

**Ontwerp en validering van een gemeenschappelijke
formulierenset voor informatie-uitwisseling binnen
de 1^e-lijns GGZ en met de 2^{de} lijns GGZ**

J. Groenendijk, NIVEL
K. Sok, NIZW
P. Verhaak, NIVEL



bibliotheek
otterstraat 118-124
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729
bibliotheek@nivel.nl
www.nivel.nl



ISBN 90-0000-000-0

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2006 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

1 Inleiding	5
1.1 Achtergrond van het onderzoek	5
1.2 Opbouw van het rapport	7
2 Ontwikkeling formulieren set	9
2.1 Inleiding	9
2.2 Gevolgde aanpak	9
2.3 Drie projecten ter versterking van de eerstelijns-GGZ	10
2.4 Informatiestromen tussen hulpverleners	14
2.5 Vormen en doelen van informatiestromen	16
2.6 Conclusies en keuzes	17
2.7 Het ontwikkelde Aanvraagformulier en Rapportageformulier	23
3 Methoden van onderzoek	25
3.1 Inleiding	25
3.2 Feasibility studie	25
3.3 Valideringsstudie	27
4 Resultaten	29
4.1 Deelname aan de pilots	29
4.2 Het gebruik van aanvraag en rapportage formulieren	30
4.3 Valideringsstudie	35
5 Inbedding van het formulier in een geautomatiseerde omgeving.	37
6 Samenvatting en conclusies	39
Bijlage 1. Samenstelling van de klankbordgroep	45
Bijlage 2. Aanvraag formulier	47
Bijlage 3. Rapportage formulier	51
Bijlage 4 Specificatie van de redenen waarom potentiële pilots afvielen	55

1 Inleiding

1.1 Achtergrond van het onderzoek

De samenwerking tussen verschillende disciplines die zich in de eerstelijns met geestelijke gezondheidszorg (GGZ) bezighouden (huisarts, algemeen maatschappelijk werk, eerstelijnspsycholoog, sociaal psychiatrisch verpleegkundige) is de afgelopen vijf jaar op tal van wijzen bevorderd. In dit kader hebben verschillende projecten zich beziggehouden met gegevensoverdracht tussen deze partijen onderling en van deze partijen naar de gespecialiseerde GGZ. Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van een aantal registratievormen die (bijna) hetzelfde doel dienen, namelijk een gestandaardiseerde informatieoverdracht omtrent cliënten¹ tussen verschillende partijen in de eerste- en tweedelijns GGZ. Deze overdracht heeft echter op verschillende plaatsen een andere vorm gekregen. Dit rapport doet verslag van de ontwikkeling en validering van één geïntegreerde formulierenset die door alle beroepsgroepen gedragen moet worden.

De ontwikkeling van zo'n formulierenset is van belang voor cliënten, voor hulpverleners en voor beleidsmedewerkers c.q. onderzoekers. Voor de cliënt is het belangrijk dat er een routine is in de informatie-uitwisseling tussen de diverse betrokken hulpverleners volgens een betrouwbare en geaccepteerde norm. Voor de hulpverlening gaat het om goede hulpverlening en zorgvuldige dossieropbouw op basis van betrouwbare informatie, waarbij standaardisering gewenning en routine in de hand wordt gewerkt. Voor organisaties, beleidsmakers en onderzoekers is het belangrijk omdat er zo zicht kan ontstaan in de cliëntenstromen en de belangrijkste achterliggende vragen en problemen. Daarmee kunnen vervolgens de organisatie en dienstverlening worden verbeterd.

De landelijke instituten NIVEL, NIZW en Trimbos-instituut en het Diaboloproject werken sinds 2000 in opdracht van de landelijke Stuurgroep Tussen de Lijnen aan verschillende projecten ter versterking van de eerstelijns GGZ en ter bevordering van de samenwerking tussen de eerste en de tweedelijns. De projecten in kwestie zijn de Consultatieprojecten, Korte Lijnen projecten en Diaboloprojecten. Ten behoeve van deze projecten zijn registratie-instrumenten ontwikkeld die deels verschillende, maar deels ook overlappende doelen dienen.

De consultatieregeling stelde financiering beschikbaar voor consultatieve ondersteuning vanuit de tweedelijns GGZ aan de eerstelijns. De taak van de landelijke ondersteuning door het Steunpunt tussen de Lijnen (een samenwerkingsverband tussen Trimbos-instituut en NIVEL) was het registreren van de (aard van de) consultaties. Hiervoor is een kort registratieformulier ontwikkeld dat per consultatief contact door de consultatiegever werd

¹ De termen "patiënt" en "cliënt" worden als gelijkwaardig beschouwd. Overal waar "cliënt" staat kan men ook "patiënt" lezen. Hetzelfde geldt voor mannen en vrouwen. Overal waar "hij" staat geschreven kan men ook "zij" lezen

ingevuld. Het had als doel een overzicht te houden over het aantal consultatieve contacten dat plaats vond, de erbij betrokken consultatievragers en –gevers, en het vervolg (voortzetting behandeling door vrager, overname door consultatiegever, verwijzing). In het Korte Lijnen project (waarbij NIZW en het Trimbos-instituut betrokken zijn) werd gestreefd naar verbetering van de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ. In dit kader is samen met lokale eerstelijns GGZ-partijen gewerkt aan het ontwikkelen van gestandaardiseerde samenwerkingsprotocollen en informatie uitwisselingsformulieren. Doel was gestandaardiseerde informatie van adviesvrager/verwijzer en gestandaardiseerde feedback omtrent verwezen patiënten/cliënten te produceren. Het Diaboloproject heeft initiatieven van de eerste- en tweedelijns GGZ partijen financieel en inhoudelijk ondersteund en heeft daarbij een formulierenset voor verwijzingen ontwikkeld. Bij iedere verwijzing of consultatieve vraag vulde de vrager een formulier in. Degene naar wie verwezen werd antwoordt met een diagnose formulier en later, na afloop met een evaluatieformulier. Behalve voor informatieoverdracht wilde men deze formulieren ook gebruiken voor deskundigheidsbevordering en onderzoek (benchmarking).

Het doel van het in dit rapport beschreven project was het ontwikkelen van één gezamenlijk formulierenset die in de hierboven beschreven contexten te gebruiken is en die betrouwbare en valide informatie oplevert. Het streven was om te komen tot een formulier dat flexibel aan te passen is aan de verschillende gebruikersdoelen. Gebruikers zouden ervoor moeten kunnen kiezen of ze gebruik maken van een minimale versie, of van een uitgebreidere variant.

Daarom was de opzet een gelaagdheid in de formulierset aan te brengen op basis van de verschillende gebruikersdoelen, namelijk:

1. Informatie-uitwisseling bij verwijzingen, consultatie en rapportage; beperkte informatie-uitwisseling om de benodigde besluiten te kunnen nemen en continuïteit van zorg voor de cliënt te kunnen realiseren.
2. Deskundigheidsbevordering voor huisartsen; Uitgebreidere informatie-uitwisseling om de eigen aanvragen voor consultatie en/of verwijzingen te kunnen vergelijken met collega-huisartsen en te kunnen toetsen aan de adviezen en de feedback van degenen die om consultatie is gevraagd en/of naar wie verwezen is.
3. Registratie van de uitgewisselde gegevens t.b.v. onderzoek; uitgebreidere uitwisseling van informatie om gegevens te verzamelen over de cliënten die verwezen zijn, over wie consultatie wordt aangevraagd of over wie gerapporteerd wordt.

Uiteindelijk is het de bedoeling dat de formulieren landelijk op een gestandaardiseerde wijze gebruikt gaan worden. Daarom zijn parallel aan de ontwikkeling van de formulieren door NICTIZ de mogelijkheden voor inbedding in het automatische berichtenverkeer onderzocht. Daarvoor moesten eerst de automatiseringseisen beschreven worden. Bij het formuleren van deze eisen ging het erom inzicht te krijgen in de eisen waaraan de formulieren moeten voldoen om door automatiseringsdeskundigen in een softwarepakket opgenomen te worden. Hierbij is vanuit de verschillende softwarepakketten gekeken naar de randvoorwaarden en de mogelijkheden om informatie op te nemen en te verzenden. De

functionele eisen, technische en financiële haalbaarheid zijn zaken waarmee de automatiseringdeskundigen zich bezig hebben houden.

In de eerste helft van dit project is de formulierset ontwikkeld door het NIZW. Dit proces wordt uitgebreid beschreven in hoofdstuk 2 van dit rapport. Hoofdstuk 2 is een bewerking van de rapportage van het NIZW over de ontwikkeling van de nieuwe formulieren. Dit rapport richt zich verder op de haalbaarheidstudie (feasibility study) en de validering van het ontwikkelde formulieren set uitgevoerd door het NIVEL. De volgende vragen zullen in dit kader beantwoord worden in het rapport:

1. In hoeverre is er een bereidheid in het veld om de formulieren te gebruiken?
2. Hoe trouw wordt het formulier gebruikt?
3. Hoe volledig wordt het formulier ingevuld
4. Hoe beoordelen de gebruikers het formulier?
5. Levert het formulier voldoende betrouwbare en valide informatie?

Parallel aan het onderzoek liepen de inspanningen van NICTIZ om het ontwikkelde formulier binnen een geautomatiseerde omgeving te introduceren. Hiervan wordt ook kort verslag gedaan.

1.2 Opbouw van het rapport

In hoofdstuk 2 zal de ontwikkeling van de formulierset uitgebreid beschreven worden. De methoden gebruikt bij de feasibility en validiteitsstudie zullen in hoofdstuk 3 besproken worden. Hoofdstuk 4 gaat vervolgens in op de resultaten van de feasibility en validiteitsstudie. In hoofdstuk 5 komen de inspanningen van NICTIZ aan de orde. Tot slot worden in hoofdstuk 6 de onderzoeksvragen beantwoord en enige kanttekeningen bij het onderzoek geschetst.

2 Ontwikkeling formulieren set

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de verschillende aspecten die van belang waren bij de ontwikkeling van het formulier voor de Eerstelijns GGZ. Achtereenvolgens wordt ingegaan op:

- de gevolgde aanpak om tot een formulierenset te komen
- de drie te integreren formulieren en de projecten waarvan ze afkomstig zijn
- de verschillende informatiestromen tussen betrokken hulpverleners
- de doelstellingen die men met die informatiestromen voor ogen kan hebben en
- de keuzes die naar aanleiding daarvan gemaakt moeten worden ten aanzien van de ontwikkeling van een papieren en elektronische formulierenset.

Aan het eind van dit hoofdstuk wordt het concept formulier gepresenteerd waarvan in de rest van het onderzoek de bruikbaarheid en validiteit werd onderzocht.

2.2 Gevolgde aanpak

Ten behoeve van de ontwikkeling van de formulierenset is een klankbordgroep in het leven geroepen die bestond uit de projectleiders van de verschillende landelijke projecten en een afvaardiging van de verschillende beroepsgroepen of –organisaties. Zie voor de exacte samenstelling bijlage I. De belangrijkste taak van de klankbordgroep was advisering over de te zetten stappen en goedkeuring van te nemen stappen met betrekking tot de ontwikkeling van de formulierenset.

Om de formulierenset goed aan te laten sluiten in het veld zijn er drie focusgroep bijeenkomsten georganiseerd met diverse toekomstige gebruikers (huisartsen, eerstelijnspsychologen (ELP), algemeen maatschappelijk werkenden (AMW), en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV). Aan deze focusgroepen namen 15 personen deel. In deze focusgroepen is besproken welke informatie hulpverleners (minimaal) van elkaar nodig hebben. Tevens is er gesproken over de eenduidige formulering van de items, de lay-out van het formulier (juiste/logische volgorde van items, genoeg open ruimte etc), de gebruiksvriendelijkheid en het algemeen belang van de formulieren.

Achtereenvolgens hebben de volgende activiteiten plaatsgevonden:

Op basis van desk-research, gesprekken met projectleiders van verschillende type projecten, met vertegenwoordigers van de brancheorganisaties en onderzoekers is een beschrijving gemaakt van de informatiestroom die moet worden vastgelegd en van de rol die de diverse gebruikers daarbij spelen (De startnotitie). Deze is ter commentaar voorgelegd aan de klankbordgroep.

Op basis van de aangepaste startnotitie is een eerste aanzet tot een aanvraag- en rapportage formulier gemaakt. Dit is besproken in de focusgroep. Hierin is het met name getoetst op de praktische bruikbaarheid. Het resultaat daarvan, het eerste conceptformulier, is in een tweede bijeenkomst van de klankbordgroep ter discussie gesteld. Na verwerking van dit commentaar is een tweede conceptformulier gemaakt, dat opnieuw op zijn praktische bruikbaarheid is getoetst door de focusgroep en vervolgens is goedgekeurd door de klankbordgroep. Deze formulieren zijn gebruikt in de feasibility en valideringsstudie die in hoofdstukken drie tot en met vijf worden gepresenteerd.

2.3 Drie projecten ter versterking van de eerstelijns-GGZ

Zoals in hoofdstuk 1 reeds is gezegd zijn er diverse projectmatige activiteiten om de eerstelijns GGZ te versterken. In dit verband zijn de belangrijkste: de consultatieprojecten, het Diaboloproject en het project Korte Lijnen.

Consultatieprojecten

Wat is een Consultatieproject?

In Consultatieprojecten geeft de gespecialiseerde GGZ advies over cliënten aan werkers in de eerstelijns. Deze projecten worden gefinancierd uit de Regeling Consultatiegelden. In de meeste projecten is een aantal uren per week een SPV werkzaam in een huisartsenpraktijk. Ook andere disciplines vanuit de gespecialiseerde GGZ bieden consultatie, zoals psychiaters en psychologen. Er zijn meer dan 120 consultatieprojecten in Nederland van start gegaan sinds het begin van de consultatieregeling in 2000. De meeste bieden consultatie aan huisartsen, maar er zijn ook projecten waarin het AMW of de ELP centraal staat. Wat precies onder consultatie wordt verstaan is per project verschillend; dat kan uiteenlopen van het geven van advies, bijvoorbeeld over verwijzing, tot kortdurende behandelingen, gezamenlijk een gesprek voeren met de cliënt, deskundigheidsbevordering, etc.

De Consultatieprojecten maken gebruik van een kort registratieformulier, waarop de consultatiegevers hun consultaties registreren. De gegevensverzameling vindt plaats ten behoeve van de landelijke registratie, gecoördineerd door het Steunpunt Tussen de Lijnen, maar het levert ook gegevens op voor de GGZ-instelling zelf ten behoeve van de zorgverzekeraar.

