

NHG-RICHTLIJN INFORMATIE- UITWISSELING HUISARTS - TWEEDELIJNS GGZ



nederlands huisartsen
genootschap

in samenwerking met:

Betere zorg
door betere informatie



NHG-RICHTLIJN INFORMATIE- UITWISSELING HUISARTS - TWEDELIJNS GGZ



nederlands huisartsen
genootschap

© november 2011
Nederlands Huisartsen Genootschap
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
www.nhg.org

*Carinke Buiting, Peter Rijnerse, NHG
Maarten Oosterkamp, GGZ Nederland
c.buiting@nhg.org*

in samenwerking met:

Betere zorg
door betere informatie



De 'NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts - tweedelijns GGZ' is tot stand gekomen in samenwerking met een werkgroep bestaande uit huisartsen en GGZ-medewerkers:

Gré van Gelderen, huisarts; Liesbeth van Londen, psychiater; Peter den Boer, psychiater; Arjon Glazenburg, psychiater; Maarten Jacobs, huisarts; Michael Milo, GZ-psycholoog; Adriaan Timmers, huisarts.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van fotokopie, microfilm, druk of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NHG.

Inhoud

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
1.1 Doel van de richtlijn	7
1.2 Afbakening	8
1.3 Beheer van de richtlijn	8
1.4 Gerelateerde documenten	8
2 Momenten van informatie-uitwisseling	9
2.1 Logische momenten in het zorgproces voor informatie-uitwisseling	9
2.2 Verschillende sjablonen voor verschillende zorgmomenten	10
3 Vorm van informatie-uitwisseling	11
3.1 Vaste indeling: envelop – kern – bijlage	11
3.2 Rubrieken	12
4 Informatie van huisarts naar de GGZ: Verwijsbrief; Professionele samenvatting en het wederzijds bericht Wijziging somatiek/therapie/controles	13
4.1 Rubrieken in: de Verwijsbrief	13
4.2 Rubrieken in: Professionele samenvatting voor de GGZ	18
4.3 Rubrieken in: Wijziging somatiek/therapie/controles	18
4.4 Overzicht rubrieken in de berichten van de huisarts	21
5 Informatie van GGZ naar huisarts: Kennisgeving patiënt heeft afspraak; Bericht na intake; Kennisgeving overdracht behandeling; Bericht voortgang; Bericht einde behandeling; wederzijds bericht Wijziging somatiek/therapie/controles	22
5.1 Rubrieken in: Kennisgeving patiënt heeft afspraak	22
5.2 Rubrieken in: Bericht na intake	23
5.3 Rubrieken in: Kennisgeving overdracht behandeling	26
5.4 Rubrieken in: Bericht einde behandeling/Bericht voortgang	26
5.5 Rubrieken in: Wijziging somatiek/therapie/controles	30
5.6 Overzicht rubrieken in de berichten van de GGZ	32
6 Implementatie bij de huisarts	33
6.1 Ondersteuning vanuit het HIS	33
6.2 Instructie huisarts	33
6.3 Instructie per rubriek	33
7 Implementatie bij de GGZ	36
Bijlage A: wijze van verzenden, beveiliging	37
Bijlage B: ontwikkelingen	38
Bijlage C: use-cases	40

Voorwoord

Continuïteit van zorg vergt dat elke zorgverlener beschikt over informatie op maat over de patiënt. Er bestaat daarvoor al sinds 2000 een richtlijn voor informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen (NHG-Richtlijn HASP). Deze wordt veelvuldig gebruikt door huisartsen en ook steeds vaker door specialisten. Al jaren is er behoefte aan een specifieke aanvulling voor informatie-uitwisseling tussen huisarts en de tweedelijns GGZ.

Een goede informatie-uitwisseling tussen huisarts en de tweedelijns GGZ luistert extra nauw vanwege de precaire en vaak complexe problematiek van cliënten. De behandeling in de tweedelijns GGZ is vaak langdurig. Maar als zich daarbij diabetes ontwikkelt, wie doet dan de controles? En wie controleert de labwaarden bij langdurige therapie met psychofarmaca? Hoe houd je als zorgverleners zicht op de patiënt die shopt tussen de verschillende instellingen en niet komt opdagen op afspraken? De huidige manier van verwijzen en rapporteren schiet veelal tekort. Niet weten wat de ander aan informatie nodig heeft speelt daarbij een belangrijke rol. Bovendien is er sprake van defaitisme: het is niet anders dan dat je moet werken met onvolledige informatie.

Deze richtlijn kan wellicht niet direct geheel worden geïmplementeerd, maar biedt wel inzicht in de informatie die de betrokkenen op elk moment nodig hebben. De richtlijn biedt daarbij de uniformiteit en details die nodig zijn voor geautomatiseerde ondersteuning van het proces. Informatietechnologie kan dan het proces ondersteunen en overzicht bieden op de behandeling van patiënten met psychiatrische problematiek. Leveranciers die vooroplopen kunnen veel realiseren!

De richtlijn wordt door alle betrokken partijen gezien als een belangrijke eerste stap in betere informatievoorziening rond de patiënt met psychiatrische problematiek. Het is de basis voor verdere uitwerking naar bijvoorbeeld de eerstelijns psycholoog en deelgebieden met een meer specifieke informatiebehoefte zoals verslavingszorg en kinder- en jeugdpsychiatrie.

Deze richtlijn is tot stand gekomen in samenwerking tussen NHG, GGZ Nederland en Nictiz. Dat betekent dat de richtlijn niet alleen aansluit bij de eisen die de beroepsgroepen stellen, maar ook bij de landelijke ontwikkelingen rond IT en informatie-uitwisseling in de zorg in Nederland.

1 Inleiding

1.1 Doel van de richtlijn

Het doel van deze richtlijn is het vastleggen van de momenten waarop huisarts en GGZ¹ informatie uitwisselen, en om welke gegevens het gaat. Daarnaast biedt de richtlijn houvast aan leveranciers van IT-producten en -diensten voor huisartsen en GGZ.

Een achterliggende wens bij deze richtlijn is dat elke verzender snel een brief (of bericht²) kan opstellen waarbij hij erop kan vertrouwen dat die aansluit bij de wensen van de ontvanger.

