

Jeugd-ggz: problemen rond verwijzen en communicatie

Een kwalitatief onderzoek onder Rotterdamse huisartsen

Annemieke Verwoerd, Anthe Duinkerken en Hans van der Wouden

Inleiding

De laatste tijd is er in Nederland veel publiciteit rond ontwikkelingen in de jeugdzorg en jeugd-geestelijke gezondheidszorg (jeugd-ggz). Deze betreft vooral de wachtlijsten en de communicatie en samenwerking tussen de betrokken instanties. In 2005 is een nieuwe wet van kracht geworden, de Wet op de jeugdzorg. In het uitvoeringsbesluit van deze wet staat onder andere beschreven dat verwijzingen van huisartsen naar de jeugd-ggz niet rechtstreeks, maar via Bureau Jeugdzorg moeten lopen. Alleen bij een vermoeden van ernstige psychiatrische problematiek met sterk verminderd functioneren kunnen huisartsen of andere BIG-geregistreerde behandelaars onder strikte voorwaarden rechtstreeks naar de jeugd-ggz verwijzen.¹ De wet beschouwt Bureau Jeugdzorg als de centrale toegang tot het zorgaanbod omdat daar 24 uur per dag, 7 dagen per week expertise beschikbaar is op het terrein van screening, diagnostiek en indicatiestelling bij psychische en psychiatrische stoornissen.

Samenvatting

Verwoerd JH, Duinkerken A, Van der Wouden JC. Jeugd-ggz: problemen rond verwijzen en communicatie. Een kwalitatief onderzoek onder Rotterdamse huisartsen. *Huisarts Wet* 2009;52(5):236-40.

Doel De laatste tijd is er veel publiciteit rond de jeugd-geestelijke gezondheidszorg (jeugd-ggz) en jeugdzorg, vooral over wachttijden, samenwerking, communicatie, het elektronisch kinddossier en verwijzingen via het Bureau Jeugdzorg. Huisartsen spelen een belangrijke rol bij de signalering en verwijzing naar de jeugdzorg en jeugd-ggz. Hun mening blijft in de publiciteit echter onderbelicht. Om in deze lacune te voorzien, hebben wij kwalitatief onderzoek gedaan naar de opinie van huisartsen. Omdat in Rotterdamse achterstandswijken slechts 20% van de verwijzingen naar de jeugd-ggz via Bureau Jeugdzorg verloopt, kozen wij ervoor om ons onderzoek te beperken tot huisartsen in deze wijken. We wilden de volgende vragen beantwoorden. Wat is de visie van huisartsen in Rotterdamse achterstandswijken op de structuur van de jeugd-ggz en jeugdzorg? Welke problemen ervaren zij met de recent ingevoerde Wet op de jeugdzorg? Hoe denken ze over het elektronisch kinddossier?

Methode We hielden een halfopen interview met 24 huisartsen uit de Rotterdamse deelgemeenten Feijenoord, Delfshaven en

De nieuwe Wet op de jeugdzorg is in diverse regio's heel verschillend tot uitvoering gebracht. Uit een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Inspectie Jeugdzorg van 2006 komt naar voren dat in sommige regio's meer dan 90% van de verwijzingen naar de jeugd-ggz via Bureau Jeugdzorg verloopt. In heel Rotterdam betreft het echter minder dan 20% van de verwijzingen.^{2,3} Daarom kozen wij ervoor om ons onderzoek in Rotterdam uit te voeren.

Ook is er recentelijk veel publiciteit geweest rond het elektronisch kinddossier en het signaleringssysteem. Het landelijk nieuw in te voeren elektronisch kinddossier bevat informatie over het kind, de gezinssituatie en de omgeving. Artsen en verpleegkundigen van de jeugdgezondheidszorg moeten het elektronisch kinddossier bijhouden. Verschillende instanties voegen signalen aan het dossier toe, zonder dat ze het kunnen inzien. Ondanks de opgelopen vertraging hoopt de minister voor Jeugd en Gezin dit systeem op relatief korte termijn te kunnen invoeren. In de toekomst zal uitbreiding plaatsvinden naar andere partijen in de jeugdsector.⁴

Stadscentrum. We schreven de interviews uit, waarna we ze codeerden en analyseerden.

