante informatie wanneer de zorg (deels) wordt overgedragen.[16] In de praktijk wordt deze volgorde echter niet steeds gerespecteerd, bijvoorbeeld wanneer patiënten zelfstandig de tweede lijn raadplegen. Door het bypassen van de eerste lijn krijgt de tweede lijn te kampen met een - deels ten onrechte - toenemende bevraging en overbelasting, wat op termijn nefast kan zijn voor de kwaliteit van zorg voor patiënten die omwille van hun gezondheidstoestand wel degelijk hulp en de nodige tijd van een specialist vereisen.[21] Anderzijds creëert overbevraging en te hoge werkdruk ook het risico op gezondheidsproblemen van de arts in tweede lijn, wat op zijn beurt het gevaar van suboptimale zorgcontinuïteit met zich meebrengt.[22]

Omwille van deze redenen zijn bepaalde artsen-specialisten vragende partij om voorwaarden tot raadpleging in te voeren. De Nationale Raad van de Orde der Artsen formuleerde hieromtrent geen deontologisch bezwaar op voorwaarde dat het patiëntenrecht op vrije artsenkeuze hierdoor niet in het gedrang komt.[7,22] Het principe van softe echelonnering, waarbij een verwijsbrief van de huisarts resulteert in verlaagd remgeld bij consultatie van de specialist, wordt amper toegepast en brengt dus geen soelaas.[8,37] Ter vergelijking beschouwen we kort het Nederlandse zorgsysteem, waar een verzekerde patiënt geen vrije toegang heeft tot terugbetaalde specialistische zorg zonder verwijzing door een (huis)arts. Zonder verwijzing vallen dus alle kosten van de specialistische zorg ten laste van de patiënt.[16] Kortom, de huisarts zou als spilfiguur van de Belgische gezondheidszorg beschouwd kunnen worden en fungeren als coördinator binnen dit systeem. Een verwijzing bevordert de kwaliteit van zorg, de redelijke termijn en zorgcontinuïteit en verlicht waar mogelijk de werkdruk van de specialist.[22,32]

Er bestaan verschillende manieren van verwijzingen en er worden meerdere verwijssystemen gehanteerd. Onderzoek toont aan dat een gebrek aan standaardisatie in communicatie tussen zorgverleners kan leiden tot informatieverlies en suboptimale coördinatie van zorg.[4,17] Het is uiterst belangrijk dat informatie juist en volledig wordt overgebracht. De meeste medicatiefouten ontstaan door de onvolledigheid of onjuistheid bij overdracht van medicatielijsten.[28] Wanneer bovendien cruciale informatieoverdracht tussen zorgverleners ontbreekt, vormt dit risico voor continuïteit van zorg.[3] Er is op heden nog terughoudendheid rond elektronische samenvattingen van patiëntendossier, zoals de SumEHR (summarized electronic health record), omwille van problemen rond volledigheid en standaardisatie.[20]

Het werken met een klassieke verwijsbrief blijft een populaire aanpak. De schriftelijke verwijsbrief wordt doorgaans als meest betrouwbare bron van overdracht beschouwd.[31] Een nadeel van de klassieke verwijsbrief is dat de patiënt de brief kan en mag lezen, waardoor het moeilijker is om gevoelige informatie over te brengen naar andere zorgverleners. Dit vormt een uitdaging in de balans tussen transparantie voor de patiënt en professionele communicatie tussen zorgverleners en kan leiden tot interpretatieproblemen.[14,24]

Meer recent zijn er echter ook digitale alternatieven aan een opmars bezig. Zo wint de eForm, de digitale versie van de klassieke brief, aan populariteit sinds het systeem gelanceerd werd in Vlaanderen eind 2021.[9] Dit formulier is terug te vinden in alle softwarepakketten en integreert bij

aanmaak automatisch gegevens zoals de medische voorgeschiedenis, actuele medicatielijst en eventuele parameters uit het patiëntendossier – uiteraard is hierbij een geordend en actueel patiëntendossier essentieel – en laat eveneens ruimte voor toevoegen van andere bijlagen, bijvoorbeeld foto's of een ECG. Vervolgens wordt de eForm rechtstreeks verstuurd naar een specifieke bestemmeling of dienst in de tweede lijn.[27] Grote voordelen hierbij zijn dat een verwijsbrief niet verloren kan gaan en dat een digitaal bestand makkelijker geïntegreerd kan worden in het patiëntendossier in het ziekenhuis. Deze voordelen van elektronische verwijzing zijn ook in de literatuur terug te vinden, al wijzen studies ook op belangrijke knelpunten zoals het gebrek aan interoperabiliteit en de lage adoptiegraad bij specialisten.[12,33] Nadelen zijn dat nog niet elke specialist bewust gebruik maakt van de eHealth-box waar de brieven aankomen, alsook het feit dat elk ziekenhuis een eigen eForm heeft, waardoor de brief niet juist terechtkomt indien patiënt toch besluit elders een afspraak te maken. Dit eerste hiaat wordt, naast toenemende ervaring, aangepakt door het ontwikkelen van notificatiesystemen binnen het patiëntendossier in tweede lijn. De toekomstvisie voor de eForm is het ontwikkelen van een uniform online platform vanuit de overheid waar de verwijsbrief met beveiligde transmissie gelinkt wordt aan de patiënt, zodat eender welke arts met therapeutische relatie de verwijsbrief kan raadplegen, zoals reeds gebeurt met elektronische voorschriften.[9,27]

Het is ook niet uitzonderlijk dat een specialist verkiest om telefonisch gebriefd te worden in geval van dringende zorg. Deze telefonische communicatie wordt in de literatuur als snel en direct ervaren, maar ook als inconsistent en afhankelijk van bereikbaarheid, waardoor het geen structurele oplossing vormt.[6,15] Een studie van Ye et al. concludeert dat e-mail niet als betrouwbaar en veilig alternatief gezien wordt voor medische communicatie.[36] Mobiele communicatie tussen artsen kan ook zorgen voor een spanningsveld tussen toegankelijkheid en werkdruk. [34]

In de literatuur vinden we enkele onderzoeken terug waarin wordt nagegaan welke precies de factoren zijn die een verwijzing beïnvloeden.[25,29] We zullen aan de hand van deze informatie nagaan of specialisten dit ook zo ervaren. Een studie van Sampson et al. beschrijft dat er vier grote indicatoren bijdragen aan een positieve of eerder negatieve ervaring bij een doorverwijzing.[26] De indicator communicatie beschrijft de invloed van het ping-pong-effect (moeite met bereiken van specialist of huisarts voor feedback) en het belang van luisteren naar elkaar. De indicator gedrag wijst op het gevoel dat er naar je wordt geluisterd als er een dringende verwijzing nodig is – dit geeft de indruk dat er wordt samengewerkt in het voordeel van de patiënt. De indicator relatie stelt dat het persoonlijk ontmoeten van een specialist door huisartsen erkend wordt als invloedrijk en het gevoel geeft voor zowel huisartsen als specialisten dat dit leidt tot een beter overleg. Dit beschrijft ook een onderzoek van Berendsen et al. waarin zij stellen dat huisartsen en specialisten hun samenwerking als meer aangenaam, onbevangen en gemakkelijk beschouwen wanneer er een persoonlijke relatie bestaat.[2] Tot slot ervaren sommige specialisten onrealistische verwachtingen van de huisarts en kunnen zij niet ingaan op hun hulpvraag. Dit creëert op zijn beurt weerstand bij de huisarts voor een toekomstige verwijzing omwille van teleurstelling en indruk van verlies van goodwill vanuit tweede lijn.

In deze thesis willen wij de verwijsmodaliteiten van eerste naar tweede lijn vanuit het perspectief van huisartsen en specialisten analyseren en de barrières en facilitatoren ervan identificeren om zo een aanzet te geven om in tweede tijd een optimalisering van ons verwijssysteem te kunnen realiseren. Het verwerven van inzicht in de hiaten van het huidige praktijkvoeren is namelijk een van de eerste stappen om uiteindelijk veranderingen te kunnen implementeren in de gezondheidszorg.[13]

4. METHODEN

4.1 Type onderzoek

Deze thesis is een exploratief, kwalitatief onderzoek dat erop gericht is om de barrières en facilitatoren van het verwijssysteem binnen de Belgische gezondheidszorg in kaart te brengen door middel van focusgroep gesprekken. Bij gebrek aan literatuur over deze zaken pogen we met dit onderzoek een globaal beeld te schetsen aan de hand van ervaringen met en meningen van artsen over het verwijssysteem om in de toekomst gerichter onderzoek en in tweede tijd kwaliteitsverbeterende projecten mogelijk te maken.

Eerst werd de huidige werkwijze in kaart gebracht door een oriënterende analyse van de verwijssystemen van de huisartsenpraktijken van de student-onderzoekers. We analyseerden de manieren van verwijzingen van de praktijken van beide onderzoekers retrospectief voor de periode van 1 oktober 2022 tot 30 september 2023. Actieve patiëntenpopulatie in de praktijk van onderzoeker één (C.D.B., vrouw) was voor die periode 9426, in de praktijk van onderzoeker twee (T.R., man) 2082. Met behulp van deze gegevens werd de huidige werkwijze in kaart gebracht en gaf deze informatie een goede achtergrond voor het tweede deel van dit onderzoek met semi-gestructureerde interviews. In bovenstaande huisartspraktijken werd er doorgaans een onderscheid gemaakt tussen dringende en niet-dringende zorg en stemt men de verwijzing daarop af. In de ene praktijk werd er voor niet-dringende zorg gebruikgemaakt van een sjabloon uit het CareConnect programma waarin automatisch enkele gegevens van de patiënt vanuit het dossier worden geïntegreerd (bijvoorbeeld voorgeschiedenis, medicatiegebruik etc). Belangrijk is dat dit sjabloon wordt aangevuld met anamnese, klinisch onderzoek en vraagstelling. Het spreekt voor zich dat een volledig en correct aangevuld patiëntendossier hierbij van belang is. In de andere praktijk werd er gewerkt met het HealthOne programma en wordt veelal de eForm gebruikt indien verwijzing naar ziekenhuizen die eForms beschikbaar stellen; zo niet werd ook gekozen voor een aan te vullen sjabloon binnen het HealthOne softwarepakket. Bij twijfel of een verwijzing effectief nodig is, werd eerst contact met de specialist opgenomen via telefoon of mail. In beide praktijken werd er bij meer dringende hulpvragen rechtstreeks telefonisch contact opgenomen met de specialist, indien van toepassing preferentieel met de behandelend specialist. Het kennen van de sociale kaart en ziekenhuisnetwerken in de regio was hiervoor een absolute meerwaarde.