Met de richtlijn in de hand kunnen huisarts en GGZ-instelling een informatiesysteem (XIS) selecteren dat de richtlijn goed ondersteunt. Soms is een verwijsapplicatie in de regio beschikbaar die de richtlijn ondersteunt. De applicatie beschikt dan over de juiste sjablonen voor de berichten en zorgt deels voor de vulling ervan. Tijdens of na het consult rondt de zorgverlener, eventueel met de richtlijn in de hand, het bericht af. De applicatie verzendt het bericht elektronisch. Het bericht kan ook als brief worden uitgeprint en meegegeven aan de patiënt.

Deze richtlijn is gemaakt door NHG, GGZ Nederland en Nictiz. Bijlage B schetst enkele recente ontwikkelingen bij de drie partijen in het kader van de totstandkoming van het landelijk EPD. Bijlage C beschrijft in zogenaamde *scenario's* de casuïstiek die model heeft gestaan voor de inrichting van deze communicatie. Deze casuïstiek heeft zeker ook waarde bij de implementatie van deze richtlijn!

¹ De richtlijn spreekt van 'de GGZ'. Berichten kunnen worden opgesteld door verschillende medewerkers binnen de GGZ, eindverantwoordelijke is altijd de hoofdbehandelaar.

² Met de term 'bericht' sluiten we aan bij landelijke ontwikkelingen waarbij een brief steeds vaker wordt verzonden als elektronisch 'bericht'.

1.2 Afbakening

Deze richtlijn voor de informatie-uitwisseling tussen huisarts en tweedelijns GGZ richt zich op de communicatie tussen de huisarts enerzijds en de GGZ-psychiater en medewerkers die onder diens verantwoordelijkheid werken anderzijds. Bovendien betreft de richtlijn communicatie rond volwassenen en ouderen. De reden voor deze dubbele inperking van de scope is dat zorg die daarbuiten valt een aantal specifieke eisen kent die (nog) niet door de richtlijn worden gedekt³.

In afwachting van een uitbreiding van deze richtlijn kan de richtlijn, met inachtneming van genoemde beperkingen, in een breder gebied van de GGZ al worden toegepast.

1.3 Beheer van de richtlijn

Het NHG en GGZ Nederland zijn overeengekomen dat het NHG deze richtlijn en bijbehorende tabellen beheert. Eventuele aanpassingen worden gedaan bij wederzijdse overeenstemming. Voorstellen tot aanpassing kunnen worden geadresseerd aan het NHG (c.buiting@nhg.org). De laatste versie van de richtlijn is beschikbaar als download op de sites van GGZ-N, Nictiz en NHG. Op de site van NHG is een overzicht van versies en wijzigingen beschikbaar.

1.4 Gerelateerde documenten

- NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen (HASP) 2008.
- Referentiemodel EPD GGZ 2008.

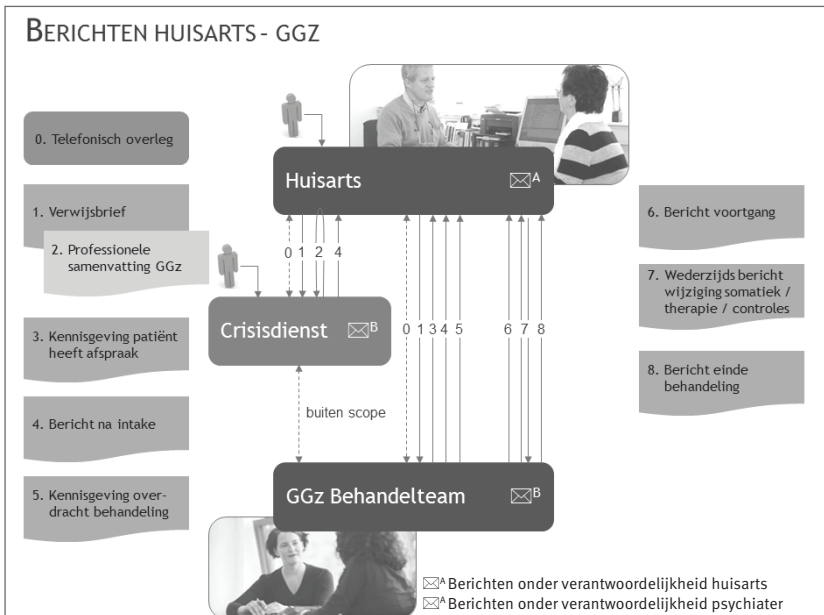
³ Voor kinderen betreft dit specifieke eisen aan de berichtgeving vanuit het zich ontwikkelende kind en het toenemende zelfbeschikkingsrecht met het stijgen van de leeftijd. Voor beroepsverleners in de GGZ die optreden als hoofdbehandelaar betreft het de afstemming over somatische zaken en medicatie die afwijkend kan zijn van wat in de richtlijn is beschreven. Verslavingszorg kent mogelijk ook specifieke eisen aan de berichtgeving.

2 Momenten van informatie-uitwisseling

2.1 Logische momenten in het zorgproces voor informatie-uitwisseling

Als we kijken naar de samenwerking tussen huisarts en GGZ als de patiënt onder behandeling komt bij de GGZ, dan is duidelijk dat beide partijen behoefte hebben aan gerichte informatie op het juiste moment. Soms is dat uitgebreide informatie, soms een kort berichtje.

Het blijkt in de praktijk goed mogelijk om momenten in het zorgproces aan te wijzen waarop even moet worden stilgestaan bij de informatiebehoefte aan de andere kant. Figuur 1 geeft het overzicht van al die momenten. Vanzelfsprekend komen die niet altijd bij elke patiënt aan de orde.



Figuur 1 - Informatiemomenten

Toelichting informatiemomenten:

- Verwijzing van huisarts naar GGZ: De huisarts stuurt een verwijsbrief (verwijsbericht) naar de GGZ (1) als hij een patiënt verwijst.
- Bij direct contact tussen patiënt en GGZ zonder tussenkomst van de huisarts,

bijvoorbeeld bij een acute crisissituatie buiten kantooruren, moet de GGZ kunnen beschikken over een 'professionele samenvatting' van het dossier van de huisarts zoals dat ook in de NAW-uren op de huisartsenpost beschikbaar is (2)⁴.