Resultaten De huisartsen vinden dat er ten behoeve van verwijzingen te weinig duidelijkheid is over 'de sociale kaart'. De wachttijden zijn te lang en er is weinig zicht op. Daarnaast is de communicatie met betrokken instanties voor verbetering vatbaar. De oordelen van de huisartsen over Bureau Jeugdzorg als toegangspoort voor de jeugd-ggz lopen uiteen. Hun oordeel over het signaleringssysteem is redelijk positief. Ze zien meer nadelen in een elektronisch kinddossier waarin privacygevoelige informatie wordt vastgelegd.

Conclusie Er blijkt bij de geïnterviewde Rotterdamse huisartsen weinig duidelijkheid te bestaan over het verwijzen naar de jeugd-ggz en jeugdzorg. De huisartsen hebben kritiek op de manier van verwijzen zoals die beschreven staat in de Wet op de jeugdzorg. De rol van de huisarts bij het elektronisch kinddossier en het signaleringssysteem moet nader worden onderzocht.

Erasmus MC, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam; J.H. Verwoerd, medisch student; A. Duinkerken, aios huisartsgeneeskunde; dr. J.C. van der Wouden, senior-onderzoeker.

Correspondentie: j.vanderwouden@erasmusmc.nl

Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

Wat is bekend?

- De laatste tijd is er veel publiciteit rond wachttijden, samenwerking, communicatie, het elektronisch kinddossier en verwijzing via Bureau Jeugdzorg.
- De opinie van de huisarts over deze kwesties blijft daarbij onderbelicht.

Wat is nieuw?

- Onder Rotterdamse huisartsen is er weinig duidelijkheid wat betreft 'de sociale kaart'.
- De huisartsen vinden de wachttijden lang en hebben er bovendien weinig zicht op.
- De communicatie met betrokken instanties is voor verbetering vatbaar.
- De huisartsen verschillen in hun oordeel over Bureau Jeugdzorg als toegangspoort tot de jeugd-ggz.
- De huisartsen geven een redelijk positief oordeel over het signaleringssysteem. Ze zien meer nadelen met betrekking tot een elektronisch kinddossier waarin privacygevoelige informatie wordt opgeslagen.

Het NHG-Standpunt Toekomstvisie 'GGZ in de huisartsenzorg' stelt: 'Het verdient sterke aanbeveling dat er een koppeling wordt gemaakt tussen het elektronisch kinddossier en het elektronisch medisch patiëntendossier van de huisarts'.⁵

Het signaleringssysteem brengt risicomeldingen van hulpverleners elektronisch bij elkaar en informeert hulpverleners onderling over hun betrokkenheid. Naast de persoonsgegevens bevat dit systeem geen andere (privacygevoelige) informatie.⁴

De huisarts heeft een belangrijke functie bij de signalering en verwijzing naar de jeugdzorg en jeugd-ggz, en speelt een rol binnen verschillende recente ontwikkelingen. De opinie van de huisarts over deze onderwerpen is in de publiciteit onderbelicht gebleven. Om in deze lacune te voorzien hebben wij een kwalitatief onderzoek gedaan. We wilden daarmee een antwoord vinden op de volgende vraagstelling: wat is de visie van de huisarts in Rotterdamse achterstandswijken op de structuur van de jeugd-ggz en jeugdzorg en welke problemen ervaren zij met de recent ingevoerde Wet op de jeugdzorg?

Methode

Omdat we op zoek waren naar de visie van de doorsnee huisarts in Rotterdamse achterstandswijken trokken we een random steekproef van huisartsen uit de Rotterdamse deelgemeenten Feijenoord en Delfshaven, en de wijk Stadscentrum met een praktijkadres in de *Geneeskundige Adresgids Nederland 2006-2007*.⁶ We benaderden de huisartsen per brief en vervolgens per telefoon. Per deelgemeente schreven we maximaal 25 huisartsen aan, met een totaal van 60 huisartsen. Van hen bleken er 24 bereid om deel te nemen (zie tabel 1). We hielden een halfopen interview met elke deelnemer, dat gemiddeld 31 minuten duurde (spreiding: 17-68 minuten). De interviews vonden plaats in de periode november 2007 tot januari 2008.