Consultatieformulier

Dit registratieformulier heeft een ontwikkeling doorgemaakt. De eerste twee en een half jaar werd op een uitgebreid formulier geregistreerd. Na twee en een half jaar is dit formulier versimpeld. Het huidige consultatieformulier is een registratieformulier voor de consultatieve contacten. De volgende zaken worden geregistreerd: datum consult, geboortejaar en geslacht patiënt, vervolggconsultatie ja/nee, wie de consultatievrager is, welke setting (telefonisch, vis a vis met consultatiegever, patiënt of allebei) en vervolg (voortzetting behandeling door consultatievrager, vervolggconsultatie, verwijzing binnen 1^e lijn, verwijzing naar 2^e lijn). Zoals gezegd worden onder de noemer "consultatie" diverse vormen geschaard, uiteenlopend van klassieke consultatie (een adviesgesprek

over een afwezige cliënt, tussen de behandelaar en de adviesgever) tot kortdurende behandeling. De diversiteit aan vormen komt niet terug in het registratieformulier. Het oorspronkelijke consultatieformulier kende meer inhoudelijke informatie. Er werd ook informatie vastgelegd over de aard van de problematiek waarover advies werd gevraagd, over de motieven om consultatie te vragen en over de inhoud van de gegeven adviezen. De formulieren zijn om een aantal redenen minder inhoudelijk geworden:

- na 3 jaar data verzamelen waren problemen en stoornissen waarvoor consultatie werd gevraagd inzichtelijk. Dit leverde ook een redelijk constant beeld op. Het was niet zinvol voor de landelijke registratie om deze informatie te blijven verzamelen.
- Het werd te duur om alle gegevens in deze omvang landelijk te blijven verzamelen.

Sommige GGZ-instellingen vinden het huidige formulier ballast, anderen willen juist meer inhoudelijke informatie (welke problematiek, hoelang spelen klachten al etc.) en bij weer andere instellingen voldoet het huidige formulier. Het Steunpunt Tussen de Lijnen verzamelde tot medio 2005 alle registratieformulieren. De GGZ-instelling en zijn hulpverleners, die thans de consultaties voortzetten, hebben mogelijk andere informatiebehoeften dan het Steunpunt.

Het consultatieformulier wordt ingevuld door de consultatiegever. Binnen de systematiek van het consultatieformulier is er geen formulier voor de consultatievrager, waarop hij/zij zijn vraag kan verwoorden. Bij de Diaboloformulieren is dat wel het geval (zie hieronder) en een aantal grote GGZ-instellingen hebben zelf een consultatie-aanvraag formulier ontwikkeld.

Overigens worden niet alle consultatiecontacten geregistreerd met het registratieformulier en is het ook de vraag of dat zou moeten:

- huisarts consulteert andere hulpverlener in wandelgangen (praktische overlegvragen): wordt vaak niet geregistreerd
- huisarts consulteert andere hulpverleners in een daarvoor bedoeld overleg of teamvergadering waarbij psychiater of SPV aanwezig is. Dit soort contacten worden vaak niet per cliënt geregistreerd.

De ene GGZ-instelling schrijft iedere patiënt waarover consultatie wordt gevraagd in als cliënt, andere instellingen doen dit niet. Dit heeft vervolgens weer consequenties voor de verplichte dossiervorming.

Diabolo-project

Wat is een Diabolo-project

Het Diabolo-project heeft tot doel de lokale, multidisciplinaire samenwerkingsinitiatieven tussen eerste- en tweedelijns in de GGZ te initiëren, te ondersteunen en te faciliteren. Dit gebeurt op maat van de betrokken patiëntengroepen en beroepsbeoefenaren. Het Diabolo-project kent een zestiental deelprojecten, waarbij de vragen van de kant van de eerstelijns (meestal huisarts) en de antwoorden van de specialist (soms eerstelijns GGZ,

meestal SPV die vanuit tweedelijns gedetacheerd is) systematisch werden vastgelegd. In het Diabolo-project zijn drie formulieren ontwikkeld:

- 1) een Verwijs- Of Consultatie aanvraagformulier (VOC), waarmee de verwijzer of consultatievrager zijn vraag specificeerde
- 2) een Diagnostiek- en AdviesFormulier voor een direct advies aan de huisarts na een eerste gesprek met de ingebrachte cliënt (DAF)
- 3) een BehandelEvaluatieFormulier dat ingevuld moet worden door de hulpverlener die de cliënt heeft begeleid of behandeld (BEF) na afloop van de specialistische behandeling.

Diaboloformulieren

Achterliggende visie

De huisarts beoordeelt of er andere hulpverleners nodig zijn voor de problematiek/klachten van de patiënt. Dit is afhankelijk van de draagkracht en draaglast van de patiënt. Een huisarts moet minimaal GGZ-vragen kunnen signaleren, moet een zorgplanoverweging, op basis van de draagkracht en het bekend veronderstelde coping gedrag van de cliënt, kunnen maken en vandaar uit eventueel verwijzen. Een huisarts hoeft geen diagnose te kunnen stellen. In de Diabolo-formulierset ligt de focus dan ook op het registreren van wat de huisarts bij de patiënt ziet aan klachten en vermoedens: registreren wat er speelt, maar geen definitieve diagnose stellen. De Diaboloformulieren zijn met behulp van antwoordcategorieën voorgestructureerd, waarbij is uitgegaan van de DSM IV-assen uit de psychiatrische diagnoseclassificatie DSM-IV en de probleemlijst van het AMW voor wat betreft psychosociale omstandigheden. Deze indeling is door een psychiater gemaakt, en gebleken is dat sociaal psychiaters en SPV-en zich over het algemeen in de indeling herkennen. Ook hier speelt de discussie of huisartsen met een dergelijke indeling uit de voeten kunnen en de formulieren dus goed in kunnen vullen (huisartsen werken met ICPC).

Het gebruik van de antwoordcategorieën heeft als voordeel dat de huisarts attent wordt gemaakt op welke mogelijke psychische klachten er spelen. Hierdoor zou een huisarts beter kunnen leren signaleren en wordt hij gedwongen worden om gericht na te denken over de gesignaleerde GGZ-problematiek.

Drie formulieren: VOC, DAF en BEF

In het VOC formulier (Verwijs of Consultatieformulier) registreert de verwijzer of consultatievrager de klachten en problemen die hij bij de patiënt ziet. De verwijzer kan vragen om advies (consultatie) of om overname van de behandeling (verwijzing). Bij het DAF formulier (Diagnostiek en Adviesformulier) lopen consultatie en verwijzing door elkaar. Klassieke consultatie zal hooguit één cliëntcontact (= consult) betreffen of geen cliëntcontact, als de consultatievraag telefonisch wordt gesteld. Er is op het DAF-formulier ruimte voor de registratie van meerdere contacten, maar dan is er eigenlijk sprake van behandeling en is het dus een verwijzing in plaats van een consultatie. Het BEF formulier (Behandelevaluatieformulier) is feitelijk een rapportage na afsluiting van de hulpverlening. Diaboloformulieren voorzien niet in rapportage bij de start van de hulpverlening of tussentijds. Het DAF formulier is enigszins toepasbaar voor rapportage bij start hulpverlening, omdat het ook gebruikt kan worden als de GGZ medewerker

meerdere gesprekken voert en dus de zorg overneemt.

Spiegelinformatie

De Diaboloformulieren zijn er op gericht om spiegelinformatie te genereren: dezelfde vragen en antwoordcategorieën komen op alle formulieren terug. Wil men elkaar uitsluitend wederzijds informeren en geen spiegelinformatie genereren dan bevatten de formulieren te veel rubrieken en is het niet noodzakelijk dat dezelfde vragen steeds terug komen.

Voor bruikbare spiegelinformatie is het noodzakelijk dat de data aan elkaar gerelateerd kunnen worden. Dit kan door het gebruik van ID-nummers (iedere cliënt heeft een uniek nummer). Dan zou bijv. onderzocht kunnen worden of de waarnemingen van de consultatievrager en de consultatiegever steeds vaker overeen komen. Naar aanleiding van deze spiegelinformatie kan door hulpverleners deskundigheid van anderen gevraagd worden: bijvoorbeeld meer informatie over depressie, hoe herken ik dat? In dit kader is binnen de Diabolo projecten de Q-cirkel ontwikkeld: een gestructureerd overleg gericht op deskundigheidsbevordering met spiegelinformatie als hulpmiddel.

Logistieke aspecten:

Er spelen een aantal logistieke aspecten een rol bij de Diaboloformulieren, die ook in het herontwerp van de formulierenset een rol zullen spelen, zeker daar waar het gaat om formulieren ten behoeve van spiegelinformatie.

- De verwijzer geeft VOC mee aan cliënt en adviseur stuurt DAF terug naar verwijzer. Deze papieren uitwisseling maakt het noodzakelijk kopieën te maken. Alle formulieren moeten in ieder geval bij de huisarts zijn (volledig dossier, verantwoordelijke, WGBO) en in het kader van diezelfde WGBO zijn de andere hulpverleners verplicht adequaat te registreren.
- Om gegevens te verzamelen ten behoeve van spiegelinformatie of onderzoek moeten de data naar één centraal punt waar ze bewerkt worden. Het naar één punt sturen is technisch mogelijk, maar niet iedereen is al zover met zijn automatiseringssysteem. Als nog met papieren formulieren gewerkt wordt, dan is er een secretariaat of projectleider nodig die de gegevens in het systeem invoert.
- Als hulpverleners in één gebouw zitten heeft dit voor het logistieke deel veel voordelen.

Korte lijnen

Wat is een Korte Lijnen project

Korte lijnen is een landelijk project dat door NIZW en Trimbos-instituut in opdracht van de LVE, LHV en MOgroep wordt uitgevoerd in negen regio's. Doel is de samenwerking tussen huisartsen, AMW en ELP te versterken en te borgen. De SPV werkzaam in de eerstelijns wordt hier ook steeds meer bij betrokken. Door deze versterking van de samenwerking in de eerstelijns-GGZ zal de kwaliteit en doelmatigheid van de hulpverlening toenemen en worden cliënten uiteindelijk beter geholpen. Naast procesmatig te werken aan samenwerking zijn in het project ook instrumenten ontwikkeld om aan deze samenwerking concreet vorm te geven, zoals diverse gestandaardiseerde samenwerkingsprotocollen, een formulier voor rapportage aan de huisarts en een verwijsformulier.

Korte Lijnen-formulieren

In Korte lijnen (KL) zijn verschillende formulieren ontwikkeld: verwijs- en rapportageformulieren en een formulier voor een gezamenlijk behandelplan. Dit laatste is nooit uitgetoet in de praktijk. De eerste twee zijn ontwikkeld met hulpverleners uit de praktijk en worden op meerdere plekken gebruikt. De formulieren maken onderdeel uit van een aantal samenwerkingsafspraken tussen hulpverleners over de manier waarop ze naar elkaar willen verwijzen en rapporteren. Als er voor gekozen wordt om schriftelijk naar elkaar te verwijzen, dan kan het KL formulier als zodanig gebruikt worden of op maat gemaakt worden door eigen onderwerpen aan het formulier toe te voegen. Hetzelfde geldt voor rapportage. Bij rapportage moet daarnaast ook met elkaar gekozen worden of bij de start, tussentijds en na afsluiting van de hulpverlening wordt gerapporteerd of op maar één of twee van deze momenten. Sommige samenwerkende hulpverleners kiezen er bijvoorbeeld voor om bij start en na afsluiting te rapporteren naar de verwijzer, en tussentijds mondeling of alleen als de hulpverlening langer dan bijvoorbeeld 6 maanden duurt.

De formulieren kennen een aantal vaste onderdelen, zoals problematiek/reden van verwijzing, hulpverlening in verleden en medicatie. Deze onderdelen zijn deels voorgestructureerd met antwoordcategorieën (bijv. bij de reden waarom wordt teruggerapporteerd), maar er wordt vooral gebruik gemaakt van vrije ruimte, waar de hulpverlener zijn vraag, visie op de problematiek en het resultaat van de hulpverlening kan beschrijven. De formulieren hebben als voordeel dat ze laagdrempelig zijn. Ze ogen weinig bureaucratisch, wat hulpverleners over de streep kan trekken met formulieren te gaan werken. Het voelt niet als keurslijf, omdat ze met eigen woorden hun vraag kunnen beschrijven. Nadelen zijn dat de formulieren nauwelijks bruikbaar zijn voor meer dan informatie-uitwisseling alleen. Deskundigheidsbevordering is lastig. Het genereren van onderzoeks/managementinformatie is beperkt mogelijk (bijvoorbeeld over aantallen cliënten c.q. verwijzingen, over man/vrouw verdeling). Het verwijsformulier geeft door de vrije ruimte geen richting in te signaleren GGZ-problematiek. Het rapportageformulier geeft wel feedback aan de verwijzer over de gesignaleerde GGZ-problematiek.

2.4 Informatiestromen tussen hulpverleners

Consultatie

Een huisarts kan consultatie vragen aan een GGZ medewerker, het AMW of de ELP. Deze consultatie kan verschillende vormen aannemen, zoals reeds is aangegeven bij de beschrijving van de consultatieprojecten. Klassieke consultatie is het vragen en geven van advies. Dit kan telefonisch plaatsvinden, maar ook in de wandelgangen of in een kort overleg. Bij deze vormen spreekt de consultatiegever de cliënt meestal niet. De huisarts kan de cliënt ook doorsturen naar bijv. de SPV voor één gesprek. Daarna adviseert de SPV de huisarts. Ook dit wordt onder consultatie gevat. Zodra een huisarts een cliënt naar de SPV doorstuurt en de SPV neemt de zorg (deels) over door een kortdurende behandeling te bieden, dan is er feitelijk sprake van een verwijzing. In de consultatieprojecten wordt deze vorm ook onder de noemer consultatie geschaard, maar

voor de ontwikkeling van een overzichtelijke formulierenset is het van belang om deze vorm te onderscheiden en als verwijzing te benoemen. In de focusgroep bleek overigens dat de vorm waarbij de consultatiegever één gesprek met de cliënt heeft vaak consult wordt genoemd.

In het licht van het voorgaande kunnen we de volgende informatiestromen onderscheiden:

- *Consultatie*: adviesvraag en antwoord tussen hulpverleners onderling, zonder dat de consultatiegever de cliënt spreekt.
- *Consult*: adviesvraag en antwoord tussen hulpverleners onderling, waarbij de consultatiegever de cliënt spreekt (één gesprek).
- *Verwijzing*: de ene hulpverlener draagt (een deel van) de zorg voor de cliënt over aan een andere discipline.

Verwijzing

De huisarts kan een cliënt verwijzen naar een GGZ medewerker, het AMW of de ELP. Er is in dat geval sprake van overdracht van (een deel van) de zorg. Dit kan hij doen naar eigen inzicht of nadat hij consultatie of een consult heeft gevraagd. De discipline die consultatie geeft of die het consult heeft uitgevoerd kan ook de discipline zijn aan wie de zorg wordt overgedragen, maar het kan ook een andere discipline zijn.

Net zoals bij de huisarts kan een cliënt zonder verwijzing bij het AMW terecht. Als het AMW met de cliënt besluit dat een GGZ medewerker of een ELP passender zorg kan bieden, dan wordt de cliënt verwezen (= verwijzing). Cliënten kunnen ook door de huisarts naar het AMW worden verwezen. Ook dan kan het AMW met de cliënt besluiten dat het AMW toch niet de meest passende zorg kan bieden. In dat geval wordt de cliënt *doorverwezen* naar een andere discipline (= doorverwijzing). Overigens kan het ook voorkomen dat het AMW de cliënt eerst moet terugverwijzen naar de huisarts, die de cliënt op zijn beurt weer naar een andere discipline verwijst. Dit is afhankelijk van de lokale afspraken.