Tot slot zijn er voor de toetsing van een kwalitatief evaluatieonderzoek verschillende (internationale) checklists beschikbaar. In onze studie maakten we gebruik van de COREQ checklist, om de noodzakelijk aanwezige items in ons onderzoek te kunnen aftoetsen. Deze baseert zich op criteria die op een vierpuntsschaal worden beoordeeld. Met deze stellingen werd een standaard vastgesteld voor wat sterk kwalitatief evaluatieonderzoek is. Deze checklist werd aan het onderzoek toegevoegd.[18,30]

4.2 Onderzoekssetting

De beoogde deelnemers aan dit onderzoek zijn artsen uit zowel de eerste als de tweede lijn van de gezondheidszorg. Zij werden per discipline samengebracht in een focusgroep om vanuit hun expertise een analyse van het verwijssysteem te beschrijven. Om praktische redenen trachtten we deze interviews te organiseren voor de huisartsen via LOK-groepen en voor de specialisten via dienstvergaderingen in ziekenhuizen om telkens groepen van minstens 2 deelnemers te ontvangen.

Wij konden alle artsen aanschrijven die actief geneeskunde beoefenen binnen Vlaanderen met RIZIV-erkenning en die zich bovendien fysiek konden verplaatsen om een groepsinterview mogelijk te maken. We legden hierbij de focus op verwijzing naar de tweede lijn in ambulante setting met exclusie van psychiatrie, radiologie en urgentiegeneeskunde gezien verwijzing naar deze drie groepen niet (steeds) op de klassieke manier verloopt.

Kwetsbare groepen werden niet in ons onderzoek betrokken. Onder kwetsbare groepen verstonden we personen die:

- wilsonbekwaam zijn (bvb. kinderen en dementerenden)
- die onder mogelijke druk staan om deel te nemen aan een studie (bvb. omdat ze in een situatie van machtsonevenwicht staan)
- met bepaalde fysieke of psychologische condities (bvb. handicap, ziekte, op leeftijd…)

De onderzoekers nodigden de deelnemers persoonlijk / via mail / telefonisch, al dan niet via het diensthoofd en/of diens secretariaat, uit tot deelname aan de studie. Door het contact via het diensthoofd te laten verlopen, veronderstelden we een goedkeuring van het ziekenhuis. We probeerden voornamelijk specialisten te benaderen die werkzaam zijn in de ruime omgeving van de praktijken en woonplaatsen de onderzoekers. Meer specifiek zijn dit specialisten die werkzaam zijn in ziekenhuizen en/of privé praktijken binnen de provincie Antwerpen en Vlaams-Brabant. In eerste instantie werden de regionale tweedelijns ziekenhuizen aangeschreven waar frequent naar verwezen werd vanuit de toenmalige praktijken van de onderzoekers. In functie van de responsgraad konden eventueel in tweede instantie ook andere ziekenhuizen binnen het hierboven genoemde gebied aangeschreven worden. Er werd bij toezeggen een moment gepland waarop het interview zal plaatsvinden.

In totaal werden er zeven focusgroepen georganiseerd, waarvan drie met huisartsen en vier met arts-specialisten (endocrinologie, neurologie en pediatrie). Van de drie focusgroepen met huisartsen was er één met vijf deelnemers. De overige twee hadden elk negen deelnemers. Bij al deze focusgroepen waren beide student-onderzoekers aanwezig. Er werden twee focusgroepen georganiseerd met arts-specialisten neurologie, telkens met vier deelnemers. Bij deze focusgroepen was één student-onderzoeker aanwezig. Tot slot waren er twee individuele interviews met een arts-specialist endocrinologie en een arts-specialist pediatrie, telkens in de aanwezigheid van één student-onderzoeker. In totaal telde dit onderzoek 33 deelnemers. Tabel 1 toont een schematische weergave van het aantal deelnemers.

	Aantal deelnemers	Aantal onderzoekers
Huisartsen groep 1	5	2
Huisartsen groep 2	9	2
Huisartsen groep 3	9	2
Arts-specialisten: Neurologie groep 1	4	1
Arts-specialisten: Neurologie groep 2	4	1
Arts-specialisten: Endocrinologie	1	1
Arts-specialisten: Pediatrie	1	1
Totaal aantal deelnemers	33	

TABEL 1: AANTAL DEELNEMERS. Schematische weergave van de deelnemers van het onderzoek.

4.3 Dataverzameling

Dataverzameling voor dit onderzoek verliep aan de hand van semi-gestructureerde interviews met meerdere focusgroepen.

Er werden op voorhand twee vragenlijsten opgesteld die we hanteerden bij de semi-gestructureerde interviews, één voor de huisartsen en één voor de specialisten. Na het opstellen van initiële vragenlijsten op geleide van literatuurstudie en praktijkervaring, werden deze lijsten verder afgetoetst binnen de praktijken en bij collega-HAIO's (onder andere in seminariegroepen) van de beide onderzoekers in de loop van oktober en november 2023. Op basis van deze peer reviews werden de vragenlijsten gefinetuned ter optimalisatie van de validiteit van de finale versies, zoals hieronder beschreven.

De vragenlijst voor de focusgroepen met huisartsen omvatte de volgende 6 vragen:

1. Welke manier van verwijzing geniet de voorkeur en waarom?
2. Gebruiken jullie de Hub en/of SumEHR?
3. Zijn er specifieke verwachtingen van de huisarts voor feedback of terugkoppeling van de specialist?
4. Is het persoonlijk kennen van een specialist een beïnvloedbare factor in de verwijzing?
5. Worden jullie vaak beïnvloed/onder druk gezet door patiënten voor een verwijzing en heeft dit een invloed op de manier van verwijzing?
6. Op welk moment tijdens (of na) de consultatie stellen jullie de verwijzing op?

De vragenlijst voor de focusgroepen met specialisten omvatte de volgende 9 vragen:

1. Welke manier van verwijzing geniet de voorkeur en waarom?
2. Gebruiken jullie de Hub en/of SumEHR?
3. Kunnen jullie uit een verwijzing afleiden of deze op expliciete vraag van de patiënt ontstaat en of de huisarts achter deze verwijzing staat?
4. Hoe verloopt idealiter de terugkoppeling naar de huisarts toe? Zijn er specifieke verwachtingen van de specialist naar huisarts toe voor de opvolging van de patiënt?
5. Is het persoonlijk kennen van een huisarts een beïnvloedbare factor in de verwijzing?
6. Wat wensen jullie terug te vinden in een verwijsbrief? Welke informatie is met andere woorden nuttig en/of overbodig?
7. Hoe organiseren jullie rechtstreeks overleg met de eerste lijn idealiter? Rechtstreeks telefonisch contact, via het secretariaat, via mail, …?
8. Op welk moment tijdens de consultatie lezen jullie de verwijsbrief?
9. Wordt er in de agenda gewerkt met afspraak sloten specifiek voor patiënten doorverwezen door huisartsen?

Tijdens de interviews was er minstens één van de twee student-onderzoekers (C.D.B. en T.R.) aanwezig. De interviews werden afgenomen in de periode van 1 maart 2024 tot en met 31 januari 2025. De gesprekken worden opgenomen via de audio-opname applicaties van de smartphones van de onderzoeker(s) en nadien door de onderzoekers verbatim getranscribeerd in tekstverwerkingssoftware. Door middel van actieve moderatie door de onderzoeker(s) tijdens de semi-gestructureerde interviews probeerden we te garanderen dat alle deelnemers aan de interviews in gelijke mate aan het woord kwamen en dat de interviews bij de verschillende focusgroepen globaal een gelijkaardig verloop kenden.

4.4 Data-analyse

Alle bekomen transcripties werden vervolgens gecodeerd door de beide onderzoekers, afzonderlijk en onafhankelijk van elkaar, door middel van het 'NVIVO' coderingssysteem. Dit is een softwarepakket voor kwalitatieve data-analyse van voornamelijk tekstuele informatie (text miming). We probeerden de meest prominente uitspraken uit te filteren en per onderwerp in te delen en hieruit de relevante bevindingen (barrières en facilitatoren betreffende het verwijssysteem) te distilleren.[10,19,35]

Door geografische spreiding van de interviews en het includeren van deelnemers uit verschillende disciplines poogden we een zo breed mogelijk beeld te vormen dat zich leent tot het stellen van algemene conclusies. Hiertoe codeerden de onderzoekers minstens tweemaal afzonderlijk en onafhankelijk van elkaar de opgenomen gesprekken volgens het NVIVO coderingssysteem. Onze bekomen data werd geanalyseerd volgens het principe de Kwalitatieve Analyse Gids van Leuven (QUAGOL). Men kan QUAGOL beschouwen als een wegwijzer die het analyseproces van kwalitatieve interviewgegevens faciliteert en ondersteunt. Het proces bestaat uit twee delen, elk bestaande uit 5 fasen waarbij er voortdurend tussen de verschillende fasen gewisseld wordt. Het doel van deze methode is om de intuïtie en creativiteit van de onderzoeker zo optimaal mogelijk te stimuleren.[11]

4.5 Ethische goedkeuring

Op 3 januari 2024 werd ethische goedkeuring verleend door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven met kenmerk MP028858.