- De GGZ stuurt de huisarts een bericht met de bevestiging dat de intake-afspraken met patiënt is gemaakt (3).
- Na afronding van de intake stuurt de GGZ een bericht aan de huisarts (4).
- Een kennisgeving overdracht behandeling wordt verstuurd bij wijziging van behandelaar of overgang van poliklinische naar klinische behandeling en vice versa (5). Tijdens een behandeling met een langdurig karakter stuurt de GGZ ten minste eenmaal per jaar een bericht over de voortgang (6).
- Daarnaast is er een kort bericht voor tussentijdse relevante wijzigingen (complicaties van de behandeling, nieuwe diagnoses en relevante medicatiewijzigingen). Dit bericht gebruiken de GGZ en de huisarts om elkaar te informeren over relevante wijzigingen en om afspraken vast te leggen over de taakverdeling bij verdere behandeling en controle. Vooral rond het gebruik en de bijwerkingen van medicatie (wederzijds bericht wijziging somatiek/therapie/controles) (7).
- Na afloop van de behandeling stuurt de GGZ een bericht einde behandeling (ontslagbrief) (8).

2.2 Verschillende sjablonen voor verschillende zorgmomenten

Elk zorgmoment vraagt zoals aangegeven om gerichte informatie. Het is daarbij van belang niet te veel informatie te sturen. Zie hoofdstuk 4 en 5 voor precieze beschrijving van zorgmomenten, type bericht en bijbehorende informatie.

⁴ In de crisisinterventie GGZ wordt informatie over psychiatrisch heden en verleden uit het HIS noodzakelijk geacht voor optimale zorg; hetzelfde geldt voor informatie over actuele somatische problematiek uit het HIS. Deze richtlijn eGGZ beschrijft functioneel de informatie die noodzakelijk wordt geacht voor de crisisinterventie GGZ en hoe dit zich als pull informatie verhoudt tot de overige (push-)communicatie in eGGZ. Voor implementatie van dit specifieke GGZ-pull bericht bij crisissituaties wordt aansluiting gezocht bij ervaring met implementatie van het e-Spoed bericht in de spoedeisende hulp.

3 Vorm van informatie-uitwisseling

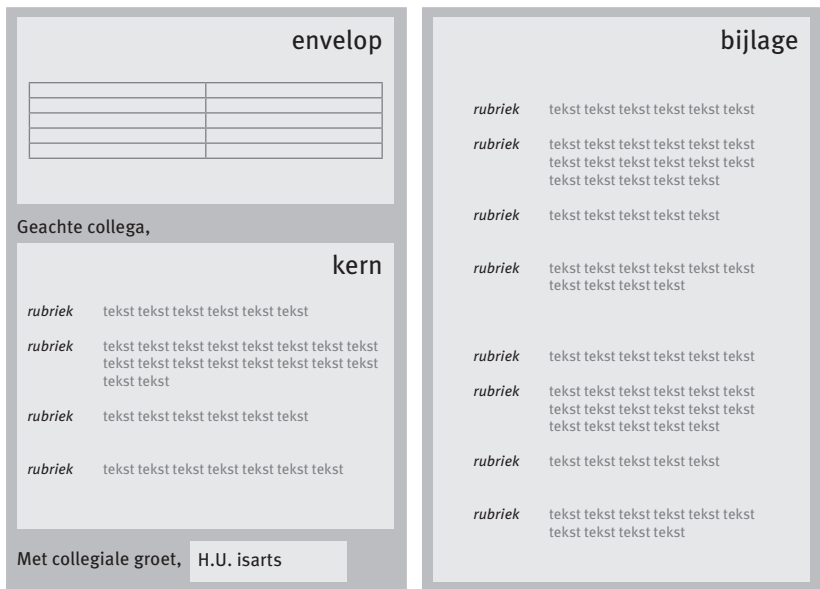
3.1 Vaste indeling: envelop – kern – bijlage

Alle berichten hebben dezelfde driedeling envelop – kern – bijlage(n). De drie onderdelen bestaan elk uit een aantal rubrieken.

De verzender richt zich bij het samenstellen van een bericht op de **kern** van zijn boodschap aan de ander. Zo moet het de GGZ-hulpverlener in één oogopslag duidelijk zijn wat de vraag van de huisarts is. Andersom moet het de huisarts in één blik duidelijk zijn wat de boodschap is van het bericht na de intake of het ontslagbericht van de GGZ.

De overige informatie komt terecht in de envelop en de bijlage.

- De *envelop* bevat administratieve en logistieke gegevens, het secretariaat of de assistente van de ontvanger kan hiermee een afspraak plannen en administratieve afhandeling verzorgen.
- De *kern* bevat in compacte vorm alle relevante informatie over de patiënt in het kader van dit zorgmoment.
- De *bijlage* bevat overige rubrieken zoals episodelijst, uitslagen et cetera.



Figuur 2 - Algemene indeling bericht

3.2 Rubrieken

Alle berichten putten uit dezelfde set rubrieken. Voor alle informatie die wordt uitgewisseld tussen huisarts en GGZ is een rubriek beschikbaar. De rubrieken zijn zo geformuleerd dat dezelfde informatie steeds wordt gevonden in dezelfde rubriek.

Bij de keuze van rubrieken zijn de volgende input en criteria gehanteerd:

- Kennis vanuit communicatie tussen huisarts en GGZ.
- De eis dat de verzender de rubriek snel kan invullen.
- De eis dat de ontvanger snel en goed wordt geïnformeerd.

Voor de namen van de rubrieken is zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij termen die zowel huisarts als GGZ gebruiken. Indien een dergelijke term niet voorhanden was, is gezocht naar een alternatief dat bij beiden voldoende herkenning geeft en niet leidt tot verwarring.

Een rubriek moet goed leesbare tekst bevatten, informatief en duidelijk. Veel rubrieken krijgen al een vulling mee vanuit het informatiesysteem; het is dan aan de verzender om te controleren en veelal ook aan te passen op leesbaarheid, relevantie en volledigheid. De controle op leesbaarheid geldt vooral voor de kern, de controle op relevantie en volledigheid geldt voor het gehele bericht.

Sommige rubrieken zijn verplicht. Andere rubrieken zijn afhankelijk van het zorgmoment verplicht of juist niet van toepassing. Verplichte rubrieken worden altijd gepresenteerd aan de verzender en meegestuurd in het bericht. Een niet-gevulde rubriek betekent dat de verzender de rubriek weloverwogen leeg heeft gelaten.⁵

Hoofdstuk 4 en 5 gaan nader in op vulling en eisen per rubriek.