Ook komen verwijzingen voor van ELP naar AMW of GGZ medewerker en van GGZ medewerker naar ELP of AMW. Voor de ELP en de GGZ medewerker geldt dat een cliënt alleen bij hen terecht kan met een verwijzing van de huisarts (o.a. in verband met de verzekering). Als een ELP of GGZ medewerker daaropvolgend besluit de cliënt te verwijzen, is er feitelijk sprake van een *doorverwijzing*. Ook hier kan het voorkomen dat de ELP of de GGZ medewerker eerst moet terugverwijzen naar de huisarts.

In het licht van het voorgaande kunnen we de volgende informatiestromen onderscheiden:

- *Verwijzing*: de ene hulpverlener draagt (een deel van) de zorg voor de cliënt/patiënt over aan een andere discipline
- *Doorverwijzing*: de ene hulpverlener draagt (een deel van) de zorg van de cliënt/patiënt die naar hem is verwezen over aan een andere discipline (bijv. verkeerd verwezen)

Rapportage

Als een huisarts een patiënt verwijst dan ontvangt hij retourinformatie van de hulpverlener naar wie hij heeft verwezen. Dit kan bij de start en afsluiting van de hulpverlening, in geval van door- of terugverwijzing, maar ook tussentijds op het moment dat het een langer durend hulpverleningstraject is of dat er sprake is van follow-up contacten (bij chronische cliënten) e.d. Omdat de cliënt altijd cliënt blijft van de huisarts is rapportage aan de huisarts altijd belangrijk. Anders ligt het voor het AMW, de ELP en de GGZ medewerker die een cliënt (door)verwijzen. Als de zorg in zijn geheel wordt overgedragen aan een andere discipline dan is de verwijzer niet meer betrokken bij de behandeling en is rapportage niet noodzakelijk. Wanneer de verwijzer voor een deelaspect de cliënt wel blijft begeleiden, dan is contact met de andere discipline wel zinvol.

In het licht van het voorgaande kunnen we de volgende informatiestroom onderscheiden:

- *Rapportage*: retourinformatie die de verwijzer ontvangt van degene naar wie hij heeft verwezen. Belangrijke voorwaarde hierbij is dat op dat moment de cliënt ook nog cliënt is bij de verwijzer. In de meeste gevallen betreft het hier rapportage aan de huisarts.

2.5 Vormen en doelen van informatiestromen

Mondeling en schriftelijk

De onderscheiden informatiestromen kunnen ieder verschillende vormen aannemen.

Mondeling:

- a. vis-à-vis ad hoc (wandelingen)
- b. vis-à-vis structureel (cliëntoverleg; evt. wel schriftelijk verslag)
- c. telefonisch

Schriftelijk:

- a. verwijsbrief (krabbeltje)
- b. papieren formulier (voorgestructureerd: vrij ruimte, antwoordcategorieën)
- c. elektronisch formulier (voorgestructureerd: vrije ruimte, antwoordcategorieën)

Doelen van de informatiestromen

Bij het ontwerp van de formulierenset staat de schriftelijke en voorgestructureerde vorm van informatie-uitwisseling centraal. Deze informatie-uitwisseling kan verschillende doelen hebben:

- informerend, op de hoogte stellen, dossiervorming (persoonsgegevens, zorginhoudelijk)
- deskundigheidsbevordering (spiegelinformatie moet gegeneerd kunnen worden)
- onderzoek (managementinformatie, effectmeting, wetenschappelijke info)

Het eerste doel, informatieoverdracht is de minimale doelstelling die men aan de informatie-uitwisseling kan stellen. Dit werd door iedereen in de klankbordgroep onderschreven. Wat betreft het tweede doel 'deskundigheidsbevordering' kan een individuele hulpverlener de informatie die hij heeft gegeven zelf spiegelen aan de informatie die hij heeft terug gekregen. Willen hulpverleners in groepsverband aan deskundigheidsbevordering doen, dan is het wenselijk dat de gegevens van de verschillende hulpverleners worden verzameld en vertaald naar spiegelinformatie. Zoals werd uiteengezet in 2.3.2 heeft dit in logistiek opzicht meer voeten in de aarde, zeker wanneer dit niet meer plaatsvindt in het kader van een project, maar op reguliere basis. Bij de derde doelstelling 'onderzoek' is het de vraag op welk onderzoeksdoel we ons precies richten. Richten we ons op managementinformatie of moeten de formulieren informatie opleveren over de effecten van de behandeling of andersoortige wetenschappelijke informatie? Het genereren van managementinformatie stelt andere eisen aan een formulier dan het genereren van informatie over effecten of wetenschappelijke gegevens. Iedere hulpverlener of instelling voor zich kan bepaalde managementinformatie verzamelen voor zijn eigen beleid, maar om een beeld te krijgen van de eerstelijns-GGZ in zijn geheel is het nodig dat de informatie van de verschillende hulpverleners verzameld wordt en wordt vertaald. Dit geldt helemaal als het gaat om effectmeting en wetenschappelijke informatie. De klankbordgroep was van mening dat dit aspiratieniveau bij de te ontwikkelen formulierenset niet gehaald hoefde te worden.

2.6 Conclusies en keuzes

Welke soorten informatiestromen onderscheiden we?

Na analyse van de informatiestromen vanuit de drie projecten, de discussie in de focusgroep en in de klankbordgroep komen we tot de volgende, te onderscheiden informatiestromen:

- *Consultatie*: adviesvraag en –antwoord tussen hulpverleners onderling, zonder dat de consultatiegever de cliënt spreekt
 - * Anoniem
 - algemene of geanonimiseerde vraag van de consultatievrager aan de consultatiegever, zonder dat de consultatiegever de cliënt spreekt
 - algemeen of geanonimiseerd advies/antwoord van de consultatiegever aan de consultatievrager, zonder dat de consultatiegever de cliënt spreekt
 - * Niet anoniem
 - vraag over een specifieke cliënt van de consultatievrager aan de consultatiegever, zonder dat de consultatiegever de cliënt spreekt
 - advies/antwoord over een specifieke cliënt van de consultatiegever aan de consultatievrager, zonder dat de consultatiegever de cliënt spreekt
- *Consult*: adviesvraag en –antwoord tussen hulpverleners onderling, waarbij de consultatiegever de cliënt spreekt (één gesprek)

- vraag van de consultatievrager aan de consultatiegever, waarbij dat de consultatiegever de cliënt spreekt (één gesprek)
 - advies/antwoord van de consultatiegever aan de consultatievrager, zonder dat de consultatiegever de cliënt spreekt (één gesprek)
- *Verwijzing*: de ene hulpverlener draagt (een deel van) de zorg voor de cliënt/patiënt over aan een andere discipline
- naar eigen inzicht
 - n.a.v. consult of consultatie bij dezelfde hulpverlener als waar nu naar wordt verwezen
 - n.a.v. consult of consultatie bij een andere hulpverlener als waar nu naar wordt verwezen
- *Doorverwijzing*: de ene hulpverlener draagt (een deel van) de zorg van de cliënt/patiënt die naar hem is verwezen over aan een andere discipline (bijv. verkeerd verwezen)
- naar eigen inzicht
 - n.a.v. consult of consultatie bij dezelfde hulpverlener als waar nu naar wordt verwezen
 - n.a.v. consult of consultatie bij een andere hulpverlener als waar nu naar wordt verwezen
- *Rapportage*: retourinformatie die de verwijzer ontvangt van degene naar wie hij heeft verwezen. Belangrijke voorwaarde hierbij is dat op dat moment de cliënt ook nog cliënt is bij de verwijzer. In de meeste gevallen betreft het hier rapportage aan de huisarts.

NB: Een huisarts vat een verwijzing naar het AMW niet altijd op als een echte verwijzing, maar meer een soort wegwijst maken (wegwijzing), omdat het AMW laagdrempelig is. Het is belangrijk om met deze formulierenset er bij huisartsen op aan te dringen verwijzingen naar het AMW ook als een echte verwijzing te zien.

NB: Een huisarts vat consultatie, consult, verwijzing en doorverwijzing vaak allemaal onder 'consult'.

Moeten alle soorten informatiestromen ook in een schriftelijke (papier of elektronisch) vorm gegoten worden?

Consultatie gebeurt nu vaak in de wandelgangen of telefonisch. Is het nodig om dit te veranderen? Er zijn praktische en algemene consultatievragen die zich voor deze informele vorm lenen en waarbij een schriftelijke vorm alleen maar tot onnodige bureaucratie leidt. Dit geldt ook voor geanonimiseerde consultatievragen. In de klankbordgroep wordt afgesproken dat als het gaat om niet geanonimiseerde consultatievragen dat dan een schriftelijke vorm wel zinvol is. Ook in het kader van de privacywetgeving. Een consult moet altijd schriftelijk plaatsvinden.

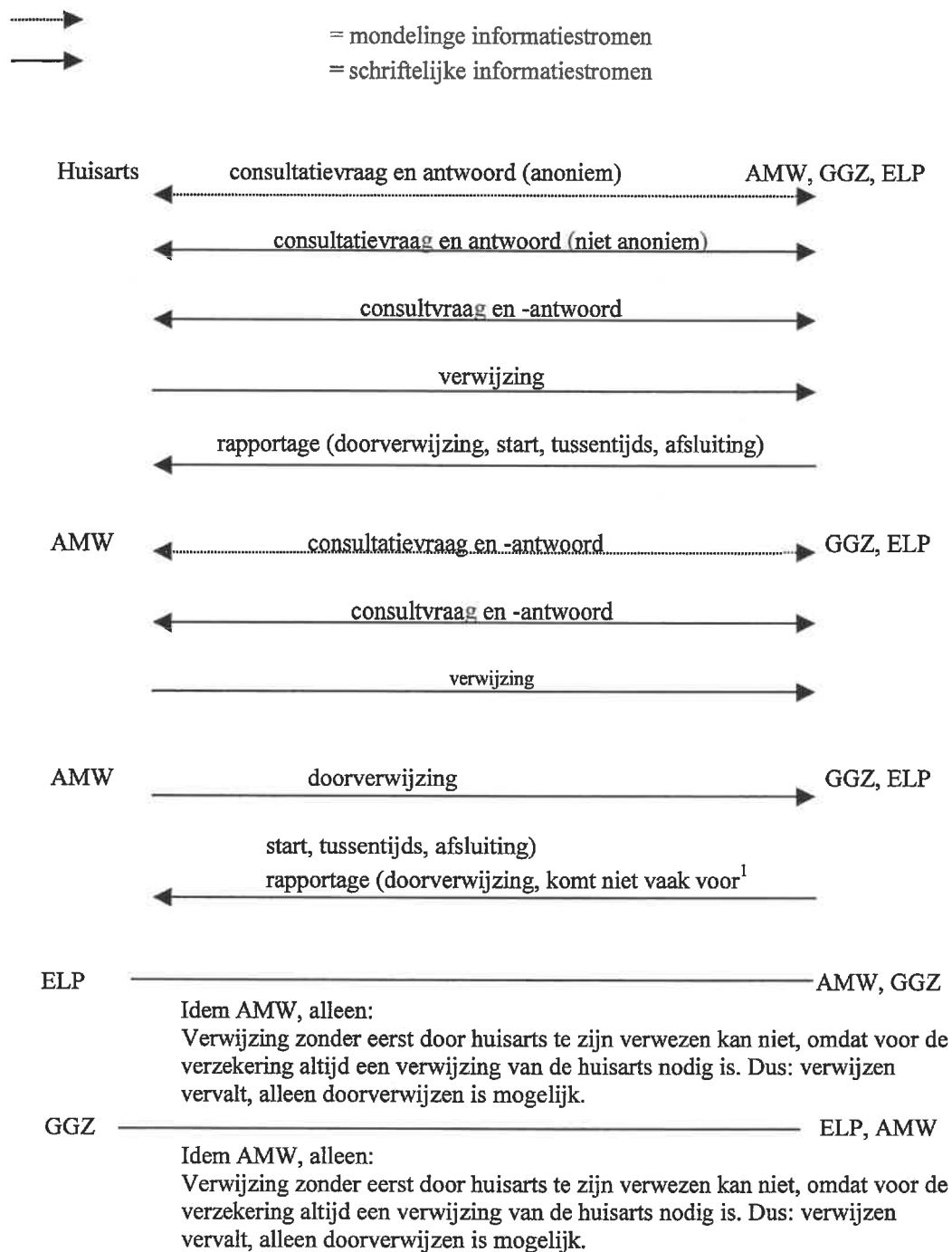
Ook verwijzing met als enige doel om informatie uit te wisselen kan mondeling plaatsvinden, maar in veel gevallen krijgt de hulpverlener naar wie verwezen wordt geen telefoontje van de verwijzer. Er wordt vaak wel een verwijsbriefje meegegeven, maar dit

is dan niet meer dan een krabbeltje. De praktijk van de projecten leert dat de hulpverleners naar wie verwezen is een schriftelijke verwijzing erg op prijs stellen, het dwingt de verwijzer zijn gedachten te scherpen en een verwijsbrief is verzekeringstechnisch voor ELP en GGZ verplicht. De verwijzer beschikt ook over bepaalde informatie die niet gemakkelijk op een andere manier is te krijgen, zoals medicatie. Het is voor de cliënt prettig zijn probleem/klacht verwoord te zien, zeker als hij/zij niet goed in staat is om het te verwoorden en om te voorkomen dat hij overal hetzelfde moet vertellen. Tevens speelt er een gevoel van 'voor wat hoort wat': als de hulpverleners naar wie verwezen wordt netjes schriftelijk terug rapporteren naar de verwijzer, dan verwachten zij ook een vergelijkbare inzet van de verwijzer. In de klankbordgroep wordt afgesproken dat een verwijzing of doorverwijzing altijd schriftelijk plaatsvindt.

Wat betreft rapportage speelt de discussie schriftelijk of mondeling minder: voor de dossiervorming is een schriftelijke rapportage belangrijk en de verwijzer kan zijn traject beter afstemmen op het traject van de andere hulpverlener (als er parallelle trajecten lopen). In de klankbordgroep wordt afgesproken dat een rapportage altijd schriftelijk plaatsvindt.

Kijkend naar de informatiestromen die we in de focus- en de klankbordgroep hebben onderscheiden, komen we tot het volgende plaatje:

Figuur 1: Informatiestromen in beeld gebracht



Vanuit dit schema bekeken lijken zich een aantal formulieren af te tekenen, die we over het algemeen ook terugvinden in de drie projecten, namelijk:

- formulier voor beschrijven niet geanonimiseerde consultatievraag
- formulier voor beschrijven niet geanonimiseerde consultatie antwoord

¹ Alleen als de (door)verwijzer ook betrokken blijft bij de begeleiding/behandeling.

- formulier voor beschrijven consultvraag
- formulier voor beschrijven consult antwoord
- formulier voor verwijzen van cliënt, overdragen van zorg aan andere discipline.
- formulier voor doorverwijzing (eigen bevindingen, reden van doorverwijzing toevoegen)
- formulier voor rapportage aan verwijzende huisarts (bevestiging, bij start en afsluiting, bij door/terugverwijzing, tussentijds).