Op basis van literatuur en oriënterende gesprekken met voorpostfunctionarissen van Bureau Jeugdzorg, jeugdartsen en huisartsen stelden we een lijst op met onderwerpen voor de interviews. De belangrijkste onderwerpen waren: duidelijkheid van verwijzen, toegankelijkheid, communicatie, verwijzen via Bureau Jeugdzorg, en het elektronisch kinddossier en het signaleringssysteem. De eerste auteur nam de interviews af en hanteerde daarbij zo veel mogelijk een open gesprekstechniek. Ze nam de interviews op met een voicerecorder en maakte van elk interview een transcriptie. Na de 24 interviews was er sprake van 'verzadiging',⁷ zodat verdere interviews niet nodig waren. Twee onderzoekers (AV en AD) codeerden de interviews onafhankelijk van elkaar op deelonderwerpen en rangschikten deze op thema. Deze onderzoekers voerden ook de analyse uit, op grond van methodologische richtlijnen.^{7,8} De derde auteur gaf, na beluistering van de eerste interviews, feedback op de interviewer. Ook besprak hij het analyseproces diverse malen en voerde hij steekproefsgewijs controles uit op de codering en thematische ordening. De gegevensverzameling en analyse vonden grotendeels cyclisch plaats. De geanonimiseerde gegevens (opnamen, transcripten en aantekeningen) kunnen door derden worden ingezien. De geïnterviewde huisartsen kregen de mogelijkheid om commentaar te leveren op de voorlopige resultaten (*member check*).

Tabel 1 Karakteristieken van de geïnterviewde huisartsen

Karakteristiek		Aantal
Geslacht	Man	14
	Vrouw	10
Leeftijd (jaren)	35-44	5
	45-54	11
	55-64	8
Jaren ervaring	0-9	6
	10-19	3
	20-29	13
	30-39	2
Stadsdeel	Feijenoord	12
	Delfshaven	10
	Stadscentrum	2

Resultaten

Duidelijkheid van verwijzen

Uit de interviews blijkt dat de huisartsen met betrekking tot verwijzen binnen de jeugd-ggz veel onduidelijkheid ervaren. Zo is voor veel huisartsen niet duidelijk wanneer zij naar de verschillende instanties moeten verwijzen.

'We weten überhaupt niet meer wat welke stichting doet.'

Als reden voerden zij aan dat er in deze sector de laatste jaren veel is veranderd, wat volgens hen tot versnippering en onoverzichtelijk heeft geleid. Een minderheid in de geïnterviewde groep vindt dat er geen onduidelijkheid bestaat met betrekking tot verwijzen en heeft vaak een vast verwijspunt. Deze huisartsen verwijzen meestal naar de jeugd-ggz. De contacten met Bureau Jeugdzorg zijn over het algemeen beperkt en de huisartsen hebben weinig inzicht in de werkzaamheden van deze instantie.

Toegankelijkheid

De ervaringen met de toegankelijkheid van de instanties lopen uiteen. Veelgehoord commentaar is dat er weinig tot geen zicht is op de wachtlijsten binnen de ggz in het algemeen. Een meerderheid van de huisartsen noemt de wachttijden redelijk.

'Als ik wil dat een kind gezien wordt, dan kan dit binnen een paar weken. Volgens mij is dat redelijk.'

Bij acute problematiek worden de kinderen sneller gezien, na overleg van de huisarts met de betreffende instantie. De duur van de wachttijd tussen intake en behandeling kan volgens de huisartsen tot problemen leiden. Ze denken dat de kans dat patiënten of ouders afhaken groter wordt naarmate de wachttijd toeneemt.

Communicatie

Over de inhoud van de schriftelijke terugrapportage van de verschillende instanties zijn de huisartsen overwegend positief. Ze vinden de communicatie in de jeugd-ggz in het algemeen beter dan die in de jeugdzorg. Kritiek hebben ze op de hoeveelheid tijd die verstrijkt voordat ze een rapportage ontvangen. Daar gaan vaak weken overheen, terwijl de situatie in die tijd aanzienlijk kan veranderen. Huisartsen hebben dikwijls het gevoel dat zij daardoor niet op de hoogte zijn van actuele veranderingen in een casus.