⁵ De ontvanger krijgt hiermee de informatie dat de verzender de inhoud van de rubriek niet relevant en/of aan de orde vindt voor deze verwijzing. Meestal betekent het dat er geen informatie is, soms dat informatie niet wordt verstrekt uit privacy-overwegingen.

4 Informatie van huisarts naar de GGZ: Verwijsbrief; Professionele samenvatting en het wederzijds bericht Wijziging somatiek/therapie/controles

Het is de verantwoordelijkheid van de huisarts dat de GGZ-hulpverlener met de informatie in de brieven of berichten snel inzicht heeft in de problematiek van de patiënt en in de vraag of melding van de huisarts. Dit betekent dat de huisarts elk bericht na de automatische vulling vanuit het huisartsinformatiesysteem (HIS) nog moet controleren op volledigheid, gerichtheid en leesbaarheid en het desgewenst moet aanvullen. Hieronder volgt steeds per bericht voor de drie gedeelten – envelop, kern, bijlage – de opsomming van de rubrieken. Bij de rubrieken wordt ook ingegaan op het bedoelde gebruik. Alleen bij de envelop beperkt de richtlijn zich tot een opsomming van wat veelal nodig wordt geacht. Invulling geschiedt volgens landelijke afspraken voor berichtverzending.⁶

4.1 Rubrieken in: de Verwijsbrief

De *Verwijsbrief* is het bericht van de huisarts als deze de patiënt verwijst naar een GGZ-instelling of psychiater.

⁶ Deze richtlijn beperkt zich tot een beschrijving van proces en inhoud. Om transport en automatische verwerking mogelijk te maken moet meestal gebruik worden gemaakt van landelijke standaarden voor elektronische gegevensuitwisseling. Hiervoor verwijzen wij naar het Nationaal ICT Instituut voor de Zorg (Nictiz) en de door Nictiz gehanteerde HL7-berichten.

4.1.1 Envelop

De envelop bevat – zoals in §3.1 toegelicht – de rubrieken voor administratieve en logistieke gegevens. In opzet gaat het ten minste om de volgende informatie:

Envelop		
Rubrieknaam	Bedoeld gebruik	
<i>Gegevens auteur</i>	(zie HL7 NI set van Nictiz, voetnoot 5 pag. 13)	*
<i>Gegevens patiënt/cliënt</i>	(zie HL7 NI set van Nictiz)	*
<i>Gegevens geadresseerde</i>	(zie HL7 NI set van Nictiz)	*
<i>Datum/tijd</i>	Het tijdstip waarop de verzender het bericht afrondt en aanbiedt voor verzending.	*
<i>Hoofdprobleem</i>	Voorstel voor de zorgstraat of het zorgpad dat van toepassing wordt geacht voor deze patiënt/cliënt. (kies uit: Depressie, Angst of dwang, ADHD, Bipolair (manisch depressief), Eetstoornis, Persoonlijkheid en/of psychotherapie, Slechthorend en psychiatrische klacht, Verslaving, Relatie, Psychose: acuut, Psychose: chronisch, Ernstig sociaal disfunctioneren, Agresieprobleem, Somatisatie, Autisme, Geheugenproblematiek, Overig)	+
<i>Urgentie</i>	Voorstel voor snelheid waarmee patiënt/cliënt moet worden gezien.	+
<i>Heraanmelding</i>	Antwoord op de vraag of deze patiënt/cliënt eerder naar deze GGZ-instelling werd verwezen.	*
<i>Beheerder brief</i>	De zorgverlener die ervoor zorgt dat dit bericht gearchiveerd en bewaard wordt; meestal de verzender.	*

* = verplichte rubriek, + = optionele rubriek

Tabel 1 - Rubrieken in envelop Verwijsbrief

4.1.2 Kern

De kern van de *Verwijsbrief* moet de GGZ inzicht geven in de problematiek van de patiënt en de vraag die de huisarts stelt. De kern wijkt af van de standaard HASP-verwijsbrief: Toegevoegd zijn de twee rubrieken *Suïcidaliteit* en *Contacten met justitie/politie*, en twee rubrieken zijn vanuit de bijlage naar de kern gehaald: *Risicovol leefgedrag* en *Ook bekend bij*. Voor de GGZ komt deze selectie van rubrieken goed overeen met de informatiebehoefte bij de verwijzing.

Kern

Rubrieknaam	Bedoeld gebruik	
<i>Vraagstelling, reden verwijzing</i>	De klacht of hulpvraag van de patiënt in de context van deze consultatie (in korte bewoordingen).	*
<i>Anamnese</i>	De voor de klacht relevante bevindingen uit de anamnese (aard, ontstaan, duur, beloop van de klacht), recente behandeling en effect, in chronologische volgorde. Vermeld ook negatieve bevindingen. Geef aan of het een heteroanamnese betreft.	*
<i>Relevante comorbiditeit</i>	Problemen of ziekten voor zover relevant voor de verwijzing. NB hier wordt de somatische problematiek vermeld.	*
<i>Suïcidaliteit</i>	Een inschatting van de actuele kans op suïcide. Vermeld ook eventuele suïcidaliteit in het verleden.	*
<i>Contacten met justitie/politie</i>	Contact van patiënt met justitie, politie of reclassering dat mogelijk van belang is voor de GGZ met het oog op de wijze waarop het eerste contact met patiënt wordt aangegaan.	*
<i>Risicovol gedrag</i>	Gebruik van alcohol, tabak en verdovende middelen; spuiten, risicovol seksueel gedrag, verslavingen. Ook negatieve bevindingen. Indien bekend altijd vermelden. Ook verslavingsgedrag zoals gokken, automutilatie; agressie.	*
<i>Beleid</i>	Uw actuele beleid, de door u ingestelde (of gestaakte) behandeling of medicatie op het moment van versturen van het bericht; de door u uit te voeren controles.	*
<i>Medicatie actueel</i>	Actueel medicatievoorschrift zoals geldt op moment van schrijven van het bericht en voor zover bij u bekend.	*
<i>Procedurevoorstel</i>	Uw voorstel voor de samenwerking. Bedenk hoe u bij de behandeling betrokken wilt blijven (bijvoorbeeld klinische besprekingen of doorverwijzing).	*
<i>Besproken met patiënt</i>	Of en hoe uw handelen is besproken met de patiënt. Ook eventueel de adviezen die u heeft gegeven. Vermeld zo letterlijk mogelijk wat is besproken met de patiënt en of een informatiefolder over een aandoening of therapie is verstrekt.	+
<i>Ook bekend bij</i>	Zorgverleners bij wie de patiënt in behandeling is of was (alleen indien relevant).	*