Voor de gebruiksvriendelijkheid is het belangrijk het aantal formulieren zoveel mogelijk te beperken. Een aantal van de genoemde formulieren kunnen waarschijnlijk ook samengevoegd worden. Bijv. één formulier voor verwijzen en doorverwijzen en één formulier voor consultatie en consult. Ook zou een consult gezien kunnen worden als een korte verwijzing (één gesprek). Vanuit die gedachte is het interessant de mogelijkheid te onderzoeken het formulier voor een consultvraag en die voor verwijzen samen te voegen. In Diabolo is een dergelijke combinatie gemaakt. Een ander idee om verder te onderzoeken is de mogelijkheid het verwijzingsformulier en het rapportageformulier te combineren tot één formulier, zodat de verwijzer de terugontvangen informatie direct en gemakkelijk kan spiegelen aan de informatie die hij heeft gegeven bij de verwijzing. Voordeel van deze samenvoegingen is dat we minder formulieren hebben (overzichtelijk, gebruiksvriendelijk), nadeel kan zijn dat er teveel soorten informatiestromen in één formulier verwerkt worden waardoor het formulier onduidelijk wordt. Dit is een aandachtspunt voor de volgende stap in het project.

Moeten alle doelen in de (papieren) formulierenset gerealiseerd worden?

In het projectplan staat het idee beschreven om een gelaagde formulierenset te ontwikkelen, waarbij afhankelijk van het gekozen doel de formulieren meer of minder geavanceerd zijn en meer of minder informatie bevatten. Doelstelling 1 'informer' is daarbij de minimale vorm, maar na verdere analyse en discussie in de focusgroep blijkt dat doelstelling 2 'deskundigheidsbevordering' en doelstelling 3 'onderzoek' niet perse tot meer geavanceerde formulieren hoeven te leiden. De formulieren die bedoeld zijn om elkaar te informeren kunnen ook spiegelinformatie opleveren, zij het in beperkte vorm (bijv. de geconstateerde klachten/problematiek aan de hand van een aantal hoofdcategorieën). Ook kunnen deze formulieren onderzoeksinformatie opleveren, bijvoorbeeld aantallen cliënten en verwijzingen, soorten problematiek e.d., zij het in beperkte vorm. Wel moet dan gewerkt worden met antwoordcategorieën. Als men op andere onderwerpen dan waar een basisformulier in voorziet spiegelinformatie wil verzamelen (of meer gedetailleerd) dan is een uitbreiding van het formulier nodig. Hetzelfde geldt voor onderzoeksgegevens: wil men op andere onderwerpen dan waar een basisformulier in voorziet managementinformatie verzamelen dan is uitbreiding van het formulier nodig. Zeker als het gaat om wetenschappelijke informatie moeten hele andere eisen aan een formulier worden gesteld.

De behoefte die vanuit de focusgroep is geformuleerd is de ontwikkeling van een basis formulierenset om elkaar te informeren. Een dergelijke set kan daarmee ook voorzien in basis spiegel- en onderzoeksinformatie. Overigens is voor het veld onderzoeksinformatie vooral zinvol als het gaat om managementinformatie. In de eigen registratiesystemen

wordt ruim voorzien in managementinformatie, bijv. bij AMW. Belangrijk om mee te nemen bij het ontwerp van de formulierenset is voorkomen dat er gegevens dubbel geregistreerd moeten worden. Daar waar een regio, locatie of samenwerkingsverband meer wensen heeft ten aanzien van spiegel- en onderzoeksinformatie zijn uitbreidingen van het formulier wenselijk, maar dit heeft voor hen minder prioriteit. Hierbij speelt de logistiek van het verzamelen en analyseren van spiegel- en onderzoeksinformatie een rol.

In de klankbordgroep is afgesproken dat we ons bij het ontwerp van de formulierenset richten op doel 1, informeren en doel 2, deskundigheidsbevordering richten en dat we wat betreft doel 3, onderzoek alleen zorgen dat het formulier aan een aantal randvoorwaarden voldoet die onderzoek mogelijk maken, bijv. het gebruik van ID-nummers. Verder blijft het onderzoeksdoel bij het ontwerp van de formulierenset buiten beschouwing, omdat we voor onderzoek eerst de onderzoeksvraag moeten weten en die zal per geval verschillend zijn. Wel kunnen de formulieren inzicht geven in de communicatie tussen hulpverleners (aantal verwijzingen, consultatievragen, etc.), maar ze zijn niet direct bruikbaar voor meer inhoudelijke onderzoeksvragen. Dus de nadruk wordt gelegd op de minimale set en we zorgen dat koppeling met Diabolopraktijken mogelijk is voor zover het gaat om spiegeling en randvoorwaarden voor onderzoek. We houden voor ogen dat we formulieren ontwikkelen voor de communicatie en praktijk/beleidsvoering van hulpverleners en hun instellingen en niet voor een landelijke registratie. Ook moeten we rekening houden met de logistieke beperkingen van de eerstelijns praktijk en met de beperking die verschillende classificatiesystemen en deskundigheden van de disciplines ons opleggen.

Moeten de gekozen doelen van de formulierenset met de bijbehorende inhoud allemaal elektronisch mogelijk zijn?

Hier speelt vooral de vraag wat binnen en buiten de mogelijkheden en prioriteiten van het werkveld ligt, en ook van NICTIZ. Bijvoorbeeld het onderdeel deskundigheidsbevordering en de logistieke vragen hieromtrent. Om de gegevens om te zetten in spiegelinformatie zijn extra investeringen nodig en is dat reëel gezien de automatiseringsgraad en de diversiteit daarbinnen tussen de verschillende hulpverleners, praktijken en instellingen? Daar staat tegenover dat papieren formulieren niet de toekomst hebben en dat de elektronische formulieren veel meer mogelijkheden bieden. Ze kunnen bijvoorbeeld een ingewikkelder papieren formulier eenvoudiger maken (door bijv. per venster een vraag te presenteren en vragen die niet van toepassing zijn automatisch over te slaan). Een andere vraag is of het zinvol is een papieren formulierenset te ontwikkelen als het niet mogelijk is om de set elektronisch beschikbaar te maken? De inhoudelijke analyses en het gesprek met de focusgroep leiden ertoe dat we ernaar moeten streven om in ieder geval de basis formulierenset elektronisch beschikbaar te maken. Alles wat we meer kunnen doen is meegenomen.

Vanuit de klankbordgroep kwam hier het commentaar op dat het technisch weliswaar mogelijk is, maar of het financieel ook haalbaar is, is nog de vraag. Sommige, meestal kleinere IT-bedrijven zien het als een kans, anderen als een investering. Ook zijn er veel verschillende leveranciers in verschillende sectoren.

Voor uittesten en validering is een papieren formulier nodig, maar op termijn moeten de

formulieren zeker elektronisch beschikbaar zijn. Ook met het oog op gebruiksgemak.

2.7 Het ontwikkelde Aanvraagformulier en Rapportageformulier

Op basis van deze overwegingen zijn het Aanvraagformulier en het Rapportageformulier (Bijlagen II en III) ontwikkeld.

Op het *aanvraagformulier* kunnen drie sporen gevolgd worden: de huisarts als aanvrager, een psychologisch/psychiatrisch geschoold hulpverlener (kan als aanvrager, anders als doorverwijzer) en een AMW-er als aanvrager of doorverwijzer. Reden voor het onderscheid is de verschillende terminologie waarin de diagnose dan wel probleemomschrijving voor de drie categorieën gegoten moet worden. De huisarts omschrijft het probleem in termen van de ICPC, de psychologisch of psychiatrisch geschoolden in termen van de DSM-IV en AMW-ers in de AMW probleemclassificatie. Dit onderscheid zal bij elektronische formulieren niet meer zichtbaar zijn.

Het aanvraagformulier omvat velden ter *identificatie* van de aanvrager en de patiënt. Hierbij is het ook mogelijk om aan te geven of de cliënt toestemming tot informatie uitwisseling heeft gegeven en of er meerdere disciplines betrokken zijn bij de problematiek.

Onder het kopje *vraag* wordt gespecificeerd of het om een verwijzing, een doorverwijzing, een verzoek om consult of een verzoek om consultatie gaat (voor de definities: zie figuur 1). Hiermee is het formulier geschikt voor al deze vormen van verzoeken om ondersteuning. Tevens wordt onder dit kopje gespecificeerd hoever de gevraagde ondersteuning moet gaan: uitsluitend diagnostiek, een advies aan de aanvrager of de overname van de behandeling.

Onder het kopje *klacht, hulpvraag* kan de aanvrager de gepresenteerde symptomen en klachten formuleren. Indien men gebruik van spiegelinformatie wenst te maken, kunnen deze klachten en symptomen ook in een voor gecodeerde lijst worden aangekruist. Deze lijst omvat probleemcategorieën uit de verschillende onderscheiden psychosociale domeinen en is identiek voor alle gebruikers.

De *werkd Diagnose* geeft iedere aanvrager weer binnen het bij zijn beroep passende begrippenkader: huisartsen in de ICPC, psychologen en psychiaters in de DSM-IV en AMW-ers in de AMW-probleemlijst. Hierbij is ook ruimte voor toelichting.

Ten slotte zijn er velden om reeds *verrichte anamnese, voorgeschiedenis en onderzoek* te vermelden.

In het kort: De meeste gegevens worden als vrije tekst aangeleverd. Classificatie vooraf wordt gevraagd m.b.t. de gevraagde procedure (verwijzing, consultatie, consult), de reikwijdte van de gevraagde ondersteuning (diagnostiek, advies, overname behandeling), en de diagnose. Verder wordt, indien men dat wenst, de gelegenheid geboden om de gepresenteerde klachten op een uniforme manier aan te geven.

Het *Rapportageformulier* bevat goeddeels dezelfde rubrieken. Er is onder de *identificatie gegevens* van de rapporteur ruimte voor alle onderscheiden typen beroepsbeoefenaren, met de bij hen horende diagnostische categorieënsystemen, waarbij in de praktijk alleen teruggerapporteerd zal worden door psychologen/psychiaters/SPV-en (die hun

bevindingen in DSM-IV termen geven) en AMW-ers die terugrapporteren aan de huisarts.

De rapporteur geeft ook weer aan binnen welk kader zijn terugrapportage past (van een verwijzing, een doorverwijzing, een consult- of consultatievraag) en hij geeft ook aan in welk stadium van de behandeling hij terugrapporteert.

Waar de rapporteur aangeeft wat de *klachten* op het moment van rapportage zijn, kan hij opnieuw gebruik maken van de voor gecodeerde klachtenlijst. Hierdoor kan de ontvanger zijn eigen impressie van de klachten vergelijken met die van de rapporteur.

De *diagnose* geeft de rapporteur door in zijn eigen categorieën systeem. Er is vrije tekstruimte voor een *prognose*, een toelichting op de geboden *behandeling* en er is ruimte voor *advies*.

3 Methoden van onderzoek

3.1 Inleiding

Om de bruikbaarheid van de ontwikkelde formulieren te toetsen, zijn ze in een aantal praktijksituaties uitgezet. De bedoeling was om verwijzende hulpverleners of aanvragers van consultatie gedurende vier maanden van de aanvraagformulieren gebruik te laten maken. Degenen naar wie verwezen werd of die om consult(atie) gevraagd werden zouden de rapportageformulieren moeten gebruiken. Op basis hiervan zou de bruikbaarheid van de formulieren beoordeeld kunnen worden. Deze beoordeling wordt gestuurd door de antwoorden op de volgende onderzoeksvragen:

- In hoeverre is er een bereidheid in het veld om de formulieren te gebruiken?
- Hoe trouw wordt het formulier gebruikt?
- Hoe volledig wordt het formulier ingevuld?
- Hoe beoordelen de gebruikers het formulier?

De deelnemende hulpverleners zouden ook omtrent een vijftal “papieren” patiënten een aanvraag dan wel rapportage formulier invullen. Daar waar vastgelegde informatie dient om generaliserende uitspraken te doen is het nodig dat iedere gebruiker dezelfde betekenis toekent aan de informatie die hij verstrekt. Daarom zijn de elementen van de formulieren die gebruikt zullen worden om algemene uitspraken over morbiditeit, aard van de hulpverlening en dergelijke te doen op hun validiteit onderzocht. Op deze wijze zou nagegaan kunnen worden in hoeverre een gelijke stimulus ook een zelfde ingevuld formulier zou opleveren hetgeen inzicht zou verschaffen in de validiteit van de gehanteerde categorieën. Hiermee zou antwoord gegeven worden op de laatste onderzoeksvraag:

- Levert het formulier voldoende betrouwbare en valide informatie?

In dit hoofdstuk worden de methoden beschreven van deze feasibility- en valideringsstudie.

3.2 Feasibility studie

Om de formulieren uit te testen in de praktijk is er gezocht naar bestaande samenwerkingprojecten van ‘Korte Lijnen’, ‘Diabolo-projecten’ en ‘Consultatieprojecten’. Het streven was om vijf van elk te laten deelnemen. De werving van de pilots heeft plaatsgevonden via de klankbordleden en de projectleiders van verschillende landelijke projecten. Zij hebben hun leden en/of projectcoördinatoren benaderd met de vraag of ze mee wilden doen aan het testen van de formulieren. Ook tijdens de drie

focusgroepsbijeenkomsten in het kader van de ontwikkeling van de formulieren zijn mensen benaderd. Daarnaast heeft er een oproep gestaan in de Tussen de Lijnen Nieuwsbrief en de NIZW nieuwsbrief.

Opzet van de pilots

Voor de uitvoering van de pilots zijn twee formulierenblokken ontworpen. Eén met aanvraagformulieren (het A-blok) en één met rapportageformulieren (het B-blok), beide zoals getoond aan het eind van het vorige hoofdstuk. Achter elke formulier zat een doordrukvel. Op deze doordrukvelen waren de patiëntgegevens niet zichtbaar ter bescherming van de privacy van de patiënt . De procedure voor de pilot was als volgt: de consultatievrager (bijvoorbeeld de huisarts) vult een aanvraagformulier in en deze gaat met de patiënt of via de post –wat gebruikelijk is in het betreffende samenwerkingsverband - naar de consultatiegever of degene naar wie verwezen wordt (bijvoorbeeld de SPV'er) . Het doordrukformulier wordt naar het NIVEL gestuurd. De rapporteur vult na afloop van de behandeling of tussentijds een rapportageformulier in. Dit formulier stuurt hij vervolgens terug naar de huisarts. Het doordrukformulier, zonder patiëntgegevens, wordt weer naar het Nivel gestuurd. Indien de rapporteur zelf een exemplaar voor zijn administratie wil moet hij deze kopiëren.

De doorlooptijd van de pilot was vier maanden. Tijdens deze vier maanden zijn de deelnemende huisartsen regelmatig telefonisch benaderd door de onderzoeker met de vraag hoeveel consultatieve en verwijzende GGZ-contacten men de afgelopen periode heeft gehad. Door deze informatie te vergelijken met de binnengekomen formulieren is de dekkingsgraad van de formulieren (het percentage verwijzingen/consultatievragen waarover een formulier is ingevuld) worden vastgesteld.

Verwerking binnengekomen formulieren

Om de ingevulde formulieren te controleren op volledigheid en inhoud zijn er twee checklijsten gemaakt. Eén voor de aanvraagformulieren en één voor de rapportageformulieren. Door middel van deze checklisten kan worden nagegaan of er buiten de tekstvakken is geschreven, de route door het formulier correct is gevolgd, alle velden zijn ingevuld, of elk veld unieke informatie bevat en of de facultatieve velden zijn ingevuld. De informatie van deze checklijsten is vervolgens ingevoerd in een spreadsheet samen met de 'scores' op de gesloten antwoordcategorieën op de formulieren. Zo kunnen uitspraken gedaan worden over de volledigheid van de beantwoording, of het correct is ingevuld, of het compleet is en of de lay-out duidelijk en praktisch is.