De geïnformeerde toestemming (ICF) werd op voorhand aan de deelnemer bezorgd. In deze ICF werd duidelijkheid gegeven over de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek; de mogelijke voordelen, risico's, en nadelen verbonden aan de deelname; de mogelijke externe financiering van het onderzoek, de verwerking van de persoonsgegevens, alsook de bewaartermijn en opslag van deze gegevens. Ook werd in het ICF expliciet vermeld of er al dan niet audio- en/of video-opnamen zullen worden gemaakt tijdens het interview. Vlak voor de start van het interview nam(en) de onderzoeker(s) de ICF samen met de deelnemer door. Enkel wanneer de deelnemer instemde met het interview en het ICF ondertekend had terugbezorgd aan de onderzoeker, kon het interview van start gaan. Zowel in de ICF als bij de start van het interview werd duidelijk vermeld dat de persoon in kwestie niet verplicht was om deel te nemen. Zowel voor het deelnemen als het niet deelnemen, als voor het vroegtijdig beëindigen van het onderzoek waren er geen negatieve gevolgen voor de persoon in kwestie. Daarbij kon het interview op elk moment op vraag van de deelnemer worden beëindigd. De data - inclusief eventuele audiofragmenten - van niet afgeronde interviews werden niet opgenomen in de data-analyse en werden vernietigd.

Alle data werd tijdens het project vertrouwelijk en met de nodige zorgvuldigheid behandeld. Er werden geen videobeelden gemaakt tijdens de interviews. De geluidsopnamen van de interviews werden enkel beluisterd en uitgetypt door de onderzoekers. De opnamen, dagboekgegevens en persoonlijke notities van de interviewer werden meteen na transcriptie vernietigd.

Transcripties van de interviews bevatten geen namen en evenmin andere gegevens die identificatie mogelijk maken. In de eigenlijke masterproef worden enkele fragmenten van de interviews geciteerd op een anonieme wijze en op zo'n manier dat het op basis van een citaat niet mogelijk is om de uitspraak terug te leiden naar een bepaalde participant. De transcripties werden bewaard in een beveiligd computer document dat enkel in het bezit is van de promotor(en) en de betrokken studenten. Indien mogelijk werd dit bestand bewaard in een project- of teamgebonden opslaglocatie op een server van KU Leuven of UZ Leuven, in OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven, of in REDCap. Zo niet, werd een persoonlijke computer gebruikt die beveiligd is met een wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma zoals 7-Zip of AEScrypt.

5. RESULTATEN

5.1 Deelnemers aan de interviews

In totaal werden zeven interviews afgenomen: drie met huisartsen en vier met arts-specialisten. Vijf van deze interviews waren focusgroepen met minimaal twee deelnemers. Daarnaast vonden twee individuele interviews plaats met de diensthoofden van de afdelingen endocrinologie en pediatrie. Aangezien er regelmatig overleg is tussen deze afdelingen en de regionale huisartsen, werden voorafgaand aan deze bijeenkomsten gesprekken gevoerd over het verwijssysteem tussen het diensthoofd en zijn/haar stafleden. Hierdoor kon het diensthoofd tijdens het interview het standpunt van zijn collega-artsen goed vertegenwoordigen. De duur van de interviews varieerde tussen de 13 en 65 minuten. Er werden geen artsen-in-opleiding geïncludeerd in de focusgroepen. Alle deelnemers hadden dus minstens drie jaar werkervaring. Tabel 2 toont een schematische weergave van de duur per interview en ook het geslacht van de deelnemers per interview.

We werkten volgens het principe van datasaturatie, d.w.z. dat onze dataverzameling net zo lang doorging tot er verzadiging werd bereikt en er geen nieuwe informatie meer naar voren kwam vanuit onze focusgroepen. Op die manier probeerden we zo veel mogelijk diepgang in het onderzoek aan te brengen.[19]

Bij de focusgroepen met huisartsen leverde de tweede focusgroep nog een minimale hoeveelheid nieuwe informatie op. Bij de derde groep kwam geen nieuwe informatie meer aan bod, waarna door de onderzoekers besloten werd tot datasaturatie voor deze subgroep respondenten. Voor de subgroep arts-specialisten werd geen datasaturatie bereikt gezien de verschillende individuele noden van elke specialistische discipline. De prioritaire diensten waarnaar regelmatig verwezen wordt, werden aangeschreven met verzoek tot deelname. Echter, niet al deze disciplines konden geïncludeerd worden in deze studie.

De resultaten worden besproken volgens de structuur van onze codeboom, waarbij we de verschillende verwijzingsmodaliteiten analyseren. We maken daarbij telkens onderscheid tussen de verzenders en ontvangers van de verwijzingen: huisartsen worden beschouwd als verzenders en arts-specialisten als ontvangers. Tot slot gaan we in op de terugkoppeling na verwijzing.

	Duur van het interview (in minuten)	Aantal vrouwen	Aantal mannen
Huisartsen groep 1	41	3	2
Huisartsen groep 2	65	6	3
Huisartsen groep 3	31	4	5
Arts-specialisten: Neurologie groep 1	27	2	2
Arts-specialisten: Neurologie groep 2	54	4	0
Arts-specialisten: endocrinologen	27	0	1
Arts-specialisten: pediatrie	13	0	1

TABEL 2: DUUR EN GESLACHT. Deze tabel geeft de duur van de interviews en geslacht van de deelnemers per interview weer.

5.2 Verwijzing per brief

Zowel huisartsen als arts-specialisten geven de voorkeur aan een verwijsbrief als communicatiemiddel bij een verwijzing. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de klassieke papieren verwijsbrief en de elektronische variant. In de huidige praktijk geven de meeste huisartsen de voorkeur aan de papieren brief, vooral wanneer het om een nieuwe patiënt voor de specialist gaat.

5.2.1 inhoud

5.2.1.1 noodzakelijke inhoud volgens arts-specialisten

De meeste specialisten geven de voorkeur aan een verwijsbrief die eerder te veel dan te weinig informatie bevat. Uit focusgroepen met verschillende specialisten kwamen duidelijke voorkeuren naar voren welke elementen zij essentieel vinden. De voorgeschiedenis van de patiënt wordt unaniem als onmisbaar beschouwd. Ook het vermelden van een actueel en volledig medicatieschema is voor een groot deel van de specialisten van groot belang. Daarnaast worden alarmerende of afwijkende medische bevindingen vaak genoemd als waardevolle toevoegingen aan een verwijsbrief. Wat eveneens als cruciaal wordt gezien, is een duidelijke formulering van de vraagstelling of de verwachting van de huisarts ten aanzien van het vervolgtraject. Veel specialisten gaven aan dat dit hen helpt om doelgericht en efficiënt verdere stappen te zetten. Opvallend is dat een aanzienlijk deel van de specialisten aangeeft momenteel nog te weinig informatie te ontvangen over de sociale context van de patiënt, terwijl juist die context hen helpt om de situatie beter te begrijpen en maatwerk te leveren. Zoals één van de geïnterviewden het verwoordde:

"Het is voor ons enorm waardevol als we weten wat de context is en als we weten dat de huisarts daarachter staat."

Sommige specialisten wijzen daarnaast op het belang van inzicht in het tijdsverloop van de klachten en op eerder uitgevoerde onderzoeken. Dit maakt het mogelijk om niet opnieuw het wiel uit te vinden, maar juist voort te bouwen op wat al gedaan is. Eén respondent gaf aan:

"Ik vind het altijd geweldig als er al een elaboratie gebeurd is, een mooie brief met een elaboratie, en dat wij gewoon the next step kunnen doen."

Hoewel elementen zoals ongerustheid van de patiënt of de differentiële diagnose van de huisarts minder vaak als essentieel worden genoemd, geven ze in sommige gevallen wel extra context. Uit de analyse blijkt dat de voorgeschiedenis voor alle geïnterviewde specialisten essentieel is, terwijl het actuele medicatieschema en de alarmerende bevindingen voor ongeveer driekwart van hen belangrijk zijn. De sociale en persoonlijke context wordt door bijna tweederde als relevant beschouwd, en een duidelijke vraagstelling wordt door 80% gewaardeerd. Het tijdsverloop speelt voor een derde een rol, terwijl elementen zoals de ongerustheid van de patiënt of de gedachtegang van de huisarts door een kleiner deel als noodzakelijk worden benoemd.

Deze inzichten onderstrepen het belang van een goed gestructureerde, uitgebreide verwijsbrief waarin niet alleen medische feiten, maar ook de context en verwachtingen helder worden gecommuniceerd. De verwachtingen van arts-specialisten naar inhoud van de verwijsbrief toe staan vermeld in tabel 3.

Noodzakelijke inhoud	**Percentage van arts-specialisten**
Voorgeschiedenis van patiënt	90%
Huidig & up-to-date medicatieschema	70 %
Persoonlijke sociale context van patiënt	60 %
Een duidelijke vraagstelling / verwachting	80 %
Ongerustheid van patiënt	20 %
Alarmerende/afwijkende bevindingen van arts	70 %
Tijdsverloop	30 %
Differentiaaldiagnose / gedachtengang	20 %

TABEL 3: INHOUD VERWIJSBRIEF. Deze tabel geeft een overzicht van welke aspecten het meest gewaardeerd worden door arts-specialisten.

Een verwijsbrief hoeft niet altijd een volledig uitgeschreven klinisch onderzoek te bevatten. Voor de specialisten is het voldoende om alleen de afwijkende of alarmerende bevindingen te noteren. Arts-specialisten neurologie waarderen het echter wel als wordt vermeld dat een neurologisch onderzoek is uitgevoerd en normaal is, zodat ze weten dat de huisarts hier aandacht aan heeft besteed. Vrijwel alle specialisten waren het erover eens dat het toevoegen van radiologische verslagen of laboresultaten als bijlage overbodig is. Zij kunnen deze informatie eenvoudig zelf raadplegen via hun elektronisch dossier of de HUB.