* = verplichte rubriek, + = optionele rubriek

Tabel 2 - Rubrieken in kern Verwijsbrief

Een voorbeeld van de kern zou kunnen zijn:

Kern	
Vraagstelling/reden verwijzing	Al maanden toenemend depressief, patiënte spreekt de laatste weken vaker over suïcide. Graag beoordeling en overname behandeling.
Anamnese	02-05-2009 Patiënte is sinds 1 jaar weduwe, daarna toenemend depressief, interesseverlies, eet slecht, verwaarloost het huis. Paroxetine 20 mg 1 x dd 1 sinds 5 weken, tot heden geen verbetering. Twintig jaar geleden opgenomen met depressie in kliniek B. te C..
Relevante comorbiditeit	Diabetes mellitus Hypertensie Adipositas Gonartrosis rechts
Suïcidaliteit	Patiënte spreekt bij herhaling over suïcide, ze heeft geen concrete plannen.
Contacten met politie/justitie	Neen
Risicovol gedrag	Roken
Ingestelde behandeling	02-05-2009 Paroxetine 20 mg 1 x dd 1
Medicatie actueel	Metformine 500 mg 3 x dd 1 Simvastatine 40 mg 1 x dd 1 Captopril 50 mg 1 x dd 1 Hydrochloorthiazide 25 mg 1 x dd 1 Paroxetine 20 mg 1 x dd 1
Besproken met patiënt	In aanwezigheid van dochter besproken dat er mogelijk weer behandeling van de depressie nodig is.
Procedurevoorstel	Graag onderzoek en behandeling.
Ook bekend bij	-

Figuur 3 - Voorbeeld Verwijsbrief (kern)

4.1.3 Bijlage

De bijlage biedt alle ruimte om overige voor de verwijzing relevante medische gegevens over te dragen. De ontvanger zal de bijlage ‘screenend’ doornemen, bijvoorbeeld op zoek naar bepaalde uitslagen.

Anders dan bij de basis-HASP-verwijsbrief komt de rubriek *Lichamelijk onderzoek* niet in de kern maar in de bijlage. Rubrieken die niet worden gevuld door de huisarts en ook niet verplicht zijn, komen niet in de brief. De rubriek *Psychiatrische voorgeschiedenis* is toegevoegd voor de GGZ.

Bijlage

Rubrieknaam	Bedoeld gebruik	
<i>Voorzieningen nodig bij consult</i>	Extra aandacht of maatregelen nodig voor een consult met deze patiënt.	+
<i>Probleemlijst, episodelijst</i>	Actuele ziekten, actuele episodes, operaties en ingrepen voor zover niet eerder genoemd en toch van belang.	*
<i>Psychiatrische voor-geschiedenis</i>	De aan de klacht gerelateerde voorgeschiedenis van patiënt.	+
<i>Lichamelijk onder-zoek</i>	De bevindingen uit het laatste deelcontact of in eerdere consulten die relevant zijn voor de klacht, in chronologische volgorde. Vermeld ook negatieve bevindingen.	+
<i>Allergie, intolerantie</i>	Allergieën voor zover relevant; geneesmiddelen-intoleranties. Vermeld (opnieuw) bijwerkingen, intoleranties of allergische reacties op medicatie.	+
<i>Contra-indicaties</i>	Aandoeningen van belang bij het voorschrijven van medicatie.	*
<i>Aanvullend onder-zoek</i>	Relevante uitslagen van onderzoek. Onder deze rubriek vallen laboratorium-, beeldvormend, functie- en psychologisch onderzoek, screeninglijsten en dergelijke.	+
<i>Familieanamnese</i>	Ziekten in de familie voor zover relevant. Vermeld zo mogelijk per ziekte de familierelatie tot de patiënt.	+
<i>Reanimatiebeleid</i>	Afspraken over wel of niet reanimeren: formuleer precies welke afspraak is gemaakt, met wie en wanneer deze is vastgelegd.	+
<i>Levenstestament, donorcodicil</i>	Wensen (veelal op basis van levensovertuiging) die de patiënt kenbaar heeft gemaakt omtrent handelen rond en na overlijden.	+

* = verplichte rubriek, + = optionele rubriek

Tabel 3 - Rubrieken in bijlage Verwijsbrief

Een voorbeeld van de bijlage zou kunnen zijn:

Bijlage	
<i>Psychiatrische voor- geschiedenis</i>	1990 Opname depressie in B. te C., kopie ontslagbrief
<i>Allergie, intolerantie</i>	Allergie penicilline
<i>Contra-indicaties</i>	-

Figuur 4 - Voorbeeld Verwijsbrief (bijlage)

4.2 Rubrieken in: Professionele samenvatting voor de GGZ

De *Professionele samenvatting voor de GGZ* stelt de GGZ in staat om gegevens in te zien in het dossier van de huisarts bij diens afwezigheid.

Het bericht sluit aan bij de berichtgeving zoals met Nictiz is afgesproken voor inzage door de spoedeisende hulp. Het aldaar gestelde is richtinggevend voor de GGZ. In algemene zin omvat de professionele samenvatting:

- episodelijst;
- de laatste 10 dagen van het journaal bij de huisarts en gerelateerde uitslagen;
- de actuele medicatie en contra-indicaties.

Voor de toekomst wordt gezocht naar een mogelijkheid om daarnaast opvraagbaar te maken:

- de berichtgeving van collega's aan de huisarts die nog niet in diens dossier zijn verwerkt (onder meer de waarneemgegevens vanuit de huisartsenpost en laboratoriumuitslagen).

Voor de GGZ geldt nog als aanvulling:

- eventueel kunnen ook gegevens uit 'afgesloten' psychiatrische episodes worden ingezien.

4.3 Rubrieken in: Wijziging somatiek/therapie/controles

Het bericht *Wijziging somatiek/therapie/controles* wordt door zowel de huisarts als de GGZ gebruikt om elkaar te informeren over tussentijdse veranderingen die interfereren met de ingestelde behandeling. Het gaat dan om een belangrijke wijziging in de medicatie, een complicatie van de behandeling of een nieuwe diagnose of episode. In het bericht doet de verzender ook een voorstel voor verdere behandeling en controle van de patiënt.