Vragenlijst

De deelnemers aan de pilot zijn na ongeveer drie maanden benaderd met een vragenlijst. Er was een vragenlijst voor de huisartsen en een vragenlijst voor de ELP, SPV en het AMW. De vragenlijsten bestonden uit twee delen. In het eerste deel is geïnventariseerd hoe men de formulieren waardeert, of men onderwerpen of bepaalde gegevens mist in de formulieren, of men informatie overbodig vindt, voor hoeveel van de consultatievragen en verwijzingen men de afgelopen maanden een formulier gebruik heeft en of men

gebruik zou maken van de formulieren als ze ingevoegd waren in de betreffende automatiseringssystemen. Het tweede deel was ten behoeve van de validerings studie en zal hieronder verder toegelicht worden.

3.3 Valideringsstudie

De valideringsstudie betreft de vraag of de elementen uit het formulier die generaliseerbare kennis moeten leveren voldoende betrouwbaar en valide worden ingevuld. Deze vraag is beantwoord door een aantal schriftelijke casussen (vignetten) te ontwikkelen. Deze vignetten zijn in het tweede deel van de vragenlijst aan de deelnemers voorgelegd. Het verzoek was om voor elk vignet het van toepassing zijnde formulier (aanvraag- of rapportageformulier) in te vullen. Ditzelfde is gedaan door drie experts (2 huisartsen, 1 onderzoeker, allen met grote betrokkenheid bij GGZ). Hieruit is, na overleg tussen de experts, een “gouden standaard” afgeleid voor ieder vignet. Tegen deze ‘gouden standaard’ zijn de antwoorden van de gebruikers afgezet.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken van de feasibility- en valideringsstudie. We bespreken in het kader van de feasibility ook de werving van samenwerkingsprojecten voor de pilot van het formulier uitgebreid, omdat dit verloop ook iets over de bereidheid van het vel om de formulieren te gebruiken (onderzoeksvraag 1) zegt.

4.1 Deelname aan de pilots

In totaal waren er 20 samenwerkingsprojecten die geïnteresseerd waren in deelname aan de pilot om het formulier uit te testen in de praktijk. De projecten waren zeer divers van samenstelling en omvang. Geen enkele aanmelding is op voorhand afgewezen. Van de 20 aanmeldingen zijn er zeven afgevallen bij de eerste intake. Met de dertien projecten die overbleven zijn informatie en/of instructiebijeenkomsten geweest, naar aanleiding waarvan er nog eens zeven afvielen. Uiteindelijk hebben zes projecten geparticipeerd in de pilots, waarvan één project maar ten dele. Zie voor een uitvoeriger inhoudelijke beschrijving van de redenen waarom diverse projecten van deelname afzagen bijlage 4. Ook de samenstelling van de zes overgebleven projecten wordt daar beschreven.

In het algemeen was het werven van samenwerkingsprojecten voor de pilot van het formulier moeizaam en tijdrovend. Uit de bereidheid tot participatie blijkt al een geringe ervaren urgentie voor de introductie van een (nieuw) formulierset GGZ problematiek onder de potentiële gebruikers.

Het feit dat de verschillende samenwerkingsverbanden en partijen vaak maar één keer in de maand met elkaar vergaderen, heeft voor veel vertraging heeft gezorgd is. Ook moest het voorstel voor deelname aan de pilot vaak in verschillende overleggen besproken worden. Bijvoorbeeld een Hagro overleg, een algemeen bestuursvergadering en een GGZ teamoverleg etc. Bij ieder overleg was er weer een kans dat het voorstel afgewezen zou worden. Voordat de formulierset dus geïntroduceerd, besproken en geaccordeerd was door alle betrokken partijen waren al snel drie tot vier maanden voorbij maar er was ook altijd nog de mogelijkheid dat het plan na deze tijd nog afgewezen werd. Indien dit gebeurde waren het vaak de huisartsen die niet geïnteresseerd waren. In een aantal gevallen had het NIVEL niet rechtstreeks contact met de betrokken huisartsen en de hulpverleners maar via een coördinator. Dit had het voordeel dat er één aanspreekpunt was die zaken naar alle betrokken hulpverleners kon communiceren. Het nadeel is echter dat communicatielijnen lang waren en dat leidde vaak tot veel vertragingen.

Al met al is in maart 2005 met de werving van potentiële deelnemers begonnen, maar zijn de meeste pas na de zomervakantie begonnen met hun proefregistratie.

4.2 Het gebruik van aanvraag en rapportage formulieren

In totaal zijn er 117 ingevulde formulieren geretourneerd, 88 aanvraagformulieren en 29 rapportageformulieren.

Bij alle aanvraagformulieren op twee na was de aanvrager de huisarts, de twee overige waren consultatievragen van de kant van het AMW.

Van de rapportageformulieren waren er acht door het algemeen maatschappelijk werk ingevuld, veertien door een SPV, zes door een eerstelijns psycholoog en één door een huisarts.

De enquêtes (15 items + 5 papieren patiënten) zijn na twee reminders en telefonische verzoeken door zeven huisartsen en vier rapporteurs teruggestuurd.

In deze paragraaf wordt achtereenvolgens de dekkinggraad van de formulieren besproken, de interne consistentie, de waardering van de gebruikers voor de formulieren en overige resultaten uit enquête.

Dekkinggraad van het formulier

Om vast te kunnen stellen of de formulieren in de praktijk gebruikt worden voor alle GGZ verwijzingen en consultatievragen zijn alle huisartsen in de pilot twee keer benaderd met de vraag hoeveel GGZ verwijzingen en consultatievragen zij in de afgelopen periode hebben gehad. Als deze aantallen naast de werkelijk binnengekomen aanvraagformulieren gelegd worden kan worden vastgesteld wat de dekkinggraad is van de formulieren in de praktijk.

Omdat op de binnengekomen formulieren niet altijd kon worden vastgesteld van welke huisarts ze komen wordt de dekkinggraad op niveau van de pilot gepresenteerd. In de onderstaande tabel zien we van de 6 actieve pilots het aantal huisartsen dat officieel deelneemt, de looptijd van de pilot in weken tot, het aantal opgegeven GGZ verwijzingen en consultatievragen, de binnengekomen aanvraagformulieren en de dekkinggraad als percentage.

Tabel 4.1 : bepaling van de dekkinggraad van het formulier

Pilot	HA	looptijd gerapporteerde in weken GGZ verwijzingen en tot 1 dec consultatievragen	binnengekomen aanvraagformulieren	dekkinggraad %	
1	7	11	23	18	78
2	7	19	8	5	63
3	20	19	14	4	29
4	4	17	4	3	75
5	2	25	2	1	50
6	52	9*	?	57	?
Totaal	92		? (51)**	88 (31)	(60%)

* Looptijd vanaf 1 november tot begin januari

** Tussen haakjes: gebaseerd op de eerste vijf projecten

Op basis van de cijfers van de eerste vijf pilots lijkt het formulier in 60% van alle GGZ verwijzingen en consultatievragen gebruikt te worden. Met een variatie van bij 80% bij pilot 1 en nog geen 30 % bij pilot 3.

Het algemene verwijscijfers van de huisarts naar de GGZ bedraagt gemiddeld 17 verwijzingen naar de eerste lijn heeft per jaar per 1000 patiënten en nogmaals 17 per 1000 naar de tweede lijn (Meijer et al. 2004). Op basis hiervan zou men al snel één GGZ verwijzing per huisarts per week verwachten. (n.l. bij een praktijk van ongeveer 1500 patiënten is er sprake van $34 \times 1500/1000 = 51$ verwijzingen per jaar). Dus in pilot 1 zou men met 7 huisartsen in 11 weken ongeveer 77 verwijzingen verwachten. De gerapporteerde werkelijkheid bedraagt 23 verwijzingen. In de andere pilots ligt deze verhouding nog ongunstiger. Volgens deze aanname zouden in de eerste 5 pilots ongeveer 700 verwijzingen plaatsgevonden moeten hebben. Men rapporteert er 51 (7%). Ook als we ervan uitgaan dat men de formulieren alleen heeft gebruikt voor verwijzingen en consultatievragen binnen de 1^{ste} lijns GGZ is slechts in 14% van de gevallen gemeld. Er zijn redenen om aan te nemen dat de 20 huisartsen die officieel mee zouden werken aan pilot 3 niet allemaal hebben geparticipeerd. Het lijkt erop dat in de vijf groepspraktijken met in totaal 20 huisartsen die deelnamen aan pilot drie er maar één huisarts heeft meegewerkt in vier praktijken en twee huisartsen in praktijk nummer 5. Maar zelfs als we voor pilot 3 slechts de participatie van 6 huisartsen tellen, zouden we in die periode van 19 weken meer dan 110 GGZ-verwijzingen verwachten en meer dan 50 GGZ-verwijzingen in de eerstelijns in plaats van de 14 gerapporteerde en vier geregistreerde verwijzingen.

In de vragenlijst voor de huisartsen zijn een tweetal vragen gesteld over de geschatte dekkingsgraad van het formulier. Gevraagd is voor hoeveel van de GGZ verwijzingen aan ELP, AMW, SPV en 2^e lijn men naar schatting het aanvraagformulier heeft gebruikt en ook voor hoeveel consultatievragen aan de SPV'er binnen de eerste lijn en de tweedelijns GGZ.

De massale weigering om de enquête te retourneren is een indicatie voor de negatieve ontvangst van het formulier. Van de zeven huisartsen die het formulier hebben ingevuld, geven er drie aan dat ze het formulier uitsluitend voor consultatieve aanvragen bij de SPV gebruikten, twee anderen dat ze het in minder dan de helft van de verwijzingen gebruikten. In de open tekst wordt een aantal malen aangegeven dat men van mening is dat de patiënt zijn verhaal tegen de GGZ medewerker moet doen, niet de huisarts.

Interne consistentie formulierenset

De ingevulde formulieren zijn geanalyseerd op de volgende vier aspecten: volledigheid, lay-out, overlapping en diversiteit. Het beoordelen van de volledigheid waarmee de formulieren zijn ingevuld is belangrijk. Indien er systematisch bepaalde velden niet worden ingevuld dan kan dit betekenen dat deze misschien overbodig zijn. Wat betreft de lay-out van de formulieren is er gekeken is of er genoeg schrijfruimte was voor de hulpverleners en of men de juiste 'routing' door het formulier heeft gevolgd. Met overlapping wordt bedoeld of elk veld unieke informatie bevat. Als bij twee velden op één formulier meerdere malen dezelfde informatie wordt weergegeven dan kan dit betekenen dat één van deze velden in een toekomstige versie van het formulier misschien

verwijderd kan worden. De drie genoemde aspecten zullen hieronder uitgebreid besproken worden voor het aanvraagformulier en het rapportageformulier.

Volledigheid

Bij de 88 ingevulde aanvraagformulieren is gekeken hoe vaak bepaalde velden niet zijn ingevuld. De resultaten hiervan staan aangegeven in tabel 4.2.

Gemiddeld waren er 7,3 van de 18 velden niet ingevuld. Geen formulier was volledig, bij 15% misten er 1-3 velden, ook bij 15% misten er 10 –14 velden.

In het algemeen werden de gegevens van de aanvrager en de klachten van de patiënt ingevuld. De facultatieve checklist van klachten werd in 68 % van de gevallen gebruikt. Met name nadere informatie over anamnese en voorgeschiedenis, reeds ingestelde behandeling, het verloop en resultaat daarvan en verricht onderzoek werden vaker niet dan wel ingevuld.

Tabel 4.2: volledigheid van invulling van het aanvraagformulier per veld (N=88)

Velden	Aantal keer niet ingevuld
1. Gegevens aanvrager	11
2. Naam geadresseerde instelling/hulpverlener	30
3. Functie geadresseerde	57
4. Toestemming info-uitwisseling	25
5. Meerder disciplines betrokken	38
6. Procedure	22
7. Concrete vraag	27
8. Klachten	3
9. Hulpvraag	24
10. Diagnose	23
11. Tot nu toe ingestelde behandeling	50
12. Verloop/resultaat behandeling	55
13. Anamnese/voorgeschiedenis	43
14. Onderzoek	75
15. Ik blijf medebehandelaar	32
16. Nader overleg nodig	47
17. Telefonische bereikbaarheid	80
18. Checklist klachten	28

Als we op dezelfde manier naar de velden op het rapportageformulier kijken dan blijkt dat de 29 ingevulde rapportageformulieren over het algemeen redelijk compleet zijn ingevuld (tabel 4.3). Gemiddeld was anderhalf veld van de tien niet ingevuld. Acht rapportageformulieren waren zelfs volledig ingevuld tegen geen enkel aanvraagformulieren. De checklist klachten bij het rapportageformulier en de checklist hulp waren facultatief en door ongeveer de helft van de rapporteurs niet gebruikt.

Tabel 4.3: Volledigheid van invulling van het rapportageformulier per veld (N=29)

Velden	Aantal keer niet ingevuld
1. Gegevens aanvrager	0
2. Naam geadresseerde instelling/hulpverlener	8
3. Functie geadresseerde	10
4. Toestemming info-uitwisseling	4
5. Data/aantal contacten	3
6. Aanleiding rapportage	0
7. Stand van zaken klachten	2
8. Gestelde diagnose	3
9. Prognose problematiek	7
10. Advies	6

De lay-out van het formulier

De lay-out van het formulier is belangrijk. Als de formulieren niet overzichtelijk of duidelijk zijn zullen waarschijnlijk minder hulpverleners er gebruik van maken. Op zowel het aanvraag- als rapportageformulier zijn een aantal velden met open schrijfruimte. Gekeken is of hulpverleners moeite hadden om de informatie over de cliënt of patiënt in te passen in de daarvoor beschikbare schrijfruimte. Dit bleek slecht bij één aanvraagformulier en drie rapportageformulieren het geval.

Er is ook gekeken of hulpverleners de juiste diagnose invulden op basis van hun functie. De bedoeling op het formulier was namelijk dat huisartsen hun diagnose met een ICPC-code aangeven, de ELP, SPV en gedragskundige met een DSM-IV code en het AMW met de '18-problematieken'-systematiek. In de vorige paragraaf hadden we al gezien dat bij een kwart van de aanvraagformulieren helemaal geen diagnose was ingevuld. Daar waar de diagnose was ingevuld was in eenderde de gevallen geen gebruik gemaakt van de ICPC codering door huisartsen. Bij de rapportage formulieren is de diagnose door de diverse disciplines goed ingevuld.

Binnen het rapportageformulier was er ook nog een andere 'bewegwijzering', namelijk als de aanleiding voor de rapportage een verwijzing was dan moest ook het veld 'eventuele behandeling/begeleiding: aanpak' ingevuld worden. Als de aanleiding van de rapportage een door/terugverwijzing, consultvraag of consultatievraag was dan moest het veld 'eventuele behandeling/begeleiding: aanpak' niet ingevuld worden. Uit de analyse van de rapportageformulieren blijkt dat 8 van de 29 deze 'bewegwijzering' niet goed hebben gevolgd. Verbetering van de lay-out kan hier mogelijk tot een beter resultaat leiden.