5.2.1.2 noodzakelijke inhoud volgens huisartsen

De meeste huisartsen geven aan dat hun verwijsbrieven minimaal de volgende informatie bevatten: achtergrondinformatie over de patiënt, een up-to-date medicatieschema en een concrete vraagstelling. Daarnaast maken ze in de brief altijd duidelijk wanneer zij zelf geen medische noodzaak zien voor de verwijzing. Wanneer een patiënt zelf een verwijzing naar een specialist vraagt, maar de huisarts hier geen indicatie voor ziet, proberen ze dit subtiel te verwoorden. Eén huisarts verwoordde het als volgt:

"In zulke gevallen schrijf ik letterlijk: 'Wegens ongerustheid van de patiënt' of 'Op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt verwijs ik u hierbij…' Met deze formulering wil ik de specialist subtiel laten weten dat ik zelf niet volledig achter de verwijzing sta."

5.2.2 voordelen

5.2.2.1 voordelen volgens arts-specialisten

Voor de meeste specialisten heeft een verwijsbrief de voorkeur, omdat deze de meest volledige informatie bevat. Dit is vooral waardevol bij de ontvangst van een nieuwe patiënt. Daarnaast biedt de verwijsbrief de huisarts de mogelijkheid om gevoelige informatie te vermelden die de patiënt zelf misschien niet zou meedelen aan de specialist tijdens de consultatie.

Specialisten gebruiken de verwijsbrief ook om de door de huisarts genoteerde informatie te vergelijken met het verhaal van de patiënt. Het komt namelijk voor dat patiënten zelf niet precies weten waarom ze naar een specialist worden verwezen. Dankzij de verwijsbrief krijgt de specialist meteen duidelijkheid over de reden van verwijzing.

In sommige ziekenhuizen wordt al gewerkt met elektronische verwijsbrieven. Specialisten die hiermee werken, geven aan dat dit tijdbesparend is, omdat ze hun consultatie vooraf kunnen voorbereiden. Daarnaast zien zij het als een efficiëntere en veiligere manier om medische informatie over te dragen.

5.2.2.2 voordelen volgens huisartsen

Het grootste voordeel van een verwijsbrief volgens de huisartsen is dat medische informatie op een gestructureerde en overzichtelijke manier kan worden overgebracht aan een specialist. Één huisarts merkt op dat een verwijsbrief betrouwbaarder is dan telefonisch contact.

Ook de elektronische verwijsbrief biedt voordelen voor de huisartsen. Twee huisartsen waarderen het milieuvriendelijke aspect, omdat er geen papier meer hoeft te worden geprint. Daarnaast vindt één huisarts het handig dat een elektronische verwijsbrief via een eForm kan worden opgesteld op een later moment na de consultatie.

5.2.3 nadelen

5.2.3.1 nadelen volgens arts-specialisten

Het grootste nadeel van een papieren verwijsbrief is volgens 44% van de specialisten dat patiënten deze kunnen vergeten of kwijtraken. Daarnaast merkt één specialist op dat papieren verwijsbrieven

vaak onoverzichtelijk zijn, omdat ze opgesteld worden met een standaard sjabloon. Twee specialisten geven aan dat het overtypen van relevante voorgeschiedenis en medicatieschema's uit een papieren brief veel tijd kost.

Op dit moment wordt de elektronische verwijsbrief door de meeste specialisten nog als weinig toegankelijk ervaren. 44% geeft aan dat ze de brief niet (gemakkelijk) kunnen terugvinden in hun elektronisch systeem. Daarnaast merkt een neuroloog op dat het huidige format niet toelaat om informatie eenvoudig te kopiëren naar een eigen verslag of dossier, wat als onpraktisch wordt ervaren.

5.2.3.2 nadelen volgens huisartsen

Alle huisartsen ervaren unaniem hetzelfde nadeel: uit hun eigen ervaring en via patiënten merken ze dat specialisten hun (elektronische) verwijsbrief soms niet lezen. Dit kan leiden tot grote frustratie bij huisartsen en patiënten.

De meeste huisartsen zijn vertrouwd met de elektronische verwijsbrief. Slechts één huisarts geeft aan hier nog niet van op de hoogte te zijn, terwijl een andere huisarts nog niet precies weet hoe zo'n brief opgesteld en verstuurd kan worden vanuit het gebruikte medisch dossier. Daarnaast geeft 17% van de huisartsen (4 van de 23) aan dat ze het gevoel hebben dat nog niet alle ziekenhuizen en specialisten op de hoogte zijn van deze werkwijze. Ze vermoeden dat dit komt doordat het systeem nog relatief nieuw is.

Verder vindt 26% van de huisartsen (6 van de 23) het onduidelijk of de elektronische verwijsbrief daadwerkelijk aankomt en wordt teruggevonden door de specialist. Één huisarts merkt op dat het huidige systeem een beperking in het aantal tekens oplegt, waardoor informatie slechts beknopt kan worden weergegeven.

5.3 Verwijzing per mail

Er bestaat onenigheid binnen de arts-specialisten omtrent het gebruiken van mail als communicatiemiddel voor een verwijzing tussen eerste en tweede lijn.

5.3.1 inhoud

5.3.1.1 inhoud volgens arts-specialisten

De specialisten die gebruikmaken van deze modaliteit vinden doorgaans dat dit alleen gebruikt kan worden voor niet-dringende verwijzingen of korte vragen. Eén huisarts gaf bovendien aan dat mail soms op vraag van specialisten gebruikt wordt als complementair communicatiemiddel na telefonische verwijzing om bepaalde gegevens toch schriftelijk te ontvangen.

5.3.1.2 inhoud volgens huisartsen

Er geeft één huisarts aan de mail te gebruiken om aanvragen voor medische beeldvorming door te sturen naar de dienst radiologie wanneer een patiënt deze papieren aanvraag vergeet.

5.3.2 voordelen

5.3.2.1 voordelen volgens arts-specialisten

Het grote voordeel van mailverkeer dat de arts-specialisten aangeven is dat ze (voor niet-dringende zaken) het fijn vinden om de controle te hebben over het moment waarop ze de mails lezen, zodat dit niet tijdens een raadpleging moet maar nadien kan behandeld worden.

5.3.2.2 voordelen volgens huisartsen

Er is één huisarts die aangeeft dat een mail handig is voor het versturen van foto's naar arts-specialisten. Via mail wordt door de huisarts een dermatoloog voor advies gevraagd.

5.3.3 nadelen

5.3.3.1 nadelen volgens arts-specialisten

60% van de arts-specialisten geeft aan dat het gebruikmaken van mails nadelig is omdat deze niet (altijd) door iedereen worden gelezen. 30% vindt dat ze te veel mails ontvangen, waardoor je het risico loopt dat een mail niet gelezen wordt. Ze geven ook aan dat door de overload aan mails er te veel tijd kruipt in het beantwoorden ervan, wat voor sommige specialisten belastend overkomt. Er is één specialist die aankaart dat het nadelig is dat sommige huisartsen er onterecht vanuit gaan dat door een mail te versturen het probleem wordt verschoven en bijgevolg de verantwoordelijkheid wordt van de ontvanger.

5.3.3.2 nadelen volgens huisartsen

Ook niet alle huisartsen maken even graag gebruik van mails als communicatiemiddel. Twee huisartsen geven aan dat ze dit niet durven gebruiken doordat het niet GDPR-proof is. Er is één huisarts die aangeeft geen gebruik te maken van mail omdat niet alle specialisten hun mails bekijken en het niet duidelijk is welke specialist hiervoor toegankelijk is en welke niet. Omdat sommige arts-specialisten meerdere mailadressen hebben, komt de informatie niet altijd terecht in de juiste mailbox. Omwille van deze reden geeft één huisarts aan ook een gebruik te maken van mail. Tot slot is er één huisarts die aangeeft mailverkeer te beperken om een burn-out te voorkomen.

5.4 Telefonische verwijzing

5.4.1 inhoud

5.4.1.1 inhoud volgens arts-specialisten

De arts-specialisten geven aan dat telefonische verwijzingen bedoeld zijn voor urgente pathologie, bij twijfel over de urgentiegraad of een algemeen niet-pluisgevoel. Een neuroloog vatte het als volgt samen:

"Wanneer het een onmiddellijke therapeutische consequentie heeft of wanneer die [de huisarts] niet zeker is over de urgentiegraad."

Meerdere specialisten gaven aan steeds open te staan voor telefoons omdat de werking van hun dienst het toelaat om extra patiënten met urgente pathologie te kunnen toevoegen aan de agenda. Hierbij wordt vertrouwen geuit in een adequaat triërend vermogen van de huisartsen.

Over het gebruik van telefonisch contact bij korte vragen zijn de meningen verdeeld. Sommige specialisten geven duidelijk aan liever niet gestoord te worden voor banaliteiten, andere staan open voor korte vragen om collega's snel te kunnen verder helpen.

5.4.1.2 inhoud volgens huisartsen

Een groot aantal huisartsen geeft aan dat telefonische doorverwijzing de voorkeur geniet in geval van urgente pathologie of vragen omtrent complexe dossiers die reeds gekend zijn bij specialisten. Voor de meeste ziekenhuizen beschikken de regionale huisartsen over rechtstreekse telefoonnummers van de specialisten.

5.4.2 voordelen

5.4.2.1 voordelen volgens arts-specialisten

Alle arts-specialisten rapporteren dat een positief aspect van een telefonische verwijzing bestaat uit de mogelijkheid tot snelle informatieoverdracht en rechtstreeks overleg. Zo kan er vanuit de specialist gepolst worden naar eventueel nodige extra informatie of kunnen er al bijkomstige onderzoeken besproken en aangevraagd worden zodat de consultatie in tweede lijn vlotter kan verlopen. Ook het meer discrete aspect van telefonische contacten voor gevoelige onderwerpen wordt enkele malen aangehaald.