'Bij Bureau Jeugdzorg krijg je nooit melding dat ze met een kind bezig zijn. Dan krijg je de brieven zoveel later, als mosterd na de maaltijd.'

Telefonisch contact vindt over het algemeen zelden plaats. Veel huisartsen hebben behoefte aan meer, snellere en betere communicatie. Ze hebben het gevoel dat het initiatief te vaak bij hen ligt. Ze willen kortere lijnen met andere behandelaars, zodat er gemakkelijk (telefonisch) overleg kan plaatsvinden. Volgens veel van de geïnterviewde huisartsen laat de telefonische bereikbaarheid van de betrokken behandelaren bij de instanties te wensen over. Dit geldt vooral voor Bureau Jeugdzorg. Het oordeel over het contact met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling varieert van 'formeel' en 'niet prettig' tot 'goed' en 'collegiaal'. De meeste van de ondervraagde huisartsen maken zich zorgen over het gebrek aan samenwerking tussen de verschillende hulpverleners.

'Waar je tegenaan loopt, is het gebrek aan afstemming. Het lijkt toch vaak dat meerdere instanties bezig zijn met een kind... en die weten van elkaar lang niet altijd wat er aan de hand is.'

Verwijzen via Bureau Jeugdzorg

Niet alle geïnterviewde huisartsen zijn (volledig) op de hoogte van de in 2005 ingevoerde Wet op de jeugdzorg. Volgens hen hebben ze ook te weinig informatie gehad over de invoering en uitvoering ervan. Uit de interviews bleek dat geen van de huisartsen de kinderen verwees naar de jeugd-ggz zoals in deze wet wordt omschreven. Er is veel kritiek op deze manier van verwijzen. Veelgehoord argument is dat er hierdoor weer een schijf is ontstaan, wat de communicatie en de duidelijkheid niet ten goede komt. De huisartsen vrezen voor ondoorzichtigheid en een toename van bureaucratie.

'Centraliseren leidt bijna altijd tot misbruik, bureaucratie en stroperigheid.'

Ook vraagt een groot deel van de ondervraagde huisartsen zich af

of Bureau Jeugdzorg wel beschikt over voldoende capaciteit voor deze functie. En of het personeel bij Bureau Jeugdzorg voldoende is opgeleid voor deze functie en indicaties kan stellen. Veel huisartsen achten zichzelf (beter) in staat de indicatie voor diagnostisering en behandeling te stellen. Zij hebben liever kortere lijnen met een hun bekende hulpverlener. Opvallend vaak maken de huisartsen de vergelijking met de invoering van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), die ze als allerminst positief omschrijven (meer bureaucratiesering met veel papierwerk).

De manier van verwijzen volgens de Wet op de jeugdzorg heeft volgens de huisartsen ook voordelen. De duidelijkheid zou erdoor toenemen. Het merendeel van de huisartsen acht het een voordeel dat één instantie weet welke hulpverleners bij een patiënt betrokken zijn. Daardoor vindt er meer integratie plaats en is er meer overzicht.

'Dan is de zorg misschien niet zo verdeeld op verschillende plekken en dat niemand met elkaar te maken heeft. Dan wordt het misschien wat meer geïntegreerd.'

Patiënten moeten dan wel snel gezien worden en er moet sprake zijn van een adequate en snelle terugkoppeling naar de huisarts en andere betrokken hulpverleners.

Elektronisch kinddossier/signaleringsstelsel

Veel huisartsen uiten bezwaren tegen de invoering van het elektronisch kinddossier. Hoewel zij inzien dat het voordelen kan hebben (grotere overzichtelijkheid en meer informatie over de patiënt), vraagt een meerderheid van de huisartsen zich af hoe men met privacygevoelige gegevens omgaat. Zij beschouwen zichzelf als vertrouwenspersoon voor hun patiënten en vrezen dat die zich door invoering van een elektronisch kinddossier minder zullen openstellen of zich zelfs aan de zorg zullen onttrekken.

'Ik denk dat je moet oppassen dat als mensen weten dat alles doorgemeld wordt, ze hier gewoon niet meer komen.'