Overlapping

Gekeken is of elk veld op de formulieren unieke informatie bevat. Dit was niet het geval bij een kwart van de formulieren. De meeste overlap werd veroorzaakt doordat de

aanvrager een “uitdraai” van zijn journaal op een willekeurige plek in het formulier plakte. Hier waren dan door elkaar heen diagnoses, medicatie, klachten en anamnese gegevens uit de patiëntengeschiedenis te vinden.

Waardering huisartsen

Aan alle huisartsen die minstens één formulier hebben ingestuurd binnen pilots 1-5 is een kleine enquête toegestuurd. In totaal zijn er 23 enquêtes uitgestuurd en zeven zijn er geretourneerd. In de enquête waren onder andere een aantal vragen opgenomen om de waardering van de gebruikers voor het formulier te inventariseren. De waardering voor het nieuwe formulierenset of het gebrek daaraan kan gezien worden als een goede indicator voor het mogelijke succes van de implementatie van het formulier in de toekomst.

In de enquête konden de huisartsen aangeven hoe zij het aanvraagformulier beoordeelden op een schaal van 1 tot 10 (waarbij 1 het slechtst mogelijke formulier is en 10 het best mogelijke formulier). De gemiddelde score van zes huisartsen die deze vraag hebben ingevuld is 4,5 waarbij aangetekend dient te worden dat twee huisartsen een 8 gaven. Omdat met het invullen van het aanvraagformulier voor de huisarts extra tijd gemoeid is, is aan de huisartsen gevraagd om aan te geven hoe hinderlijk zij deze extra tijdsinvestering vinden. Vier huisartsen gaven aan dit een beetje hinderlijk te vinden, één als erg hinderlijk, de overige twee hadden dit niet ingevuld.

Tot slot konden de huisartsen aangeven of ze van mening waren dat de formulieren iets toevoegen aan de kwaliteit van informatie-uitwisseling binnen de eerste lijn en met de tweedelijns GGZ. Hierop antwoordden de 5 huisartsen die deze vraag invulden met ‘ja, redelijk veel’.

Overige resultaten enquête

Behalve vragen over de waardering van het formulier zijn in de enquête ook een aantal vragen gesteld over de inhoud van de formulieren. Men kon aangeven of men vond dat er bepaalde zaken of informatie ontbrak in het aanvraag of rapportageformulier, of er velden niet duidelijk waren, of er velden overbodig waren en of er genoeg schrijfruimte was op het aanvraagformulier. De antwoorden op deze vragen staan hieronder weergegeven.

- Zaken die men aangeeft te missen in het aanvraagformulier
 - Overzichtelijkheid
 - Ordening
 - Mogelijkheid eigen verhaal te schrijven
 - Structuur in feitelijke overdracht mbt psychosociale omstandigheden en psychische symptomen
- Informatie die men mist in het rapportageformulier
 - drie van de zeven responderende huisartsen hebben nooit een rapportageformulier onder ogen gehad. De anderen hebben geen informatie gemist
- Velden die niet duidelijk zijn op het aanvraagformulier

- Voor één huisarts is het veld “gegevens aanvrager” niet duidelijk. Eén van de mogelijke “aanvragers” is een “gedragsdeskundige (niet ELP)”. Wat moet de respondent hier onder verstaan.
- Velden die niet duidelijk zijn op het rapportageformulier
 - Een respondent vindt het rapportageformulier “rommelig”.
- Velden die men overbodig vindt op het aanvraagformulier
 - Een respondent vindt de (werk)diagnose van de verwijzer overbodig
- Velden die men overbodig vindt op het rapportageformulier
 - Een respondent heeft geen behoefte aan vermelding van de stand van zaken van de klachten op het moment van rapportage en aan een eventuele toelichting op de diagnose.
- Beoordeling schrijfruimte op het aanvraagformulier
 - Een respondent vindt dat er te weinig ruimte is om de klachten en de voorgeschiedenis van de patiënt weer te geven
 - Een respondent heeft te weinig ruimte voor de voorgeschiedenis, maar vindt dat er teveel plaats is ingeruimd voor de (eventuele) toelichting op de diagnose
 - Een respondent vindt dat er te weinig ruimte is om het verloop van de al plaatsgevonden behandeling te beschrijven en te veel ruimte voor het al verrichte onderzoek

4.3 Valideringsstudie

Slechts vijf responderende artsen vulden een aanvraag formulier m.b.t. de vijf papieren patiënten in. Drie “experts” hadden dit ook gedaan. We beperken ons in onderstaand overzicht tot de voorgecodeerde rubrieken van het formulier:

Procedure: is het een verwijzing, een doorverwijzing, een verzoek om consult (= vis á vis contact met cliënt) of een verzoek om consultatie (zonder cliënt).

Concrete vraag: wil men een diagnose, een behandeladvies, een second opinion, voorlichting aan patiënt, overname behandeling of iets anders?

Diagnose: door een huisarts geformuleerd als een ICPC diagnose
 Uit de antwoorden van de experts werd een standaard afgeleid. Wanneer experts verschilden van mening werden beide mogelijke antwoorden als standaard meegenomen. In tabel 4.4. staat per arts en per papieren patiënt weergegeven of er overeenstemming was met de standaard.

Tabel 4.4. Overeenstemming met gouden standaard van vijf artsen bij vijf casus m.b.t. aangevraagde procedure, concrete vraag, diagnose en aantal ingevulde rubrieken (1 = overeenstemming, 0 = geen overeenstemming)

	Procedure	Concrete vraag	Diagnose	Aantal ingevulde rubrieken
Casus 1				15 ¹
Arts 1	1	1	0	15 (100%)
Arts 2	0	0	0	3 (20%)
Arts 3	1	1	1	13 (87%)
Arts 4	1	1	1	9 (60%)
Arts 5	1	1	0	15 (100%)
Casus 2				15
Arts 1	1	1	0	11 (73%)
Arts 2	0	0	0	1 (7%)
Arts 3	1	1	1	8 (53%)
Arts 4	1	1	1	8 (53%)
Arts 5	1	0	1	15 (100%)
Casus 3				15
Arts 1	1	0	0	13 (87%)
Arts 2	0	0	0	0 (0%)
Arts 3	1	0	1	8 (53%)
Arts 4	1	1	1	8 (53%)
Arts 5	0	0	1	15 (100%)
Casus 4				10
Arts 1	1	0	0	8 (80%)
Arts 2	0	0	0	1 (10%)
Arts 3	1	1	1	8 (80%)
Arts 4	1	1	1	6 (60%)
Arts 5	1	1	0	10 (100%)
Casus 5				15
Arts 1	0	0	0	8 (53%)
Arts 2	0	0	0	1 (7%)
Arts 4	1	0	1	9 (60%)
Arts 5	1	0	1	15 (100%)
Totaal	71%	46%	50%	

¹ Achter het casusnummer staat het aantal van toepassing zijnde rubrieken conform de gouden standaard. Dit is de noemer waarop het aantal door de artsen gebruikte rubrieken wordt gepercentageerd.

In 71% van de ingevulde formulieren was de gevraagde procedure correct ingevuld, in 46% kwam de concrete vraag van de huisarts overeen met de standaard en in 50% werd dezelfde diagnose ingevuld als door de standaard was aangewezen. In het algemeen wordt het formulier door twee van de vijf responderende artsen min of meer volledig ingevuld.

5 Inbedding van het formulier in een geautomatiseerde omgeving.

NICTIZ heeft in het kader van het formulierenproject diverse pogingen gedaan om binnen bepaalde locaties het formulier op experimentele basis in de bestaande geautomatiseerde berichten uitwisseling op te nemen. Daar is jammer genoeg weinig van terecht gekomen. De volgende regio's zijn benaderd:

Locatie	Initiatief	contactpersoon	status
Almere	Symfora	Els Eijssens	Nil
Schagen		Marcel Smits	Nil
Salland	Scoop	Annet Slijkhuis	Nil
Oldenzaal	Roset	Ria Jaspers	Nil
Nijmegen	PAC	Wil Buis	Nil
Naaldwijk	Kwadraad	Marcel Prinsen	Nil
Monster	Kwadraad	Tim 't Hoen	Nil
Leeuwarden		Dick Provoost	Nil
Den Bosch	LVG	Jacqueline Konings	Nil
Oegstgeest	DHV Rijnland	Joost de Kanter	Nil
Den Bosch	GGZ Den Bosch	Marieke van den Heuvel	Nil
Leiden	RivierenDuin	Han van Overbeeke	analyse
Bennebroek	Geestgronden	Peter Weijers	Nil
Eindhoven	GGZ Eindhoven	Carien Theijs	analyse
Utrecht	Mediportaal	Andre Dekker	loopt

Ook hier hebben de participanten één voor één afgehaakt. De redenen voor het afhaken zijn onder te brengen onder de volgende noemers:

- Aantal betrokken commerciële partijen zijn te groot. De huisartsen hebben verschillende IT leveranciers, evenals GGZ, AMW en ELP.
- De HIS leveranciers willen één generieke oplossing voor diverse typen verwijzingen en niet alleen specifiek voor de GGZ, AMW of ELP.
- Er bestaat gedeeltelijk al een koppeling op basis van Medspe. Overstap naar nieuwe formulieren wordt niet noodzakelijk geacht.
- Tijdstip van het project komt op een ongelukkig moment. Instellingen en leveranciers hebben een overvol schema met andere projecten zoals DBC, WDH etc.

Al met al is er concreet nog niets tot stand gebracht. Mediportaal zegt op eigen kracht de koppeling op hun Webportaal tot stand te hebben gebracht (UMCU/ Altrecht), maar er is al lange tijd geen contact meer.

Wel zijn Rivier en Duin en GGZ Eindhoven nog niet helemaal op een dood spoor terecht gekomen. NICTIZ gaat nu met hen verder om te kijken of wij het project alsnog van de grond kunnen krijgen.

6 Samenvatting en conclusies

Conform het onderzoeksvoorstel is door het NIZW een aanvraag- en rapportage formulier ontwikkeld om ten behoeve van verwijzingen en adviesvragen tussen huisartsen en GGZ hulpverleners en tussen GGZ hulpverleners onderling op een gestructureerde wijze informatie uit te wisselen. Door naast de basisvariant (met voornamelijk open geformuleerde hulpvragen) ook de mogelijkheid te bieden om de klachten en problemen in een voor- gestructureerde checklist aan te kruisen, zou desgewenst ook de mogelijkheid aanwezig zijn om probleemomschrijvingen van aanvrager en rapporteur met elkaar te vergelijken.

De formulieren zijn in zes veldsituaties getoetst. Ze zijn getoetst op de bereidheid van hulpverleners om de formulieren te gebruiken, op de mate waarin het formulier gebruikt werd, op de volledigheid van invullen indien het gebruikt werd, op de waardering van de gebruiker en op de mate waarin verschillende invullers een gelijk geval op gelijke wijze registreerden.

Bereidheid

De geringe bereidheid om de nieuwe formulieren te gebruiken blijkt al uit het geringe aantal praktijken dat uiteindelijk wilde participeren in de pilot. Tijdens de moeizame werving komt ook een barrière naar voren die bij toekomstige pogingen om gestandaardiseerde rapportage tot stand te brengen een rol zal spelen: men heeft altijd met meerdere partners te maken, die allen bereid moet zijn om zich binnen bepaalde afspraken te schikken. De omstandigheid dat de afgelopen jaren op verschillende manieren al geëxperimenteerd is met verwijsformulieren, die telkens net iets anders zijn heeft ook geen goed gedaan aan het experiment. En eigenlijk bestaat er, met name onder huisartsen, een soort van afkeer tegen welk keurslijf dan ook.

Mate van gebruik

De geringe bereidheid om projecten te vinden wordt verder weerspiegeld in het geringe gebruik dat van de formulieren is gemaakt, wanneer men dan meedeed. We schatten dat in minder dan tien procent van de gevallen dat er sprake is van een verwijzing of een consultatieve vraag het bedoelde formulier is gebruikt. Wanneer het gebruikt wordt, is dat vaak uitsluitend binnen één relatie (b.v. met de SPV die in het kader van een consultatief project binnen de praktijk werkzaam is; dit verklaart ook het veelvuldig ontbreken van een geadresseerde op het formulier). Er is maar heel weinig reciproque gebruik aangetroffen, waarbij een bij elkaar horend aanvraag en rapportage formulier kon worden geïdentificeerd. De helft van de op de enquête responderende huisartsen heeft nooit een rapportageformulier gezien.

Overigens is het geringe gebruik van het rapportage formulier ook te wijten aan de beperkte doorlooptijd van de pilots. Met name in Almere, waar de meeste aanvraagformulieren zijn verzameld, is de doorlooptijd nauwelijks twee maanden geweest, zodat eigenlijk alleen van de aanmeldingen van de eerste weken redelijkerwijs al een rapportage verwacht had kunnen worden.

Volledigheid

Huisartsen gebruiken alleen die rubrieken die betrekking hebben op de concrete hulp/assistentie die ze inroepen, en zelfs dat lang niet altijd. Eigenlijk vullen ze alleen de klachten van de patiënt vrijwel altijd in. In bijna 70% gebruiken ze hiervoor ook de voor gecodeerde lijst. Essentiële informatie als verlangde procedure (verwijzing, consultatie, consult) en concrete vraag (diagnose, advies, overname behandeling) ontbreekt in meer dan een kwart van de gevallen.

Achtergrondgegevens omtrent voorgeschiedenis, reeds ingezette behandeling of verricht onderzoek ontbreken vaker wel dan niet. In 91% van de gevallen vermeldt de verwijzer geen telefoonnummer waaronder hij bereikbaar is.

Oordeel

Zoals te verwachten uit het feitelijk gebruik, is het oordeel van de huisartsen over de formulieren overwegend negatief. De extreem lage respons van 30% (ondanks twee telefonische reminder belrondes en een kerstkaart) kondigt dit negatieve oordeel al aan. De meeste respondenten beoordelen het formulier (zeer) negatief. Niet dat ze de extra tijdsinvestering hinderlijk vonden: als het ingevuld werd, was dit veelal "een beetje hinderlijk". En, voor zover men respondeerde, vond men dat de formulieren "redelijk veel" toevoegden aan de kwaliteit van informatie uitwisseling in de eerste lijn. Het formulier wordt door twee respondenten onoverzichtelijk, ongeordend c.q. ongestructureerd gevonden.

Ook hier wordt weer de wens geuit om een eigen verhaal weer te kunnen geven.

Betrouwbaarheid/validiteit

Ogenschijnlijk simpele rubrieken als specificatie van hetgeen men verlangt van degene naar wie men verwijst leidt tot overeenstemming met het vignet van minder dan 50%. De ingevulde ICPC-code van de klacht stemt in de helft van de gevallen overeen met hetgeen het vignet vermeldt. Specificatie van gevraagde procedure (verwijzing, consultatie, consult) stemt in 71% van de gevallen overeen met het vignet.

Beschouwing

Samenvattend: Noch onder huisartsen, noch onder de meeste GGZ-hulpverleners, bestaat veel animo om volgens de voorgestelde handelwijze te werken. Wanneer de formulieren gebruikt worden, worden ze met name door huisartsen zeer onvolledig ingevuld. Verder worden ze zo divers ingevuld dat ook wel omschreven rubrieken als de procedure die men verlangt (een verwijzing of een consultatief advies) door verschillende artsen in

dezelfde situatie verschillend wordt ingevuld. Inpassing van het formulier in een geautomatiseerde omgeving stuit op het probleem dat men er de voorkeur aan geeft om in één keer berichtenverkeer rond alle soorten verwijzingen te regelen en niet inspanningen te doen rond één detail, zoals de GGZ-verwijzing.