Eén groep neurologen werkt met een systeem waarbij telkens één van hen overdag de wachttelefoon bemand, waarbij de oproepen eerst gefilterd worden via het secretariaat. Hierbij worden de artsen die niet van wacht zijn enkel gecontacteerd bij specifieke vragen over gekende patiënten. Een dergelijke regeling beperkt het gevoel gestoord te worden.

5.4.2.2 voordelen volgens huisartsen

Voordelen van een telefonische doorverwijzing voor de huisarts zijn het gebruiksgemak en de efficiëntie die het betekent voor zorgverlening. Zo laat telefonisch contact toe om snel antwoorden te verkrijgen op korte vragen en beperkt het vaak de tijd tot afspraak bij de specialist; de specialisten geven immers unaniem aan na telefonisch overleg met een huisarts de patiënt sneller te zien. Verschillende huisartsen geven aan dat het persoonlijk kennen van een specialist de drempel tot telefonisch contact kan verlagen.
Voor een bepaald ziekenhuis wordt er door de huisartsen vermeld dat er een speciaal telefoonnummer bestaat, de zogeheten "groene lijn", die enkel door huisartsen gebruikt mag worden en specifiek bestemd is voor het maken van urgente afspraken.

5.4.3 nadelen

5.4.1.1 nadelen volgens arts-specialisten

Arts-specialisten rapporteren dat telefonische verwijzingen kunnen storen tijdens hun dagdagelijkse klinische activiteiten.

5.4.1.1 nadelen volgens huisartsen

Nadelen voor de huisartsen zijn dat ze bij een telefonische verwijzing botsen op lange wachttijden bij secretariaten, dat specialisten soms moeilijk rechtstreeks te bereiken zijn en dat specialisten na telefonische verwijzing graag toch ook een – weliswaar kortere – verwijsbrief zien verschijnen, waardoor deze manier van verwijzen wat tijds- en arbeidsintensiever is. Enkele huisartsen rapporteren daarboven een bepaalde drempel om te bellen om de specialist niet te storen.

Betreffende de wachttijden rapporteren enkele huisartsen dat bepaalde ziekenhuizen het mogelijk maken om een op voorhand doorgegeven telefoonnummer als prioritair te laten herkennen door het telefoniesysteem in het ziekenhuis, zodat op die manier de reguliere wachtrij gepasseerd kan worden. Dit gegeven bleek echter bij een groot deel van de deelnemers niet bekend. Hierbij wordt aangehaald dat duidelijke informatie vanuit de ziekenhuizen over de verschillende communicatiemiddelen niet goed verspreid wordt onder de lokale huisartsen.

5.5 SumEHR en Hub

De Hub en SumEHR worden niet rechtstreeks gebruikt voor verwijzing maar vormen wel een essentieel onderdeel van het verwijsproces. Ze laten immers toe om meer informatie te verkrijgen indien de verwijzing gaat over een voor de hulpverlener onbekende patiënt. Zo kan bij de verwijzing naar de SumEHR of Hub verwezen worden voor technische onderzoeken, beeldvorming of eerdere consultaties of hospitalisaties om de verwijzing efficiënter te laten verlopen.

Quasi alle geïnterviewde huisartsen geven aan frequent gebruik te maken van Hub en SumEHR op de wachtpost of bij vervanging van een collega. Specialisten geven ook aan op de hoogte te zijn van het bestaan van Hub en SumEHR, hoewel slechts een minderheid van hen aangeeft hier routinematig gebruik van te maken.

5.5.1 inhoud

SumEHR en Hub worden door zowel de huisartsen als arts-specialisten gebruikt voor het terugvinden van de voorgeschiedenis (met de nodige details qua inhoud en timing in geval van uitgebreide dossierstudie) en de huidige medicatielijst. Één specialist geeft specifiek aan ook graag startdata van medicatie te kunnen terugvinden. Één huisarts rapporteert dat hij via een overleg met specialisten te horen heeft gekregen dat informatie over levenseinde (DNR, palliatief statuut, negatieve wilsverklaring, …) enkel via Hub en SumEHR terug te vinden is.

5.5.2 voordelen

5.5.2.1 voordelen volgens arts-specialisten

Specialisten geven aan gebruik te maken van de Hub of SumEHR wanneer ze bij een opname onvoldoende informatie hebben over de medische voorgeschiedenis of huidige medicatie van de patiënt. Ze kunnen via deze weg efficiënt en snel de nodige informatie bekomen en vergelijken met de informatie uit hun medisch dossier en aanpassen waar nodig.

5.5.2.2 voordelen volgens huisartsen

De mogelijkheid tot het verkrijgen van informatie over voor de hulpverlener onbekende patiënten (bv. tijdens wachtdienst, vervangingen) wordt benoemd als het grootste voordeel van de SumEHR. De controle over welke informatie er in de SumEHR beland wordt ook meermaals als positief bestempeld, waarbij specifiek negatieve wilsverklaringen als item worden aangehaald. Mits correcte instellingen in de medische software en na het initieel aanmaken van SumEHR's, worden deze bij het sluiten van het patiëntendossier automatisch doorgestuurd. Dit blijkt een duidelijk voordeel voor de artsen die op deze manier te werk gaan.

5.5.3 nadelen

5.5.3.1 nadelen volgens arts-specialisten

Het grootste nadeel van de SumEHR is dat voor specialisten deze niet altijd up-to-date wordt gehouden, waar specifiek verouderde medicatielijsten een bron van frustratie vormen. Meerdere specialisten rapporteren verder dat ze de Hub en/of SumEHR onoverzichtelijk vinden met gebrek aan een gemakkelijke zoekfunctie; kortom, niet gebruiksvriendelijk. De combinatie van bovengenoemde factoren is voor enkele specialisten reden genoeg om de SumEHR niet te bekijken.

5.5.3.2 nadelen volgens huisartsen

Huisartsen geven voornamelijk als nadeel aan dat het actueel houden van de SumEHR een tijds- en arbeidsintensief proces kan zijn. Er blijkt ook bij meerdere huisartsen onduidelijkheid te heersen over welke informatie er juist automatisch in de SumEHR terechtkomt waardoor bepaalde irrelevante informatie hier – al dan niet bewust – toch mee geïncludeerd wordt. Doordat de inhoud aangepast kan worden naar believen van de GMD-houdend arts, heerst er ook geen uniformiteit op vlak van inhoud van de SumEHR's. Tot slot geven ook meerdere huisartsen aan dat specialisten de SumEHR niet lijken te gebruiken waardoor er een disbalans ontstaat tussen de tijd die huisartsen besteden aan het onderhoud ervan en het nut dat deze inspanningen opbrengen.

5.6 Varia (sms, whatsapp, Siilo, …)

5.6.1 Voordelen

5.6.1.1 voordelen volgens arts-specialisten

Voordelen van alternatieve communicatievormen werden door de specialisten niet concreet benoemd tijdens onze focusgroepen.

5.6.1.1 voordelen volgens huisartsen

Huisartsen van communicatie via de alternatieve routes ervaren hier een zekere laagdrempeligheid. Bepaalde diensten werken bijvoorbeeld met een gedefinieerd buddy systeem waarbij een aangewezen specialist op dergelijke manieren laagdrempelig bereikt kan worden voor korte vragen.

5.6.2 Nadelen

5.6.2.1 nadelen volgens arts-specialisten

Enkele specialisten geven aan dat vragen via minder geijkte kanalen (Whatsapp of sms, Siilo, …) vooral als storend worden ervaren omdat het zelden over medische urgenties gaat. Eén specialist ervaart een beduidende belasting van deze “psychologisch dringende” zaken.

5.6.2.1 nadelen volgens huisartsen

Nadelen van alternatieve communicatievormen werden door de huisartsen niet concreet benoemd tijdens onze focusgroepen.

5.7 Terugkoppeling

Terugkoppeling kan één-op-één verlopen maar ook op meer georganiseerde wijze. Zo komt er in verschillende focusgroepen naar boven dat ziekenhuizen overlegorganen organiseren tussen een comité van specialisten enerzijds en huisartsen anderzijds. Er wordt soms ook discipline specifiek overleg georganiseerd door een aangewezen huisarts, die feedback van collega-artsen samenbrengt en op geregelde tijdstippen met een afgevaardigde van de dienst samenzit om deze te bespreken. We beschouwen hieronder de huisarts als ontvanger van feedback en de arts-specialist als verzender.

5.7.1 Huisartsen

De ontvangers van feedback na verwijzing, de huisartsen, zijn het uniform eens over het feit dat ze graag feedback willen over elk van hun patiënten die de specialisten consulteert, ook diegenen die dit op eigen initiatief doen. Ze willen eveneens dat hun verwijsbrief gelezen wordt en zien dit ook graag bevestigd in het verslag dat volgt na verwijzing. Dit kan gaan over een specifieke vraagstelling die beantwoord wordt, feedback over de verwijzing of louter een collegiale kennisgeving.
De geprefereerde terugkoppelingsmethode is het klassieke verslag, al halen meerdere huisartsen aan het zeker te appreciëren telefonisch gecontacteerd te worden in bepaalde situaties (bijvoorbeeld bij belangrijke nieuwe diagnose, urgenties, uiting van appreciatie door de specialist, …). De feedback van patiënten over de verwijzing wordt ook meermaals als waardevol benoemd door de verwijzers.
De terugkoppeling volgt voor de huisartsen liefst zo snel mogelijk na de consultatie. De termijn hiervoor is niet duidelijk te definiëren, al is er wel unanimiteit over een omgekeerde lineaire relatie tussen de gewenste termijn en de ernst/urgentie van de casus.