Een aantal huisartsen vreest ook voor stigmatisering en verlies van nuances. Daarnaast vragen ze zich af wat er in het dossier komt te staan en wie toestemming heeft om het in te zien. Sommigen vinden dat inzage voorbehouden moet zijn aan artsen. Er zijn ook huisartsen die vinden dat andere hulpverleners inzage moeten hebben, zij het beperkt. Enkelen vragen zich af of de invoering van het elektronisch kinddossier niet in strijd is met het medisch beroepsgeheim.

Een meerderheid van de geïnterviewde huisartsen wil niet dat het elektronisch kinddossier aan het medisch dossier van de huisarts wordt gekoppeld. Ze lijken meer geïnteresseerd in een signaleringsstelsel waarin verschillende hulpverleners hun betrokkenheid kunnen aangeven. Er zijn nog weinig ideeën over de vraag wie de coördinatie over dit dossier moet hebben. Men noemt Bureau Jeugdzorg en het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Huisartsen zien zichzelf meestal niet als coördinator, vooral vanwege gebrek aan tijd en financiële ruimte. Wel blijven ze graag op de hoogte en willen ze dat de samenwerking verbetert.

'Ik moet wel op de hoogte blijven, want mensen komen tussendoor toch snel naar de huisdokter.'

Abstract

Verwoerd JH, Duinkerken A, Van der Wouden JC. Youth mental health: problems with referring and communication. A qualitative study among general practitioners in Rotterdam. *Huisarts Wet* 2009;52(5):236-40.

Introduction The Dutch mental health system for young people comprises several organizations and services, the most important being Youth Mental Health Care (Jeugd GGZ) and the Youth Care Agency (Bureau Jeugdzorg). General practitioners (GPs) refer children with suspected mental health problems to a youth care agency, which is responsible for referring, if necessary, children and adolescents on to more specialist care, such as that provided by youth mental health care. Recently, there has been considerable publicity about waiting lists, the cooperation and communication between the different services, electronic patient records for children and adolescents, and the referral practices of youth care agencies. Despite the major role of GPs in detecting mental health problems, little is known about their opinion of youth mental health care and youth care agencies, their feelings about medical patient records for children and adolescents, and their experiences since the introduction of the Youth Care Act in 2005 (Wet op de Jeugdzorg).

Methods Half-open interviews were held with 24 GPs from deprived neighbourhoods in Rotterdam. The interviews were transcribed, coded, and analysed.

Results The GPs reported a lack of clarity about referral routes, and many GPs referred patients directly to youth mental health services, even though this is not the official route. Waiting lists were too long and there was no oversight. Moreover, communication between the various organizations and services could be improved. Opinions about the youth care agency as point of access to youth mental health care varied – while GPs were reasonably positive about the system for problem identification and assessment, they were less positive about electronic patient records for children and adolescents and expressed concern about privacy issues.

Conclusions There is a general lack of clarity about referral to youth mental health care and youth health care, with GPs voicing criticism of the referral procedures described in the Youth Care Act. The role of GPs in this system of problem identification and assessment and in access to electronic patient records for minors needs further investigation.

Beschouwing

Er blijkt bij de geïnterviewde Rotterdamse huisartsen weinig duidelijkheid te bestaan over het verwijzen naar de jeugd-ggz en jeugdzorg. Ze maken zich bezorgd over het gebrek aan communicatie tussen de verschillende hulpverleners in de jeugd-ggz en bij Bureau Jeugdzorg. Ze hebben behoefte aan snellere rapportage en betere telefonische bereikbaarheid, en willen één vaste contactpersoon hebben.

De huisartsen hebben veel kritiek op de manier van verwijzen zoals die beschreven staat in de Wet op de jeugdzorg. Ze vrezen

dat de bureaucratie zal toenemen en twifelen eraan of Bureau Jeugdzorg over voldoende capaciteit én kwaliteit beschikt. Wel zien de geïnterviewde huisartsen het als een voordeel dat er één instantie is die weet welke hulpverleners er allemaal bij een kind in de jeugd-ggz betrokken zijn.

Invoering van het elektronisch kinddossier lijkt voor veel van de geïnterviewde huisartsen nog toekomstmuziek. Ze hebben hier veel vragen over en voorzien problemen. De belangrijkste vragen zijn: hoe is de privacy gewaarborgd? Wie krijgt inzicht in het dossier? Blijft de huisarts wel vertrouwenspersoon? En is het elektronisch kinddossier niet in strijd met het beroepsgeheim?