Het bericht bestaat uit een envelop en een kern, en mist een bijlage. Ook hier geldt dat de huisarts het bericht na de automatische vulling vanuit het HIS nog moet aanvullen en leesbaar maken.

Hieronder volgt voor de twee gedeelten – envelop en kern – de opsomming van de rubrieken.

4.3.1 Envelop

De envelop bevat de administratieve gegevens rond de verwijzing.

Envelop		
Rubrieknaam	Bedoeld gebruik	
<i>Gegevens auteur</i>	(zie HL7 NL set van Nictiz, voetnoot 5 pagina 13)	*
<i>Gegevens patiënt/cliënt</i>	(zie HL7 NL set van Nictiz)	*
<i>Gegevens geadresseerde</i>	(zie HL7 NL set van Nictiz)	*
<i>Datum/tijd</i>	Het tijdstip waarop de verzender het bericht afrondt en aanbiedt voor verzending.	*
<i>Reden extra bericht</i>	De categorische reden voor dit extra bericht (kies uit: nieuwe medicatie/complicatie/nieuwe diagnose).	*

* = verplichte rubriek, + = optionele rubriek

Tabel 4 - Rubrieken in envelop Wijziging somatiek/therapie/controles (variant van huisarts naar GGZ)

4.3.2 Kern

De kern in het wederzijds bericht *Wijziging somatiek/therapie/controles* is beknopt en gericht. De rubrieken *Controle huisarts* respectievelijk *Controle psychiater* zijn varianten van in andere berichten gebruikte rubrieken *Beleid* en *Advies vervolg*. Dit is gedaan om zo duidelijk mogelijk aan te geven hoe de verzender van het bericht de verantwoordelijkheid ziet. Het door de huisarts te gebruiken bericht ziet er als volgt uit:

Kern		
Rubrieknaam	Bedoeld gebruik	
<i>Aanleiding extra bericht</i>	De nieuwe diagnose, complicatie of wijziging van de bestaande behandeling of nieuw voorschreven medicatie die de aanleiding vormt voor dit extra bericht.	*
<i>Aanvullend onderzoek</i>	Relevante uitslagen van onderzoek. Onder deze rubriek vallen laboratorium-, beeldvormend, functie- en psychologisch onderzoek, screeninglijsten en dergelijke.	*
<i>Ingestelde behandeling</i>	Het actuele beleid, de nieuw ingestelde (of gestaakte) behandeling of medicatie op het moment van versturen van het bericht.	+
<i>Controle huisarts</i>	De door u uit te voeren controles.	*
<i>Controle psychiater</i>	De (na)zorg en controles die u vraagt in het kader van de behandeling. Geef duidelijk aan wat die controles inhouden. Vermeld expliciet controles gerelateerd aan de medicatie (bijvoorbeeld laboratoriumonderzoek en bloeddrukmeting).	*
<i>Medicatie actueel</i>	Actueel medicatievoorschrift zoals geldt op moment van schrijven en voor zover bekend.	+

* = verplichte rubriek, + = optionele rubriek

Tabel 5 - Rubrieken in kern *Wijziging somatiek/therapie/controles*

Een voorbeeld van de kern zou kunnen zijn:

Kern	
<i>Aanleiding extra bericht</i>	Nierinsufficiëntie
<i>Aanvullend onderzoek</i>	MDRD 32
<i>Controle huisarts</i>	Ik blijf de nierfunctie regelmatig controleren
<i>Controle psychiater</i>	Graag uw aandacht voor de dosering van de medicatie

Figuur 5 - Voorbeeld wijziging somatiek/therapie/controles (kern)

4.4 Overzicht rubrieken in de berichten van de huisarts

Hieronder volgt een overzicht van de rubrieken in de verschillende berichten van de huisarts zoals in de voorgaande paragrafen besproken:

Envelop	Verwijsbrief	Wijziging somatiek / therapie / controles
<i>Gegevens auteur</i>	*	*
<i>Gegevens patiënt/cliënt</i>	*	*
<i>Gegevens geadresseerde</i>	*	*
<i>Datum/tijd</i>	*	*
<i>Hoofdprobleem</i>	+	-
<i>Urgentie</i>	*	-
<i>Heraanmelding</i>	*	-
<i>Reden extra bericht</i>	-	*
<i>Beheerder brief</i>	*	*
Kern		
<i>Vraagstelling, reden verwijzing</i>	*	-
<i>Aanleiding extra bericht</i>	-	*
<i>Anamnese</i>	*	-
<i>Relevante comorbiditeit</i>	*	-
<i>Suïcidaliteit</i>	*	-
<i>Contacten met justitie/politie</i>	*	-
<i>Risicovol gedrag</i>	*	-
<i>Ingestelde behandeling</i>	*	-
<i>Medicatie actueel</i>	*	*
<i>Ook bekend bij</i>	*	-
<i>Aanvullend onderzoek</i>	-	*
<i>Besproken met patiënt</i>	+	-
<i>Procedurevoorstel</i>	*	-
<i>Controle huisarts</i>	-	*
<i>Controle psychiater</i>	-	*
Bijlage		
<i>Voorzieningen nodig bij consult</i>	+	-
<i>Probleemlijst, episodelijst</i>	*	-
<i>Psychiatrische voorgeschiedenis</i>	+	-
<i>Lichamelijk onderzoek</i>	+	-
<i>Allergie, intolerantie</i>	+	-
<i>Contra-indicaties</i>	*	-
<i>Aanvullend onderzoek</i>	+	-
<i>Familieanamnese</i>	+	-
<i>Reanimatiebeleid</i>	+	-
<i>Levenstestament, donorcodicil</i>	+	-

* = verplichte rubriek, + = optionele rubriek, - = rubriek komt in bericht niet voor

Tabel 6 - Overzicht rubrieken in de berichten van de huisarts

5 Informatie van GGZ naar huisarts:

Kennisgeving patiënt heeft afspraak; Bericht na intake; Kennisgeving overdracht behandeling; Bericht voortgang; Bericht einde behandeling; wederzijds bericht Wijziging somatiek/therapie/controles

Het is de verantwoordelijkheid van de GGZ-hulpverlener dat de huisarts met de informatie in de brieven (of berichten) snel inzicht heeft in de problematiek van de patiënt en de melding van de GGZ. Dit betekent dat de GGZ-hulpverlener elk bericht na de eventuele automatische vulling nog moet controleren op volledigheid, gerichtheid en leesbaarheid en het desgewenst moet aanvullen.