Inhoudelijk wensen huisartsen voornamelijk een duidelijk verslag, waarbij ze liever een tijdig verslag ontvangen met louter essentiële informatie (bullet points in plaats van volzinnen, kort besluit, …) dan een lange wachttijd voor een uitgebreid, mooi gefinaliseerd verslag. Sommige huisartsen benadrukken wel dat ze toch graag op de hoogte gesteld worden van een volledig hospitalisatieverloop via de brief voor het geval er specifieke vragen hieromtrent komen van de patiënt. Wel zijn quasi alle huisartsen het erover eens dat ze voornamelijk de besluiten van de brieven lezen, waarbij één huisarts aanvult dat er tussen verschillende specialisten of diensten weinig uniformiteit in de structuur van de brieven zit.
Er hoeft geen rechtstreekse terugkoppeling te zijn voor zaken die opgevolgd dienen te worden als dit geen urgente of belangrijke zaken betreft.
Verder wordt er ook door verschillende huisartsen aangehaald dat enkel de essentiële informatie

bezorgd dient te worden, aangezien huisartsen nu bijvoorbeeld ook alle labo's en technische onderzoeken van tijdens een ziekenhuisopname als aparte verslagen krijgen doorgestuurd. Hierdoor wordt een overaanbod gecreëerd dat leidt tot extra werkbelasting en – in het slechtste geval – over het hoofd zien van belangrijke communicatie.

Nadelen blijven voor veel artsen dat enige vorm van terugkoppeling tout court regelmatig ontbreekt, het verloren gaan van de essentie in ellenlange brieven, en de wachttijd op de definitieve verslagen, terwijl gehospitaliseerde patiënten bij ontslag vaak wel al een niet gevalideerde versie meekrijgen. Voor dit laatste dient er dan regelmatig getelefoneerd te worden naar het ziekenhuis om dit in orde te krijgen, wat extra tijd en moeite kost. Soms kunnen ook technische defecten aan de bron van vertraging liggen. Eén arts poneert ook dat het soms een indruk van onprofessioneel gedrag kan wekken wanneer je als huisarts niet in de mogelijkheid bent om verder te bouwen op wat de specialist al aan de patiënt heeft meegedeeld.
Enkele artsen vermelden ook dat het soms voor frustratie kan zorgen dat verslagen al voor patiënten zichtbaar zijn nog voordat huisartsen de kans krijgen om deze te lezen.
Er zijn ook enkele artsen die het gebruik van discipline specifieke afkortingen hekelen.
Wanneer verwijsbrieven niet gelezen worden, leidt dit soms tot het onbeantwoord blijven van specifieke vragen of doorvoeren van therapeutische wijzigingen die reeds door de huisarts werden ingesteld alvorens de verwijzing te doen. Deze vertraging in zorg wordt frequent als bron van frustratie geduid.
Globaal blijken er bepaalde specialisaties te zijn die erom bekend zijn geen verslagen te sturen waarbij meermaals dermatologie, gynaecologie, oftalmologie en psychiatrie genoemd worden. Bij uitblijven van terugkoppeling kan een consultatie in tweede lijn volledig buiten het weten van de huisarts om lopen als de patiënt op eigen initiatief de specialist consulteert. Dit kan de continuïteit van zorg belemmeren. Enkele huisartsen geven aan dat dit met gerichte klachten aan het ziekenhuisbestuur soms wel te verbeteren is.
Tot slot wordt terugkoppeling soms verkeerdelijk aan een bepaalde huisarts gericht wanneer deze geregistreerd staat als vaste huisarts van de patiënt in het medisch softwarepakket in het ziekenhuis, maar niet de huisarts is die de patiënt ook effectief heeft verwezen.

Veel huisartsen geven ook frustratie aan omtrent het antwoord van secretariaten in ziekenhuizen dat afspraken sneller beschikbaar zijn indien de huisarts belt. Het feit dat dit enkel dient te gebeuren conform de medische urgentie wordt niet vermeld in deze boodschap, wat een foutieve perceptie bij patiënten creëert en extra belasting bij de huisartsen teweegbrengt.

Een duidelijk voordeel van een adequate en respectvolle terugkoppeling is dat dit voor veel huisartsen bevorderend werkt om vaker naar de specialist in kwestie te verwijzen en zo de professionele relatie te versterken.

Enkele huisartsen rapporteren dat het zelden gebeurt dat specialisten na een verwijzing telefonisch contact opnemen om extra informatie te verkrijgen. Eén specialist vermeldt zelf dat hij belt met de huisarts bij onduidelijkheid omtrent medicatie of over een bepaalde gebeurtenis.

5.7.2 Arts-specialisten

Voor alle specialisten als verzender is de consultatiebrief of het hospitalisatieverslag de manier om terug te koppelen naar de verwijzer. Enkele specialisten geven ook aan soms telefonisch of via email bepaalde zaken terug te koppelen. Door tijdsgebrek gebeurt dit voor hen vooral wanneer het inhoudelijk dringende zaken betreft, bijvoorbeeld wanneer opvolging op korte termijn geïndiceerd is en/of de specialist er niet op vertrouwt dat instructies aan de patiënt om tot bij de huisarts te gaan

tijdig nageleefd zullen worden. Enkele specialisten vermelden ook specifiek te bellen wanneer het gevoelige informatie betreft die niet door de patiënt in het verslag teruggevonden dient te worden, bv. gevoelige sociale of verslavingsgerelateerde informatie. Sociaal ligt de drempel voor deze vorm van terugkoppeling duidelijk lager voor artsen die ze persoonlijk kennen of – zo zeggen twee specialisten specifiek – wanneer de rechtstreekse contactinformatie (mailadres, telefoonnummer) voor de specialist duidelijk terug te vinden is in de verwijsbrief of op de praktijkwebsite van de verwijzer.
De terugkoppeling kan ook gebruikt worden om teaching momenten in te lassen om de zorg en/of toekomstige verwijzingen vlotter te laten verlopen. Één bepaalde specialist vermeldt dit specifiek vaak te doen voor collega's in opleiding.

Qua inhoud vermelden specialisten dat ze er trachten op te letten om duidelijke instructies naar opvolging toe te geven, vaak gepaard met de boodschap naar de patiënt om binnen een bepaalde termijn de huisarts te raadplegen. Meerdere specialisten geven aan deze instructies aan het einde van de brief, al dan niet met aparte titel, te voorzien om de huisarts in staat te stellen deze makkelijk terug te vinden.

Nadelig vinden enkele specialisten de moeizame bereikbaarheid van de huisarts wanneer ze proberen telefonisch contact te leggen, bv. door afwezigheid van de huisarts in kwestie (huisbezoeken, vrije dagen of dagdelen, …) of de telefonische wachtrij van diens praktijk. Enkele specialisten halen aan dat niet alle huisartsen ervoor openstaan om hun rechtstreeks gsm-nummer aan de specialisten te bezorgen. Ook de onzekerheid of opvolging instructies worden nageleefd is nadelig voor enkele specialisten aangezien ze hier vaak geen feedback over krijgen, waardoor ze erop moeten vertrouwen dat de patiënt zijn aandeel in de gedeelde verantwoordelijkheid over zijn gezondheid ook effectief opneemt. Meerdere specialisten uiten hierin wel vertrouwen in de huisartsen, mede door de goede organisatie in de meeste groepspraktijken.

6. DISCUSSIE

In dit kwalitatief onderzoek komen verschillende barrières en facilitatoren naar voren die een rol spelen bij de huidige verwijsmethoden van huisartsen naar specialisten. Dankzij het gebruik van semi-gestructureerde interviews konden diepgaande ervaringen en nuances aan het licht komen. Respondenten voelden zich vrij om hun afwegingen en gevoelens te delen, wat rijke data opleverde.

Er bestaan verschillende verwijzingsmodaliteiten, waardoor een verwijzing niet altijd op dezelfde manier gebeurt. Dit kan voordelig zijn, omdat elke arts kan verwijzen volgens zijn/haar persoonlijke voorkeur. Tegelijkertijd toont eerder onderzoek aan dat een gebrek aan standaardisatie in communicatie tussen zorgverleners kan leiden tot informatieverlies en suboptimale coördinatie van zorg.[4,17] Dit wordt bevestigd door ons onderzoek, waaruit blijkt dat de meeste artsen de manier van verwijzen laten afhangen van de inhoud en urgentie ervan. Zowel huisartsen als specialisten verkiezen doorgaans de verwijsbrief als voorkeur communicatiemiddel, omdat deze de meeste informatie op een gestructureerde manier kan overbrengen. Dit komt overeen met bevindingen uit eerdere studies, waarin de schriftelijke verwijsbrief als de meest betrouwbare bron van overdracht wordt beschouwd, mits correct opgesteld.[31] Een barrière hier is echter dat de patiënt verantwoordelijk is voor het bezorgen van deze brief aan de arts-specialist. Indien dit vergeten wordt, ontbreekt er cruciale informatieoverdracht tussen zorgverleners, wat ook in andere studies benoemd werd als een risico voor continuïteit van zorg.[3] Omdat de patiënt deze brief kan lezen, is het moeilijker om gevoelige informatie of contextuele gegevens over te brengen. Dit wordt ook in de literatuur omschreven als een uitdaging in de balans tussen transparantie voor de patiënt en professionele communicatie tussen zorgverleners.[24] Specialisten in ons onderzoek geven aan dat zij sociale of contextuele informatie vaak missen in de verwijsbrief, wat eveneens in eerder onderzoek wordt aangehaald als oorzaak van interpretatieproblemen of inefficiënties in de zorg.[14] Bovengenoemde beperkingen van papieren verwijzingen zouden deels ondervangen kunnen worden door elektronische verwijssystemen. Desondanks blijkt ook in onze studie dat deze nog beperkt ingeburgerd zijn, onder andere door technische beperkingen en gebrek aan integratie in bestaande systemen. Deze bevinding sluit aan bij internationaal onderzoek, waar implementatieproblemen en gebruikersonvriendelijkheid vaak als drempels worden genoemd voor elektronische communicatie.[12,33] Bij dringende of onduidelijke casussen wordt er telefonisch contact opgenomen. Hoewel dit efficiënt kan zijn, gebeurt het door tijdsdruk zelden standaard. Vergelijkbare zorgen worden in de literatuur benoemd: telefonische communicatie wordt gewaardeerd om zijn snelheid, maar is vatbaar voor inconsistentie en afhankelijk van bereikbaarheid.[6] Barrières zoals het ontbreken van directe contactgegevens en frustraties rond wachttijden worden ook in andere studies aangehaald als hinderpalen voor effectieve communicatie.[15] Er is onenigheid over het gebruik van e-mail als verwijsmethode, mede door twijfel over de GDPR-conformiteit en inconsistent gebruik. Dit komt overeen met bevindingen in eerder onderzoek dat e-mail, ondanks zijn gemak, zelden als veilig en betrouwbaar wordt gezien voor medische communicatie.[36] Apps zoals Siilo bieden een veilig alternatief, maar ook hier zien we gemengde reacties, wat aansluit bij de literatuur die wijst op een spanningsveld tussen toegankelijkheid en werkdruk bij mobiele communicatie tussen artsen.[34] Tot slot hechten artsen in ons onderzoek veel belang aan de inhoud van verwijzingen. De onvolledigheid of onjuistheid van medicatielijsten blijkt een vaak voorkomende frustratie, zoals ook eerder beschreven werd als een van de belangrijkste oorzaken van medicatiefouten bij overdrachten.[28] Hoewel de SumEHR een poging doet om deze informatie te centraliseren, wordt deze in de praktijk weinig gebruikt, mede door gebruiksonvriendelijkheid. Vergelijkbare terughoudendheid rond elektronische samenvattingen van