Deze bevindingen staan in contrast met het succesvolle gebruik van de formulieren waarmee in de consultatieprojecten en in de diaboloprojecten de consultatieve en verwijfscontacten werden geregistreerd. In een periode van vijf jaar werden door ongeveer 120 consultatieprojecten de consultaties m.b.t. meer dan 80.000 patiënten geregistreerd, de diaboloregistratie leidde tot meer dan 3000 registraties bij ongeveer 15 projecten in een jaar.

Vastgesteld moet worden dat in beide gevallen ook sprake was van zeer grote variatie tussen praktijken c.q. projecten. Ook hierbij zal onderrapportage geweest zijn, die echter niet gemeten werd. De diaboloregistratie die zowel consultatievragen als verwijzingen zou moeten vastleggen, laat een onevenredig grote aandacht voor het contact met de SPV zien, waaruit men af zou moeten leiden dat reguliere verwijzingen naar de GGZ ook daar zijn ondervetegenwoordigd.

Een andere belangrijke verschilfactor is gelegen in het feit dat de consultatie formulieren ingevuld werden door de consultatiegever en niet door de huisarts. De consultatiegever vertegenwoordigde de subsidie verkrijgende instelling en deelname aan de registratie was een voorwaarde voor subsidiëring vanuit de consultatiegelden regeling. In het geval van de diaboloregistratie werd voorzien in een projectleider per diaboloproject, die er onder andere zorg voor droeg dat de registratieformulieren door alle participanten werden ingevuld. Ook dit heeft bijgedragen aan het slagen van deze registratie.

En last but not least: in genoemde voorbeelden (consultatieprojecten, diaboloprojecten) was het gebruik van het formulier ingebed in een geheel van samenwerkingsactiviteiten, waar het in de huidige pilots een op zichzelf staande inspanning was. Wat het overigens bij toekomstig gebruik ook vaak zal zijn.

Het is de vraag of het mislukken van de pilots aan het formulier op zich moet worden toegeschreven of aan de ingewikkelde logistiek met papieren formulieren waarvan ook een afschrift naar de onderzoekers moest gaan. Ten slotte kan men zich afvragen of de onderzoekers voldoende hun best hebben gedaan om de deelnemers bij het onderzoek te betrekken en in een later stadium "bij de les te houden".

Om met dit laatste te beginnen, er zijn in eerste instantie voldoende pilots aangemeld (in het onderzoeksvoorstel hadden we op 15 pilots met ongeveer 75 huisartsen gerekend), en zelfs na de eerste ronde afvallers bleef er voldoende over. Het ging, wat deelname betreft, pas mis toen er na verdere voorbereiding nog maar zes pilots daadwerkelijk van start konden gaan.

De deelname van de huisartspraktijken aan deze pilots is door de onderzoeker intensief gevolgd, maar dit volgen heeft zijn grenzen, al waren het maar de grenzen van de betamelijkheid. We concluderen daarom aangaande deze mogelijke oorzaak voor het falen van de pilots dat het onwaarschijnlijk is dat met een andere onderzoeksmatige begeleiding sprake geweest zou zijn van een geslaagd formulierenproject.

Dat betekent dat we moeten concluderen dat een tamelijk uitgebreid vóórgestructureerd formulier met een ingewikkelde logistiek niet gewerkt heeft. Het is niet zonder meer uit te maken wat hierbij de bijdrage van het formulier was en in hoeverre de logistiek ons parten speelde. Wel moeten we constateren dat, wanneer de huisartsen een formulier invulden (met andere woorden, de logistieke problemen overwonnen waren), dit verre van volledig was. Dit is zowel af te leiden uit de verzamelde formulieren gedurende de proefperiode als uit de formulieren die over de papieren patiënten werden ingevuld. We zouden hieruit kunnen concluderen dat het formulier te uitgebreid was om voor handmatige verwerking door doorsnee huisartsen geschikt te zijn. Wat niet wegneemt dat het formulier, bij geautomatiseerde verwerking, een veel “invullersvriendelijker” karakter zou kunnen krijgen

Immers, zowel het logistieke probleem als de volledigheid van invullen van het formulier zou voor een belangrijk deel ondervangen kunnen worden met een geautomatiseerd formulier. De meeste gevraagde informatie (m.b.t. identificatie arts, patiënt, klachten en symptomen, verricht vooronderzoek, medicatie) is al aanwezig in het HIS en zou geautomatiseerd geëxtraheerd kunnen worden. Voor zover extra informatie noodzakelijk is (b.v. procedure vraag) zou die via een verplicht scherm kunnen worden aangevinkt. Een verwijsbrief wordt op deze manier met minder inspanning produceerbaar, is min of meer per definitie volledig en past goed in de gehele systematiek van de praktijkvoering. Het betekent wel een financiële extra post die (door verzekeraars?) moet worden opgebracht. In het verleden is een vollediger participatie bewerkstelligd door projectcoördinatoren die toezagen op een volledig berichtenverkeer. Dit is in ieder geval ook een kostbare oplossing en het is de vraag of het veld zit te wachten op extra overhead functionarissen die buiten het primaire zorgproces staan.

Conclusie

Concluderend: Het ontwikkelde papieren formulier leent zich niet voor invoering in de eerstelijns GGZ omdat de logistiek rond het papieren berichtenverkeer te ingewikkeld is en omdat huisartsen weinig bereid lijken om standaard veel extra informatie in te vullen. Het loont ook niet de moeite om een ander formulier te ontwikkelen want er is een algemene weerstand tegen de vermeende rompslomp die het handmatig verwerken van een voor gestructureerd formulier met zich meebrengt.

Wil men tot een gestructureerde informatie uitwisseling tussen huisartsen en GGZ komen, dan is een financiële investering onontbeerlijk. Een investering in aanpassing van de geautomatiseerde huisartsen informatie systemen, waardoor men volgens een geautomatiseerd procédé de nodige informatie over patiënt en voorgeschiedenis genereert uit het HIS van de patiënt in kwestie, waarbij alleen de actuele hulpvraag en de gevraagde procedure door de huisarts hoeft te worden ingevuld. Wil men zich deze financiële inspanning (een taak voor de zorgverzekeraar?) getroosten, dan kan het ontwikkelde formulier als standaard en uitgangspunt dienen, en gaat de expertise, die in het formulier is neergeslagen, niet verloren. Het zou dan wel aanbeveling verdienen om in één keer het hele berichtenverkeer tussen huisartsen en andere sectoren van de gezondheidszorg (ziekenhuizen, apotheken, etc.) mee te nemen.

Daarnaast kan een routinematig gebruik van gestructureerde informatieoverdracht bevorderd worden wanneer deze overdracht op een of andere manier bewaakt wordt, zo leert ons de ervaring met Diabolo en Consultatie projecten. Zeker de wens om van de kant van de huisarts en van de kant van de GGZ-behandelaar tot identieke rapportage te komen, zodat huisartsen van de terugrapportage vanuit de GGZ kunnen leren (de wens om spiegelrapportage) is niet te vervullen wanneer een projectleider ontbreekt, die continu de beide partijen er toe aanzet om de gewenste informatie in het gewenste format te leveren.

Bijlage 1. Samenstelling van de klankbordgroep

dhr. C. Boer, Diaboloproject

mw. C. Buiting, Nederlands Huisarts Genootschap

dhr. P.J. Feenstra, adviseur Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen

mw. C. v.d. Feltz-Cornelis, Trimbos Instituut

dhr. F. de Kok, GGZ Nederland

mw. J. Konings, Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijns

mw. v.d. Lee, MO-groep

dhr. M.Tan, NICTIZ

Bijlage 2. Aanvraag formulier

interdisciplinair aanvraagformulier GGZ problematiek

Datum aanvraag

ID nummer



Gegevens aanvrager

Gegevens cliënt

Naam hulpverlener

Functie

A huisarts

B ELP SPV psychiater gedragsdeskundige [niet ELP]

C AMW

Adres Straat / huisnr.
PC / Plaats

Telefoonnr. / fax

E-mailadres

Naam cliënt

man vrouw

Adres Straat / huisnr.
PC / Plaats

Telefoonnr.

Geboortedatum

Verzekering (naam en polisnr.)

Huisarts

Naam geadresseerde instelling / hulpverlener

Functie geadresseerde

Toestemming cliënt informatie-uitwisseling nee ja

Meerdere disciplines betrokken bij problematiek

onbekend nee ja, namelijk:

Vraag

Procedure verwijzing door- / terugverwijzing consult [vis à vis contact cliënt] consultatie [zonder vis à vis contact cliënt]

Concrete vraag diagnose behandeladvies [waaronder medicatie] second opinion over:
 voorlichting aan cliënt overname behandeling anders, namelijk:

Klacht, hulpvraag cliënt

Klachten

Hulpvraag

checklist klachten op tweede blad is ingevuld [facultatief] nee ja

Werkdiagnose/ probleemomschrijving, behandeling, resultaat

[Werk]diagnose **A** ICPC code: omschrijving:

probleemomschrijving **B** DSM code: omschrijving:

C problematiek AMW, namelijk:

Eventuele toelichting bij diagnose

Tot nog toe ingestelde behandeling

Verloop/ resultaat behandeling

Anamnese, voorgeschiedenis, onderzoek

Anamnese/ voorgeschiedenis

Onderzoek

Ik blijf medebehandelbaar nee ja, ten aanzien van:

Nader overleg nodig nee ja, ten aanzien van:

Telefonische bereikbaarheid ma di wo do vrij tussen: en: uur, op nummer:

Met vriendelijke groet,

Checklist klachten [t.b.v. spiegelinformatie tussen disciplines]

Welke psychosociale omstandigheden spelen bij de cliënt een rol?
(meer antwoorden mogelijk)

Arbeids- en werk-/opleidingsproblemen:

- 01. werkloos
- 02. financiële problemen
- 03. huisvestingsproblemen
- 04. opleidingsproblemen
- 05. problemen op het werk
- 06. juridische problemen
- 07. toegang maatschappelijke voorzieningen

Problemen met gezondheid (szorg):

- 08. problemen acceptatie som. ziekte
- 09. verslaving in familie/gezin
- 10. vroeger lichamelijk/seksueel misbruik
- 11. recent lichamelijk/seksueel misbruik
- 12. ziekte gezin/familiekring

Relationele problemen:

- 13. huwelijks-/partnerrelatieproblemen
- 14. (echt)scheiding/verlating
- 15. problemen ouders/kinderen
- 16. problemen familie, kennissen, burens
- 17. tekort sociale contacten/isolement

Identiteits- en zingevingsvraagstukken

- 18. problemen met assertiviteit
- 19. gevoel van eigenwaarde
- 20. levensfase problemen
- 21. verwerkingsproblematiek (rouw, trauma)
- 22. emotioneel misbruik
- 23. religieus probleem
- 24. probleem (multi)culturele aanpassing

25.

- 25. taalbarrière

Welke psychosociale omstandigheden constateert u bij de cliënt?
(meer antwoorden mogelijk)

Stoornissen van cognities en gedrag:

- 26. verstandelijke handicap
- 27. amnestische klachten
- 28. impulsbeheersingsklachten
- 29. aanpassingsstoornis
- 30. aandachts-/concentratieprobleem
- 31. somatoforme klachten
- 32. seksuele problemen
- 33. eetproblemen
- 34. slaapklachten
- 35. alcoholmisbruik of -verslaving
- 36. ander middelengebruik

Spannings- en angstklachten:

- 37. stress- en surmenage (belastings) klachten
- 38. posttraumatische stressklachten
- 39. angstklachten
- 40. panieklachten
- 41. fobische klachten
- 42. dwanggedachten en/of -handelingen
-

Stemmings- en waarnemingsklachten:

- 43. depressieve klachten
- 44. bipolaire klachten
- 45. psychotische klachten
- 46. klachten van schizofrene aard
- 47. dissociatieve klachten

Persoonlijkheidsproblemen:

- 48. paranoïde trekken
- 49. borderline trekken
- 50. narcistische trekken
- 51. dwangmatige trekken
- 53. vermijdende trekken
- 54. theatrale trekken
- 55. antisociale trekken
- 56. identiteitsproblemen

- 57. andere psychische/psychiatrische klachten nl.:

Bijlage 3. Rapportage formulier

Interdisciplinair rapportageformulier GGZ problematiek

Datum aanvraag

ID nummer

R

Gegevens rapporteur

Gegevens cliënt

Naam hulpverlener

Functie

A huisarts

B ELP SPV psychiater gedragsdeskundige [niet ELP]

C AMW

Adres Straat / huisnr.

PC / Plaats

Telefoonnr. / fax

E-mailadres

Naam cliënt

man vrouw

Adres Straat / huisnr.

PC / Plaats

Telefoonnr.

Geboortedatum

Verzekering [naam en polisnr]

Huisarts

Naam geadresseerde instelling / hulpverlener

Functie geadresseerde

Toestemming cliënt informatie-uitwisseling nee ja

Datum aanmelding

Datum eerste afspraak

Datum laatste afspraak

Aantal contacten

Aanleiding rapportage

Rapportage n.a.v.: verwijzing* door- / terugverwijzing consultvraag [vis à vis contact cliënt] consultatievraag [zonder vis à vis contact cliënt]

naar:

reden:

bij start behandeling tussentijds bij einde behandeling

cliënt ziet af van verdere behandeling. Reden:

* Vult u ook "Eventuele behandeling / begeleiding: aanpak" in svp

Stand van zaken klachten

Klachten op dit moment

checklist klachten op tweede blad is ingevuld [facultatief] nee ja

Diagnose

Gestelde diagnose probleemomschrijving

A ICP code: omschrijving:

B DSM code: omschrijving:

C problematiek AMW, namelijk:

Eventuele toelichting op diagnose

Prognose problematiek

Alleen in te vullen bij rapportage n.a.v. verwijzing

Eventuele behandeling / begeleiding: aanpak

Type te bieden/ geboden hulp

overzicht hulp op tweede blad is ingevuld [facultatief] nee ja

Doel hulp

Voortgang/ resultaat hulp

Advies

[Behandel]advies/ nazorg [waaronder medicatie]

Nader overleg nodig nee ja, ten aanzien van:

Telefonische bereikbaarheid ma di wo do vrij tussen: en: uur, op nummer:

Met vriendelijke groet,

hecklist klachten [t.b.v. spiegelinformatie tussen disciplines]

Welke psychosociale omstandigheden spelen bij de cliënt een rol?
(meer antwoorden mogelijk)

Arbeids- en werk-/opleidingsproblemen:

- 01. werkloos
- 02. financiële problemen
- 03. huisvestingsproblemen
- 04. opleidingsproblemen
- 05. problemen op het werk
- 06. juridische problemen
- 07. toegang maatschappelijke voorzieningen

Problemen met gezondheid(szorg):

- 08. problemen acceptatie som. ziekte
- 09. verslaving in familie/gezin
- 10. vroeger lichamelijk/seksueel misbruik
- 11. recent lichamelijk/seksueel misbruik
- 12. ziekte gezin/familiekring