Van bijna elk deelonderwerp kunnen we een samenvattende opinie van een (kleine) meerderheid van de geïnterviewde huisartsen geven. Men moet zich echter realiseren dat er bij elk deelonderwerp huisartsen waren die extreme standpunten innamen en dat er ook huisartsen waren die geen (expliciete) mening hadden. Een andere beperking van ons onderzoek is dat de opinie van de huisarts over de jeugdzorg en jeugd-ggz vaak gebaseerd is op een klein aantal ervaringen en dat er sprake kan zijn van een *recall bias*. Daarnaast betreft het beeld dat op grond van de interviews ontstaat een momentopname, terwijl sommige onderwerpen nog volop in ontwikkeling zijn, bijvoorbeeld het elektronisch kinddossier en de verwijzing via Bureau Jeugdzorg.

Voor zover wij weten is dit het eerste (kwalitatieve) onderzoek in Nederland naar dit onderwerp. Ook enkele buitenlandse onderzoeken beschrijven een moeizame communicatie, samenwerking en/of toegankelijkheid.⁹⁻¹²

Dit kwalitatieve onderzoek heeft zijn beperkingen. De interviews vonden alleen plaats in Rotterdamse (achterstands)wijken en we beschikken niet over gegevens van huisartsen die niet aan het onderzoek wilden meedoen. Uitgebreider kwantitatief onderzoek moet de omvang van het probleem in kaart brengen. Er zou een vergelijking gemaakt moeten worden met regio's waar meer verwijzingen via Bureau Jeugdzorg verlopen. Men kan dan onderzoeken in hoeverre de huisartsen in de diverse regio's over deze kwesties van mening verschillen.

In ieder geval lijkt er meer duidelijkheid te moeten komen over de sociale kaart en het verwijssysteem. Een stroomdiagram van instellingen en bijbehorende telefoonnummers zou wat dat betreft uitkomst kunnen bieden. Men kan de communicatie verbeteren door regelmatig te rapporteren en binnen de instelling één vaste contactpersoon aan te stellen. De rol van de huisarts bij het elektronisch kinddossier en het signaleringssysteem moet ook nader worden onderzocht.

Literatuur

- 1 Ross-van Dorp CIJM, Donner JPH. Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg. 's-Gravenhage, 2005.
- 2 Inspectie voor de Gezondheidszorg en Inspectie jeugdzorg. Toegang naar jeugd-GGZ kan sneller en beter. Amsterdam/Utrecht, 2006.
- 3 Inspectie voor de Gezondheidszorg en Inspectie jeugdzorg. Rapport naar aanleiding van het thematisch toezichtbezoek aan Blz stadsregio Rotterdam/Jeugd-GGZ-instelling RIAGG RNW op 13 oktober 2005. Rijswijk, 2006.
- 4 Programmaministerie Jeugd en Gezin. Rouvoet blijft inzetten op lan-

- delijk werkend EKD. www.jeugdengazin.nl; 2007.
- 5 Van Weel-Baumgarten E, Blaauw J, Cox M, Drenthen T, Lijding Th, Sporrel T, et al. NHG-Standpunt toekomstvisie GGZ in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG, 2007.
 - 6 Geneeskundige Adresgids Nederland 2006-2007. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
 - 7 Lucassen PLBJ, Olde Hartman TC. Kwalitatief onderzoek. Praktische methoden voor de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
 - 8 Wester F. Analyse van kwalitatief onderzoeksmateriaal. Huisarts Wet 2004;47:565-70.
 - 9 Cohidon C, Duchet N, Cao MM, Benmebarek M, Sibertin-Blanc D, Demogeot C, et al. La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale. Santé Publique 1999;11:357-62.
 - 10 Bower P, MacDonald W, Sibbald B, Gerralda E, Kramer T, Bradley S, et al. Postal survey of services for child and adolescent mental health problems in general practice in England. Primary Care Mental Health 2003;1:17-26.
 - 11 Maheux B, Gilbert A, Haley N, Frappier JY. Adolescent care. Part 2: communication and referral practices of family physicians caring for adolescents with mental health problems. Can Fam Physician 2006;52:1442-3.
 - 12 Rushton J, Bruckman D, Kelleher K. Primary care referral of children with psychosocial problems. Arch Pediatr Adolesc Med 2002;156:592-8.