Hieronder volgt steeds per bericht voor de drie gedeelten – envelop, kern, bijlage – de opsomming van de rubrieken. Bij de rubrieken wordt ook het bedoeld gebruik gegeven. Ook hier een beperking betreffende de envelop: de richtlijn beperkt zich tot een opsomming van wat veelal nodig wordt geacht. Invulling geschiedt volgens landelijke afspraken voor berichtverzending (zie voetnoot 5 pagina 13).

5.1 Rubrieken in: Kennisgeving patiënt heeft afspraak

Met het bericht *Kennisgeving patiënt heeft afspraak* bevestigt de GGZ aan de huisarts dat met de patiënt een intake-afspraak is gemaakt na verwijzing door de huisarts. Dit bericht bevat alleen administratieve en logistieke gegevens en bestaat dan ook alleen uit de envelop.

5.1.1 Envelop

De envelop bevat rubrieken voor overdracht van administratieve gegevens. Naast de gebruikelijke gegevens bevat de envelop informatie over de datum/tijd van de intake.

Envelop		
Rubrieknaam	Bedoeld gebruik	
<i>Gegevens auteur</i>	(zie HL7 NI set van Nictiz, zie voetnoot 5 pagina 13)	*
<i>Gegevens patiënt/cliënt</i>	(zie HL7 NI set van Nictiz)	*
<i>Gegevens geadresseerde</i>	(zie HL7 NI set van Nictiz)	*
<i>Datum/tijd</i>	Het tijdstip waarop de verzender het bericht afrondt en aanbiedt voor verzending.	*
<i>Beheerder brief</i>	De zorgverlener die ervoor zorgt dat dit bericht gearchiveerd en bewaard wordt; meestal de verzender.	*
<i>Afspraakgegevens</i>	De gegevens over de gemaakte afspraak. Vermeld ook wie contactpersoon is over de afspraak gedurende de wachttijd.	*

* = verplichte rubriek, + = optionele rubriek

Tabel 7 - Rubrieken in envelop Kennisgeving patiënt heeft een afspraak

5.2 Rubrieken in: Bericht na intake

Met het *Bericht na intake* brengt de GGZ-hulpverlener de huisarts op de hoogte van de bevindingen uit de intake. Dit bericht wordt naar de huisarts verstuurd als reactie op de verwijzing, maar ook als de patiënt via een andere route door de GGZ gezien is. Dit bericht bestaat alleen uit een envelop en kern.

5.2.1 Envelop

De envelop bevat rubrieken voor overdracht van administratieve gegevens:

Envelop		
Rubrieknaam	Bedoeld gebruik	
<i>Gegevens auteur</i>	(zie HL7 NI set van Nictiz, zie voetnoot 5 pagina 13)	*
<i>Gegevens patiënt/cliënt</i>	(zie HL7 NI set van Nictiz)	*
<i>Gegevens geadresseerde</i>	(zie HL7 NI set van Nictiz)	*
<i>Datum/tijd</i>	Het tijdstip waarop de verzender het bericht afrondt en aanbiedt voor verzending.	*
<i>Beheerder brief</i>	De zorgverlener die ervoor zorgt dat dit bericht gearchiveerd en bewaard wordt; meestal de verzender.	*

* = verplichte rubriek, + = optionele rubriek

Tabel 8 - Rubrieken in envelop Bericht na intake

5.2.2 Kern

Het *Bericht na intake* moet de huisarts snel inzicht geven in de bevindingen bij de intake. Belangrijk daarin zijn de conclusie, maar ook de door de GGZ voorgeschreven medicatie, de wachttijd tot de aanvang van de behandeling en de contactpersoon bij de GGZ gedurende deze wachttijd.

Kern		
Rubrieknaam	Bedoeld gebruik	
<i>Vraagstelling, reden contact of verwijzing</i>	De klacht of hulpvraag van de patiënt in de context van deze consultatie (in korte bewoordingen). Vermeld eventueel ook de wijze waarop patiënt is binnengekomen, en of dit vrijwillig of onvrijwillig gebeurde.	*
<i>Conclusie, diagnose</i>	Samenvatting van conclusie of (werk) diagnose (in korte bewoordingen). Het gaat hier om het eigen oordeel. Vermeld het als de diagnose elders is gesteld. Vermeld indien bekend de prognose.	*
<i>DSM</i>	Psychiatrische classificatie	*
<i>Medicatie actueel</i>	Actueel medicatievoorschrift zoals geldt op het moment van schrijven en voor zover bij u bekend.	*
<i>Beleid</i>	Het actuele beleid, de ingestelde (of gestaakte) behandeling of medicatie op het moment van versturen van het bericht. Vermeld wachttijd tot aanvang behandeling. Verwijs naar de contactpersoon gedurende de wachttijd.	*
<i>Controle psychiater</i>	De uit te voeren controles.	+
<i>Controle huisarts</i>	De (na)zorg en controles die u vraagt in het kader van de behandeling. Geef duidelijk aan wat die controles inhouden. Vermeld ook het wel of niet voortzetten van medicatie. Geef eventueel advies voor doorverwijzing.	+

* = verplichte rubriek, + = optionele rubriek

Tabel 9 - Rubrieken in kern Bericht na intake

Een voorbeeld van de kern zou kunnen zijn:

Kern	
Vraagstelling, reden contact of verwijzing	Ik zag op uw verzoek Mw C met klachten van PTSS en paniekstoornis
Conclusie, diagnose	PTSS en paniekstoornis met agorafobie bij een vrouw van 64 jaar, in de bijstand, met forse schulden, onder toezicht van de reclassering i.v.m. huiselijk geweld in het verleden, misbruik van alcohol, kenmerken van een borderline persoonlijkheidsstoornis
DSM	As I: 309.81 posttraumatische stressstoornis 305.0 misbruik van alcohol 300.21 paniekstoornis met agorafobie As II: 301.83 borderline persoonlijkheidsstoornis As III: 000.01, uitgestelde as III V71.09 geen diagnose/aandoening op as III As IV: Problemen binnen primaire steungroep Werkproblemen Financiële problemen Problemen met justitie, politie, misdaad AsV GAF-score (H): 45 As V GAF-score 45
Medicatie actueel	Oxazepam 10 mg 2 x dd 1
Beleid	Behandeling voor alcoholafhankelijkheid volgen in de verslavingszorg, ze meldt zich zelf aan. Staken van alcohol is voorwaarde voor CGT. Tot aan start CGT onder behandeling van de reclassering: Dhr. J. Verboom CGT starten met 5 'proefbehandelingen' Wachttijd CGT: 3 maanden, contactpersoon in wachttijd: Mevr. A. Hoogendoorn.