Relationele problemen:

- 13. huwelijks-/partnerrelatieproblemen
- 14. (echt)scheiding/verlating
- 15. problemen ouders/kinderen
- 16. problemen familie, kennissen, burens
- 17. tekort sociale contacten/isolement

Identiteits- en zingevingsvraagstukken

- 18. problemen met assertiviteit
- 19. gevoel van eigenwaarde
- 20. levensfase problemen
- 21. verwerkingsproblematiek (rouw, trauma)
- 22. emotioneel misbruik
- 23. religieus probleem
- 24. probleem (multi)culturele aanpassing

- 25. taalbarrière

Welke psychosociale omstandigheden constateert u bij de cliënt?
(meer antwoorden mogelijk)

Stoornissen van cognities en gedrag:

- 26. verstandelijke handicap
- 27. amnestische klachten
- 28. impulsbeheersingsklachten
- 29. aanpassingsstoornis
- 30. aandachts-/concentratieprobleem
- 31. somatoforme klachten
- 32. seksuele problemen
- 33. eetproblemen
- 34. slaapklachten
- 35. alcoholmisbruik of -verslaving
- 36. ander middelengebruik

Spannings- en angstklachten:

- 37. stress- en surmenage (belastings) klachten
- 38. posttraumatische stressklachten
- 39. angstklachten
- 40. panieklachten
- 41. fobische klachten
- 42. dwanggedachten en/of -handelingen
-

Stemmings- en waarnemingsklachten:

- 43. depressieve klachten
- 44. bipolaire klachten
- 45. psychotische klachten
- 46. klachten van schizofrene aard
- 47. dissociatieve klachten

Persoonlijkheidsproblemen:

- 48. paranoïde trekken
- 49. borderline trekken
- 50. narcistische trekken
- 51. dwangmatige trekken
- 53. vermijdende trekken
- 54. theatrale trekken
- 55. antisociale trekken
- 56. identiteitsproblemen

- 57. andere psychische/psychiatrische klachten nl.:

Verzicht hulp

Doel:

- psycho-educatieve activiteit/cursus
- praktische ondersteuning/info/advies
- begeleiding
- therapeutisch
- opname
- medicatie
- anders, namelijk:

Setting:

- Individueel
- partnerrelatie
- gezin
- groep
- omgeving/sociaal netwerk
- anders, namelijk:

Bijlage 4 Specificatie van de redenen waarom potentiële pilots afvielen

Van de 20 projecten/partijen die interesse hadden getoond in deelname zijn er in de beginfase zeven afgevallen.

- Twee projecten hadden gereageerd op een oproep in de nieuwsbrief Tussen de Lijnen. Het ging om een netwerk van algemeen maatschappelijk werk, huisartsen en ambulante en klinische GGZ voor veteranenzorg en een cliëntenbond in Noord-Nederland. Zij reageerden met een vraag om meer informatie over de pilot en de formulierset. Nadat dit was toegezonden is er niets meer vernomen van bovenstaande partijen.
- Via de landelijke projectleider van Diabolo projecten waren er twee bestaande Diabolo projecten naar voren getreden die interesse hadden in deelname. Vervolgens is ook weer via de landelijk projectleider aan ons vermeld dat de projecten toch van deelname afzien. Motief: na het wegvallen van de ondersteuning via de diabolosubsidie was het project logistiek niet meer te regelen. **(check Cees B)**
- Hetzelfde is voorgevallen met een consultatieproject en een korte lijnen project. Zij hadden aan de landelijk projectleider van Tussen de Lijnen laten weten interesse te hebben. De landelijk projectleider heeft deze projecten voorzien van informatie over de pilot en een e-mail adres en telefoonnummer van het Nivel maar is vervolgens niets meer vernomen van deze projecten.
- Naar aanleiding van een vraag van een Riagg over communicatie en informatieoverdracht tussen eerste en tweede lijn aan het Steunpunt Tussen de Lijnen is deze medewerker benadert voor deelname aan de pilot van de formulierset. Na een initiële positieve reactie en de mededeling dat deelname binnenkort besproken zou worden binnen de organisatie is er niets meer vernomen. Ook op twee herinneringen is geen reactie gekomen .

Met de 13 projecten/partijen die nog waren overbleven na de eerste fase, waarin ze informatie over de inhoud en duur van de testfase hadden ontvangen, is verder overlegd over de opzet en uitvoering van de pilot. In deze fase vielen er nogmaals zeven af om verschillende redenen die hieronder in meer detail beschreven staan.

- Een GGZ organisatie in het zuiden van het land had via de projectleider van Korte Lijnen aangegeven geïnteresseerd te zijn in deelname. Na overleg binnen de organisatie heeft men besloten om niet deel te nemen aan de pilot omdat men het samenwerkingsverband niet willen belasten met een nieuw formulierenet. In een mailtje werd het als volgt verwoord: “Na overleg in de regio wil ik u laten weten dat wij besloten hebben ons niet aan te melden als pilot regio voor de nieuwe formulierenet. De reden is dat we in de bestaande samenwerkingsverbanden al heel veel geïnvesteerd hebben en daar nog mee bezig zijn om tot een goede papieren verwijs- en consultatiestroom te komen. We willen onze professionals niet ontmoedigen om met al weer een nieuwe set aan te komen (ook al verschilt die niet voor alle partijen zoveel van de huidige). Maar ook de administratieve verwerking van de gegevens kan niet veel veranderingen

verdragen momenteel”.

- Een psychologen praktijk wil graag deelnemen aan de pilot van het formulier. Om het formulier goed te kunnen testen in de praktijk is medewerking van het netwerk van huisartsen rondom de psychologenpraktijk een voorwaarde. De psychologenpraktijk voorziet het Nivel van de adressen en telefoonnummers van alle huisartsen in de omgeving die consultatie vragen aan en verwijzen naar de betreffende praktijk. Deze huisartsen worden telefonische benaderd. Dit houdt in de praktijk in dat er bij de huisartsassistent een boodschap is achtergelaten die zij weer door moeten geven aan de huisartsen. Na een tweede belronde bood een huisarts aan het voorstel te bespreken in de eerstvolgende Hagro vergadering waar alle huisartsen uit de regio aan deelnemen. Het onderwerp van deelname aan de pilot van het formulierenproject komt pas drie vergaderingen (= zes weken) later op de agenda in verband met de dan plaatsvindende huisartsstakingen. In deze vergadering besluit men uiteindelijk niet deel te nemen aan de pilot vanwege de extra inspanning die het zal vergen van de huisartsen. Uiteindelijk is de betreffende psychologenpraktijk geïnformeerd dat deelname niet mogelijk is zonder de medewerking van de huisartsen.
- Een psychiatrisch advies centrum geeft aan interesse te hebben in deelname aan de pilot . Na het bekijken van de formulieren die men goed en overzichtelijk vindt, zijn er nog wat vragen over de uitvoering van de pilot. Men heeft moeite met het feit dat een aantal van de velden op het formulier niet van toepassing zijn voor het adviescentrum in kwestie en vraagt of deze velden verwijderd kunnen worden. Aangezien het om papieren ‘standaard’ formulieren gaat is het niet mogelijk om bepaalde velden te verwijderen. Het psychiatrisch advies centrum had gehoopt dat het om een elektronische pilot zou gaan waarin eventueel velden verwijderd konden worden daarom besluit om niet deel te nemen aan de pilot.
- Eén eerstelijns psycholoog heeft via de focusgroep te kennen gegeven graag mee te willen doen. Hij heeft ook de huisartsen waarvan hij regelmatig verwijzingen krijgt geïnformeerd. Voorwaarde is wel dat hij de formulieren in kan passen in zijn geautomatiseerde systeem. Naar aanleiding van deze vraag is er overleg gevoerd met Nictiz die verantwoordelijk is voor het automatiseringproject van de formulierset. Nictiz streeft naar volledige integratie van het formulier in het elektronische berichtenverkeer en kan geen medewerking verlenen aan eventuele elektronische tussenvormen van de formulierset. Door de andere projectcommissieleden van het onderzoek is uiteindelijk besloten om toch een elektronische versie te maken van het formulier. Dit was alleen mogelijk in een bepaald format dat niet inpasbaar bleek in automatiseringssysteem van de betreffende eerstelijns psycholoog.
- Een medisch centrum bestaande uit zes huisartsen gaf aan mee te willen werken aan de pilot. Tijdens het eerstvolgende overleg met het gehele samenwerkingsverband waar het betreffende medisch centrum bij hoort zijn de formulieren besproken. De eerstelijnspsycholoog, algemeen maatschappelijk werk en de SPV'er kunnen zich niet vinden in het formulier. Zoals blijkt uit onderstaand mailtje van een huisarts van het medisch centrum:
“Te uitgebreid: reactie van m.n. eerstelijnspsycholoog: huidige registratie van ELP verloopt zonder DSM-IV codering. Het driedubbel

coderen (eigen codering, DSM-IV coderen en checklistcodering) levert veel werk op.

Onpraktisch: reactie van het maatschappelijk werk en SPV'er: formulier biedt te weinig ruimte voor behandelingsnotities, het is duidelijk vooral gericht op registratie t.b.v. dataverzameling en houdt te weinig rekening met de behoeften van de behandelaar".

Ondanks deze reactie hebben de huisartsen van het medisch centrum de GGZ-partijen nogmaals benaderd met het verzoek of ze hun besluit wilden heroverwegen. Dit was niet het geval.

- Een nieuw opstartend samenwerkingsverband tussen huisartsen, SPV'er, ELP'er en AMW in het oosten van het land werd door de coördinator van de eerstelijnszorg in de betreffende regio aangemerkt als mogelijke pilot. Na overleg tussen de deelnemers van het nieuwe samenwerkingsverband en de coördinator van de eerstelijnszorg in de regio bleek dat de samenwerking nog te pril was om het formulier te introduceren.
- Een bestaand samenwerkingsverband ook tussen huisartsen, SPV'er, ELP'er en AMW werd door dezelfde coördinator ook aangemerkt als mogelijke pilot. Eén van de zes betrokken huisartsen was absoluut niet bereid mee werken. Voor het samenwerkingsverband was het een voorwaarde dat iedereen mee moest werken.

Na deze tweede fase waren er nog zes projecten over die mee wilden werken. De opstartfase van de pilots verliep over het algemeen genomen vrij moeizaam. In het onderstaande wordt de opstartfase van de zes projecten in grote lijnen beschreven.

- Een samenwerkingsverband van circa 8 gezondheidscentra wilde graag gebruik maken van het formulier en meedoen aan de pilot. De communicatie verliep via één coördinator werkzaam bij de zorggroep in de regio. In mei is zij begonnen met het benaderen van alle betreffende huisartsen, het AMW en de tweede lijn. De huisartsen wilden de formulieren graag digitaal en bij voorkeur ingebed in hun geautomatiseerd systeem. Verwijzingen gebeuren nu ook digitaal en papieren formulieren zou voor hen als het ware een stapje terug zijn. Besloten is daarom dat de formulieren 'ingebouwd' moeten worden in het huidige digitale verwijsbrieven van de huisartsen. Dit proces kost tijd. In september wordt het plan van het aangepaste digitale verwijsformulier alsnog afgekeurd door de applicatiecommissie. Een nieuw plan wordt opgestart waarin de betreffende Zorggroep in samenwerking met het EMGO een evaluatieonderzoek gaat uitvoeren naar de versterking van de eerste lijn. In het kader van dit onderzoek zullen een vijftal gezondheidscentra met de formulieren gaan werken en het Nivel zal kopieën ontvangen van deze formulieren. De geplande start van het project viel rond 1 november zodat het Nivel twee maanden kon oogsten van de gebruikte formulieren .
- Een Diabolo project specifiek gericht op jongeren van 0 tot 23 jaar wil graag meedoen. Het gaat om zo'n 50 huisartsen, AMW, GGD, Riagg en 2e lijn. Er wordt afgesproken met betrokken coördinator dat het formulier gebruikt zal worden bij alle patiënten en niet alleen bij jongeren. De coördinator wil de formulierset introduceren in kader van het grotere project jeugdzorg. Er moet

daarom gewacht worden op de rapportage over dit project want hierin zullen de formulieren geïntroduceerd worden als de 'nieuwe' manier van verwijzen. De rapportage loopt een paar maanden vertraging op en daardoor ook de start van de pilot. Als de rapportage uiteindelijk gereed en verspreid is, is het augustus. Bijna alle betrokken hulpverleners zijn dan op vakantie. In september zijn de formulieren uiteindelijk verspreid bij vijf huisartspraktijken (zo'n 20 huisartsen).

- Een ander Diaboloproject wordt wat later in het traject aangemeld als mogelijke pilot. De betreffende coördinator heeft de pilot besproken tijdens een maandelijkse vergadering met de betrokken partijen. Men gaat akkoord. Ondanks dat de pilot in juli geïmplementeerd is, begint men pas in september, na de zomervakantie, met het echte gebruik van de formulierset.
- Een gezondheidscentrum in het Westen van het land waar ook een diaboloproject loopt heeft ook interesse in het formulier. De coördinator ter plekke overlegt het plan eerst met het management. Nadat deze akkoord is gegaan wordt het plan voorgelegd aan de 7 huisartsen en het GGZ-team bestaande uit één ELP'er, één SPV'er en het AMW tijdens hun maandelijkse overleg. Iedereen gaat in principe akkoord behalve de SPV'er. De betreffende coördinator wil de pilot niet doorzetten als niet iedereen er achter staat. Uiteindelijk wordt de SPV'er overgehaald om mee te doen. Na overleg tussen het GGZ-team, de coördinator en het NIVEL wordt besloten om een poging te ondernemen de 2^{de} lijns GGZ in de regio actief te betrekken bij de pilot. In eerste instantie reageert het intake team van de betreffende GGZ instelling zeer positief. Zij meldt 2 weken later dat het intake team toch niet meewerkt vanwege het extra werk dat het formulier met zich meebrengt. Het formulier wordt in september geïntroduceerd binnen het gezondheidscentrum tijdens een maandelijkse lunchbijeenkomst van de huisartsen.
- Een gezondheidscentrum in de Randstad reageerde geïnteresseerd op de oproep die in de NIZW nieuwsbrief had gestaan. Het bleek om een samenwerkingsproject tussen AMW, 6 huisartsen en één ELP te gaan. De coördinator binnen het centrum had wat tijd nodig om iedereen te informeren en bij elkaar te krijgen. Uiteindelijk ging bijna iedereen, één huisarts wilde niet meewerken, akkoord en zijn de formulieren geïntroduceerd binnen het gezondheidscentrum.
- Een huisartspraktijk uit een kleine gemeente in het Oosten van het land had zich via de focusgroep als één van de eerste deelnemers aangemeld. Omdat het maar om één huisartsenpraktijk ging is een poging ondernomen, via de coördinator van een lopende Tussen de Lijnen project in regio, om meerdere huisartsen te betrekken bij de pilot. De huisartsen waren niet geïnteresseerd. In juni is het formulier bij de betreffende huisartsenpraktijk geïntroduceerd. De samenwerkingspartners (AMW, SPV, ELP en 2^{de} lijn) zijn zover mogelijk op de hoogte gesteld van het project en verzocht gebruik te maken van de rapportageformulieren indien zij een patiënt van de betreffende huisarts met een aanvraagformulieren zagen.