Implementatie

Verbeter uw verslaglegging, gebruik de EPD-scan-h

Lea Jabaaij, Khing Njoo, Stefan Visscher, Henk van den Hoogen, Waling Tiersma, Herman Levelink, Robert Verheij

Achtergrond

Weinig huisartsen zouden het elektronisch patiëntendossier (EPD) nog willen missen. Het EPD heeft veel voordelen: de gegevens zijn altijd leesbaar en op meerdere plaatsen toegankelijk, met de zoekfunctie kun je snel iets vinden, elektronische medicatiebewaking en elektronische gegevensuitwisseling tijdens ANW-diensten worden mogelijk gemaakt, enzovoort. Om deze mogelijkheden goed te benutten – en om de uitwisselbaarheid van de zorggegevens te waarborgen, wat van groot belang is voor de patiëntveiligheid – zijn er wel afspraken en regels nodig over hoe de gegevens moeten worden ingevoerd in het EPD. Het NHG heeft daarom de richtlijn *Adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntendossier* (ADEPD) opgesteld. Deze richtlijn (de voorgaande versie heette *Adequate dossiervorming met het elektronisch medisch dossier*; ADEMD) geeft aanwijzingen voor een goede, uniforme registratie.¹ De standaardberichten tussen de verschillende disciplines binnen de eerstelijnszorg (zoals huisarts, huisartsenpost, apotheek) gaan uit van een volgens de ADEPD-systematiek gestructureerd en gevuld EPD. Alleen dan zijn de uitgewisselde gegevens betrouwbaar en actueel, en zijn ze bruikbaar voor bijvoorbeeld een landelijk medicatiedossier of patiëntendossier. De informatie die de huisarts in het EPD vastlegt over (co)morbiditeit, medicatie, intoleranties en allergieën, is onontbeerlijk voor de patiëntveiligheid in het algemeen en de medicatieveiligheid in het bijzonder. Naast de richtlijn ADEPD heeft het NHG ook de richtlijn *Gegevensuitwisseling huisarts en centrale huisartsenpost* geformuleerd, om de uitwisseling van gegevens tussen huisartsenpraktijk en de huisartsenpost te reguleren. Deze richtlijn bevat een opsomming van de relevante soorten gegevens uit het EPD

die samen de professionele samenvatting vormen.²

De herstructurering, oftewel het 'op orde brengen' van bestaande patiëntendossiers volgens de NHG-richtlijnen is een omvangrijke operatie. Veel huisartsen hebben nog weinig ervaring met het 'episodegericht registreren' dat centraal staat in de richtlijn ADEPD. Hetzelfde geldt voor ICPC-coderen en het actueel houden van voorschrijfgegevens.³ Belangrijk is wel dat iedereen zich aan die afspraken en regels houdt, anders wordt het EPD toch nog een onoverzichtelijke verzameling gegevens. De (nog niet altijd overal gerealiseerde) uitwisseling van gegevens tijdens ANW-diensten zal weinig toevoegen aan de patiëntenzorg als collega-huisartsen de relevante informatie moeilijk of helemaal niet kunnen vinden in de professionele samenvatting. Huisartsenpraktijken in de koploperregio Twente, die behoorden tot de eerste in Nederland die werkten met het waarnemingsdossier huisartsen en de professionele samenvatting, meldden dat het opvragen van een professionele samenvatting meestal goed werkt maar dat het vertrouwen in de dossiers van een collega een knelpunt is.⁴ Als reden noemen ze de grote variatie in de manier waarop collega-huisartsen medische gegevens opnemen in het dossier.

De EPD-scan voor huisartsen

Huisartsen die al enige tijd met ADEPD werken, hebben hun behoefte kenbaar gemaakt aan een instrument dat aangeeft of ze de patiëntgegevens wel volgens de richtlijnen registreren en waar hun blinde vlekken zitten. Het NIVEL, IQ healthcare en het NHG hebben daarom de EPD-scan voor huisartsen (EPD-scan-h) ontwikkeld, een instrument dat per praktijk aangeeft in hoeverre de dossiers op orde zijn en welke zaken beter zouden kunnen.⁵