patiëntendossiers wordt ook elders gerapporteerd, waar men wijst op problemen rond volledigheid en standaardisatie.[20]

Een sterkte van deze studie is dat we een relatief grote deelnemersgroep konden bekomen met een quasi gelijke verdeling van geslacht. Het tot stand komen van kwalitatieve vragenlijsten, door deze herhaaldelijk te onderwerpen aan feedback van peers, is een meerwaarde aan het onderzoek geweest. Alle interviews werden afzonderlijk gecodeerd aan de hand van een codeboom, die vooraf door de twee student-onderzoekers samen werd opgesteld en goedgekeurd door een derde onafhankelijke onderzoeker (promotor D.S.). Bovendien konden we bij de focusgroepen met huisartsen datasaturatie bekomen. Het onderdeel 'discussie' van ons onderzoek werd met dezelfde, bovenvermelde, derde onafhankelijke onderzoeker besproken en uitgeklaard.

Deze studie kent ook enkele beperkingen. Onze steekproef was regionaal beperkt, wat de generaliseerbaarheid van de resultaten beïnvloedde. De geografische spreiding van dit onderzoek was beperkt tot de provincie Antwerpen. Tijdens een focusgroep kwam bijvoorbeeld naar voren dat de elektronische verwijsbrief in de regio rond Gent al steviger is ingebed in de dagelijkse praktijk. In de regio's waar onze focusgroepen plaatsvonden, heerst daarentegen nog veel onduidelijkheid en onzekerheid over deze modaliteit, wat zich vertaalde in een beperkt gebruik ervan. Daarnaast vormden de beperkte ervaring van de student-onderzoekers in het modereren van interviews en het feit dat net geen meerderheid van de focusgroepen werden begeleid door beide student-onderzoekers een belemmering voor volledige triangulatie. Hierdoor is het mogelijk dat niet alle meningen en perspectieven van de deelnemers binnen een focusgroep voldoende aan bod kwamen. De invloed van de interviewer (bijvoorbeeld intonatie of vraagvolgorde) kon ook de antwoorden hebben gestuurd. Er was mogelijk ook sprake van sociale wenselijkheid, waarbij huisartsen hun afwegingen konden idealiseren of problematiek onderrapporteren. Een bijkomende, belangrijke beperking van deze studie is de beperkte diversiteit aan medische disciplines in de focusgroepen binnen de tweede lijn. Deze participatiebias uitte zich vooral in de opvallende afwezigheid van chirurgische disciplines. Naast een gebrek aan respons op de uitnodiging tot deelname, speelden ook praktische bezwaren bij het samenstellen van een volwaardige focusgroep een rol. Daarnaast werden disciplines binnen derdelijns ziekenhuizen niet benaderd voor deelname aan dit onderzoek. Het semi-gestructureerde karakter liet ruimte voor onverwachte thema's (zoals samenwerking met paramedici), wat een meer genuanceerd beeld gaf dan bij een gestructureerde vragenlijst het geval zou zijn. Toch bleek het soms lastig om door te vragen op gevoelige onderwerpen zoals patiënt verwachtingen en eigen onzekerheid.

Zoals in onze studie door meerdere deelnemers werd gesuggereerd, zouden beleidsmakers in de toekomst een standaard digitaal en gecentraliseerd platform kunnen ontwikkelen waar patiënteninformatie, o.a. medicatieschema's, door alle betrokken hulpverleners te allen tijde geconsulteerd en gewijzigd kan worden via de gebruikte verschillende elektronische dossiers. Internationale literatuur en recente technologische ontwikkelingen tonen aan dat artificiële intelligentie (AI) en andere digitale innovaties het verwijzingsproces tussen huisartsen en specialisten aanzienlijk kunnen verbeteren. Zo werd in Queensland, Australië, een AI-systeem ontwikkeld dat medische verwijzingen automatisch categoriseert op basis van urgentiecriteria. Dit systeem analyseerde meer dan 17.000 KNO-verwijzingen en toonde aan dat AI kan helpen bij het efficiënter prioriteren van patiënten, waardoor de werkdruk voor clinici vermindert en de toegang tot zorg verbetert.[1] In Spanje is een AI-programma ontwikkeld dat met behulp van Natural Language Processing (NLP) verwijzingen van huisartsen naar de gastro-enterologie analyseert. Het systeem identificeert de meest voorkomende redenen voor consultatie en wijst protocollen toe voor aanvullende tests voordat de patiënt de specialist bezoekt. Deze aanpak heeft geleid tot efficiëntere

verwijzingen en een vermindering van onnodige vervolgbezoeken.[5] De integratie van AI en andere technologische innovaties in het verwijzingsproces biedt aanzienlijke voordelen, zoals verbeterde efficiëntie, nauwkeurigheid en patiëntenzorg. Voor Vlaanderen kunnen dergelijke systemen bijdragen aan het verminderen van administratieve lasten en het verbeteren van de communicatie tussen zorgverleners. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op de implementatie en acceptatie van deze technologieën binnen de Vlaamse gezondheidszorgcontext. Een struikelblok voor uniformisering van terugkoppeling is dat een consultatie- of hospitalisatieverslag een tweeledige functie kent. Zo halen enkele neurologen aan dat deze verslagen naast louter terugkoppeling naar andere zorgverleners ook fungeren als een persoonlijk werkdocument voor eigen gebruik bij volgende contacten met de patiënt. In kader van deze tweede functie kan het verslag dus gevormd zijn volgens de individuele noden van de auteur en bijvoorbeeld denkpatronen of voor andere zorgverleners irrelevante informatie bevatten. Een wederkerigheid binnen het verwijsproces blijkt voor beide partijen een positieve zaak. Huisartsen die zich gehoord en serieus genomen voelen bij een verwijzing geven aan dit mee te nemen naar de toekomst voor verdere verwijzingen.

Vervolgonderzoeken zouden de situatie uitgebreider in kaart kunnen brengen met spreiding over Vlaanderen om meer algemene en waterdichte conclusies te kunnen vormen. De disciplines urgentiegeneeskunde, radiologie en psychiatrie werden geëxcludeerd uit deze studie en lenen zich dus tot verdere onderzoeken naar verwijzingen voor deze specialisaties. Het includeren van chirurgische disciplines in toekomstige onderzoeken kan interessante nuances naar voren brengen.

7. CONCLUSIE

Dit kwalitatieve onderzoek werpt licht op de complexiteit van het verwijzingsproces tussen huisartsen en specialisten, waarbij zowel structurele als communicatieve factoren een rol spelen. Hoewel de schriftelijke verwijsbrief nog steeds als het voorkeursmiddel geldt, blijken tekortkomingen zoals informatieverlies, gebrek aan context en afhankelijkheid van de patiënt belangrijke knelpunten. Elektronische systemen bieden potentieel, maar worden beperkt toegepast vanwege technische en organisatorische barrières. De bevindingen onderstrepen de nood aan meer standaardisatie en integratie van digitale communicatie, met aandacht voor gebruiksvriendelijkheid en transparantie. Innovaties zoals AI kunnen hierin een sleutelrol spelen, mits goed ingebed in de Vlaamse zorgcontext. Verdere studies met ruimere geografische spreiding en betrokkenheid van andere disciplines zijn wenselijk om de generaliseerbaarheid en toepasbaarheid van de resultaten te vergroten.

8. REFERENTIES

1. **Abdel-Hafez, A., Jones, M., Ebrahimabadi, M., Ryan, C., Graham, S., Slee, N., & Whitfield, B. (2023).** Artificial intelligence in medical referrals triage based on Clinical Prioritization Criteria. *Frontiers in Digital Health, 5*, 1192975. https://doi.org/10.3389/fdgth.2023.1192975

2. **Berendsen AJ, Benneker WHGM, Meyboom-De Jong B, Klazinga NS, Schuling J.** Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models... *BMC Health Serv Res.* 2007;7:1-9. doi:10.1186/1472-6963-7-4
3. **Berendsen, A. J., de Jong, G. M., Schuling, J., Bosveld, H. E., de Waal, M. W., & Dekker, J. H.** (2010). Patient referrals in general practice: a diagnostic study. *BMC Family Practice, 11*(1), 1-8. https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-11
4. **Berg, M., Aarts, J., & van der Lei, J.** (2020). Failures in the implementation of information systems in health care: a case study from a country hospital. *International Journal of Medical Informatics, 70*(2-3), 241–254. https://doi.org/10.1016/S1386-5056(03)00023-6

5. **Buendía, J. A., & Guerrero, M.** (2022). *Natural Language Processing to analyze referral letters for gastroenterology consultation*. *Medicina Clínica*, 159(2), 77–83. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35770554/
6. **Bunn, F., Byrne, G., & Kendall, S.** (2012). Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (7)*, CD004180. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004180.pub2
7. **Ceulemans F.** Naar de specialist? Enkel na doorverwijzing! *Domus Medica*. Published online 2019:14-17. https://www.domusmedica.be/actueel/naar-de-specialist-enkel-na-doorverwijzing
8. **Colson W, Agentschap I, Commissie N, Ima H.** Softe echelonnering zeer weinig gebruikt. 2023;09:15-17.
9. **Colson W, Voor R, Gentse D.** eForm als verwijsbrief. 2023;2023:1-2.
10. **Dhakal K.** NVivo. *J Med Libr Assoc.* 2022;110(2):270-272. doi:10.5195/jmla.2022.1271
11. **Dierckx de Casterle B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y.** QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(3):360-371. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.09.012
12. **Greenhalgh, T., Stramer, K., Bratan, T., Byrne, E., Mohammad, Y., & Russell, J.** (2010). The devil's in the detail: final report of the independent evaluation of the Summary Care Record and HealthSpace programmes. University College London. [Online beschikbaar, meestal via NHS-databases]
13. **Grol R, Wensing M.** What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust.* 2004;180(6 SUPPL.):57-60. doi:10.5694/j.1326-5377.2004.tb05948.x
14. **Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Jung, H. P., Ferreira, P., Hearnshaw, H., ... & Szecsenyi, J.** (2006). Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *British Journal of General Practice, 50*(460), 882-887. https://bjgp.org/content/50/460/882
15. **Hysong, S. J., Esquivel, A., Sittig, D. F., Paul, L. A., Espadas, D., Singh, S., & Singh, H.** (2013). Towards successful coordination of electronic health record based-referrals: a qualitative analysis. *Implementation Science, 6*(1), 84. https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-84
16. **Karapinar F, de Beij JS, Oei RL, et al.** Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist (Richtlijn HASP). 2017;(1):1-58.

https://www.nhg.org/themas/publicaties/richtlijn-informatie-uitwisseling-tussen-huisarts-en-specialist-hasp
17. **Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P., & Baker, D. W.** (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA, 297*(8), 831-841. https://doi.org/10.1001/jama.297.8.831
18. **Lub V.** Kwalitatief evaluatieonderzoek op waarde schatten. Een checklist met passende criteria. Published online 2020:42. www.movisie.nl
19. **Manning J.** In Vivo Coding. *Int Encycl Commun Res Methods.* 2017;(November 2017):1-2. doi:10.1002/9781118901731.iecrm0270
20. **Moen, A., Smørdal, O., & Sem, I.** (2009). Integrating nursing documentation systems: domain-specific design of a web-based planning tool. *Journal of Advanced Nursing, 65*(3), 534–542. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04907.x
21. **Nationale Raad Orde der Artsen.** Organisatie van de medische praktijk van de arts-specialist. 2019;(2):2-3.
22. **Nationale Raad Orde der Artsen.** Samenwerking huisarts – specialist. Published online 2023:2022-2024.
23. **olde Hartman T, Lucassen P.** Kwalitatief onderzoek. *Huisarts Wet.* 2015;58(1):19-19. doi:10.1007/s12445-015-0012-x
24. **O'Malley, A. S., Tynan, A., Cohen, G. R., Kemper, N. M., & Davis, M. M.** (2011). Coordination of care by primary care practices: strategies, lessons and implications. *Research Brief, 12*, 1-16. [Available from the Center for Studying Health System Change]
25. **Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M.** Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2017(6). doi:10.1002/14651858.CD000072.pub3
26. **Sampson R, Barbour R, Wilson P.** The relationship between GPs and hospital consultants and the implications for patient care: A qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2016;17(1):1-12. doi:10.1186/s12875-016-0442-y
27. **Strobbe K.** eHealth-box niet langer zwart gat. 2023;2023:11-14.
28. **Tam, V. C., Knowles, S. R., Cornish, P. L., Fine, N., Marchesano, R., & Etchells, E. E.** (2005). Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ, 173*(5), 510-515. https://doi.org/10.1503/cmaj.045311
29. **Thomson K, Outram S, Gilligan C, Levett-Jones T.** Interprofessional experiences of recent healthcare graduates: A social psychology perspective... *J Interprof Care.* 2015;29(6):634-640. doi:10.3109/13561820.2015.1040873
30. **Tong A, Sainsbury P, Craig J.** Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-357. doi:10.1093/intqhc/mzm042
31. **van Walraven, C., Taljaard, M., Bell, C. M., Etchells, E., Zarnke, K., Stiell, I. G., & Forster, A. J.** (2002). Information exchange among physicians caring for the same patient in the community. *CMAJ, 167*(3), 263-267.
32. **Vermeir P, De Fluiter K, Van Daele S, et al.** Impact van communicatie tussen zorgverstrekkers op de kwaliteit van patiëntenzorg. *Tijdschr Geneeskd.* 2015;71(6):372-380. doi:10.2143/TVG.71.06.2001820
33. **Vest, J. R., Campion, T. R., Kaushal, R., & HITEC Investigators.** (2011). Challenges, alternatives, and paths to sustainability for health information exchange efforts. *Journal of Medical Systems, 37*(6), 9987. https://doi.org/10.1007/s10916-012-9987-7

34. **Walsh, K. E., Ettinger, W. H., Klompas, M., & Froehle, C. M.** (2018). Mobile communication devices and patient safety. *BMJ Quality & Safety, 27*(5), 377–380. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007486
35. **Wong LP.** Data analysis in qualitative research: A brief guide to using NVIVO. *Malaysian Fam Physician.* 2008;3(1):14-20.
36. **Ye, J., Rust, G., Fry-Johnson, Y., & Strothers, H.** (2010). E-mail in patient–provider communication: a systematic review. *Patient Education and Counseling, 80*(2), 266–273. https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.09.038
37. **Zorginstituut H.** Verwijzing van arts is nodig Zorgpolis kan aanvullende regels bevatten... Published online 2023:8-11.

9. BIJLAGEN

A. Bijlage A: CODEBOOM

Volgende codeboom werd gehanteerd bij het coderen van interviews in NVIVO:

Communicatie tussen huisarts & specialist

- (Verwijs)brief
    - Elektronisch
        - Ontvanger
            - Inhoud
            - Nadelen
            - Voordelen
        - Verzender
            - Inhoud
            - Nadelen
            - Voordelen
    - Papier
        - Ontvanger
            - Inhoud
            - Nadelen
            - Voordelen
        - Verzender
            - Inhoud
            - Nadelen
            - Voordelen
- Telefonisch
    - Ontvanger
        - Inhoud
        - Nadelen
        - Voordelen
    - Verzender
        - Inhoud
        - Nadelen
        - Voordelen
- Mail
    - Ontvanger
        - Inhoud
        - Nadelen
        - Voordelen
    - Verzender
        - Inhoud
        - Nadelen
        - Voordelen

- Sumehr en Hub
    - Ontvanger
        - Inhoud
        - Nadelen
        - Voordelen
    - Verzender
        - Inhoud
        - Nadelen
        - Voordelen
- Varia (SMS, whatsapp, Siilo, …)
    - Ontvanger
        - Inhoud
        - Nadelen
        - Voordelen
    - Verzender
        - Inhoud
        - Nadelen
        - Voordelen
- Terugkoppeling
    - Ontvanger
        - Inhoud
        - Nadelen
        - Voordelen
    - Verzender
        - Inhoud
        - Nadelen
        - Voordelen
- Quotes
    - Arts-specialist
    - Huisarts

B. Bijlage B: COREQ CHECKLIST

Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

Developed from:

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Item No	Guide Questions/Description	Reported
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1. Interviewer/ facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?	✓
2. Credentials	What were the researcher's credentials? E.g., PhD, MD	✓
3. Occupation	What was their occupation at the time of the study?	✓
4. Gender	Was the researcher male or female?	✓
5. Experience and training	What experience or training did the researcher have?	✓
Relationship with participants		
6. Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?	✓
7. Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research?	✓

Item No	Guide Questions/Description	Reported
8. Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	✓
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9. Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	✓
Participant selection		
10. Sampling	How were participants selected? e.g., purposive, convenience, consecutive, snowball	✓
11. Method of approach	How were participants approached? e.g., face-to-face, telephone, mail, email	✓
12. Sample size	How many participants were in the study?	✓
13. Non-participation Setting	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	✓
14. Setting of data collection	Where was the data collected?	✓

Item No		Guide Questions/Description	Reported
		e.g., home, clinic, workplace	
	15. Presence of nonparticipants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	✓
	16. Description of sample	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	✓
	Data collection		
	17. Interview guide	Were questions, prompts, and guides provided by the authors? Was it pilot tested?	✓
	18. Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	✓
	19. Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	✓
	20. Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	✓
	21. Duration	What was the duration of the interviews or focus group?	✓
	22. Data saturation	Was data saturation discussed?	✓
	23. Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	✓
	Domain 3: analysis and findings		
	Data analysis		

Item No		Guide Questions/Description	Reported
	24. Number of data coders	How many data coders coded the data?	✓
	25. Description of the coding tree	Did the authors provide a description of the coding tree?	✓
	26. Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?	✓
	27. Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	✓
	28. Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	✓
	Reporting		
	29. Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings?	✓
	30. Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	✓
	31. Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	✓
	32. Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or a discussion of minor themes?	✓