Figuur 6 - Voorbeeld Bericht na intake (kern)

5.3 Rubrieken in: Kennisgeving overdracht behandeling

De *Kennisgeving overdracht behandeling* wordt verstuurd na overdracht van de behandeling naar een andere afdeling binnen de GGZ-instelling. Zie voor de rubrieken §5.6, tabel 14.

5.4 Rubrieken in: Bericht einde behandeling/Bericht voortgang

Het *Bericht einde behandeling* wordt verstuurd na afsluiting van de behandeling door de GGZ-instelling. De aanleiding kan zijn dat de behandeling is afgerond, maar ook dat de cliënt bijvoorbeeld verhuist naar een instelling voor ouderenzorg.

Het bericht voortgang wordt gedurende een langdurige behandeling ten minste eenmaal per jaar verstuurd.

Het *Bericht voortgang* is doorgaans veel korter dan het uitgebreide bericht einde behandeling. Dit heeft te maken met het aantal rubrieken dat wordt ingevuld. Zie voor de precieze rubrieken per bericht §5.6.

5.4.1 Envelop

De envelop is geheel identiek aan die beschreven in §5.2.1.

5.4.2 Kern

Dit bericht moet de huisarts inzicht geven in de grote lijn tijdens behandeling in de GGZ of bij afloop daarvan. Hieronder de kern van het bericht einde behandeling.

Kern

Rubrieknaam	Bedoeld gebruik	
<i>Vraagstelling, reden contact of verwijzing</i>	De klacht of hulpvraag van de patiënt in de context van deze consultatie (in korte bewoordingen).	*
<i>Bespreking</i>	De overwegingen over de aard, oorzaak, gevolg en functie van de klacht. Indien patiënt bij u kwam via verwijzing, ga dan in op de vraag van de verwijzer. Geef afhankelijk van het stadium een werkhypothese of differentiële diagnose. Vermeld het tot nu toe gevolgd beleid met overwegingen en onderbouwing.	+
<i>Conclusie, diagnose</i>	Samenvatting van conclusie of (werk)diagnose. Het gaat hier om het eigen oordeel. Vermeld het als de diagnose elders is gesteld. Vermeld indien bekend de prognose.	*
<i>DSM</i>	Psychiatrische classificatie. Neem daar waar de DSM nog niet definitief is de code voor uitgestelde diagnose op.	*
<i>Beleid</i>	Het actuele beleid, de door u ingestelde (of gestaakte) behandeling of medicatie op het moment van versturen van het bericht.	*
<i>Controle psychiater</i>	De door u uit te voeren controles.	*
<i>Controle huisarts</i>	De (na)zorg en controles die u vraagt in het kader van de behandeling. Geef duidelijk aan wat die controles inhouden. Vermeld ook wel of niet voortzetten medicatie. Geef eventueel advies voor doorverwijzing. Denk aan signaleringsplan, vermeld daarin de vroege symptomen van recidief en wat dan te doen.	*
<i>Advies gegeven aan patiënt</i>	Of en hoe het beleid is besproken met de patiënt (in zo letterlijk mogelijke bewoordingen). Vermeld ook de eventueel gegeven adviezen en of een informatiefolder over een aandoening of therapie is verstrekt.	+
<i>Risicovol gedrag</i>	Gebruik van alcohol, tabak en verdovende middelen; spuiten, risicovol seksueel gedrag, verslavingen. Vermeld ook negatieve bevindingen.	+

* = verplichte rubriek, + = optionele rubriek

Tabel 10 - Rubrieken in kern Bericht einde behandeling/Bericht voortgang

Een voorbeeld van de kern zou kunnen zijn:

Kern	
Vraagstelling, reden verwijzing	Opgenomen op 21-04-2010 met manisch psychotisch beeld, had dagen niet geslapen na gesprek met verzekering over zijn WAO-uitkering
Conclusie, diagnose	Opname met manisch psychotisch beeld, geen IBS toegekend, werd vrijwillige opname. Beeld klaarde snel op met Risperdal, wel blijft patiënt bizarre overtuigingen houden. Ontslag op 25-04 -2010
DSM	DSM IV classificatie As I: 296.44 bipolaire stoornis, laatste episode manisch, ernstig met psychotische kenmerken, DD As II: 799.9 uitgestelde diagnose As III: somatiek; status na whiplash As IV: psychosociale stressfactoren: zieke moeder, WAO-problematiek As V: niveau van functioneren: GAF bij opname 30, hoogste GAF afgelopen jaar 70 Problemen met justitie, politie, misdaad AS V GAF-score (H): 45 AS V GAF-score 45
Medicatie actueel	Risperdal 2 mg 1 x dd 1
Beleid	Poliklinische vervolgspraak bij mevr. G. Donkers, spv en dhr. J. Gerrits, psychiater.

Figuur 7 - Voorbeeld Bericht einde behandeling/bericht voortgang (kern)

5.4.3 Bijlage

De bijlage biedt alle ruimte om overige gegevens over te dragen. Dit bericht kent een uitgebreide set rubrieken in de bijlage, in de praktijk hoeven lang niet al deze rubrieken te worden gevuld. Wel of niet verstrekken van informatie wordt dan overgelaten aan het oordeel van de verzender van het bericht.

Bijlage		
Rubrieknaam	Bedoeld gebruik	
<i>Anamnese</i>	De voor de klacht relevante bevindingen uit de anamnese (aard, ontstaan, duur, beloop van de klacht), recente behandeling en effect (in chronologische volgorde). Vermeld ook negatieve bevindingen. Geef aan of het een heteroanamnese betreft.	+
<i>Beloop, interventie</i>	Belangrijke punten uit het beloop en/of de toegepaste ingreep of interventie.	+
<i>Familieanamnese</i>	Ziekten in de familie voor zover relevant. Vermeld zo mogelijk per ziekte de familierelatie tot de patiënt.	+
<i>Psychosociale anamnese</i>	Psychosociale factoren indien van toegevoegde waarde. Betrach in verband met privacy de benodigde terughoudendheid.	+
<i>Lichamelijk onderzoek</i>	De bevindingen uit het laatste deelcontact of in eerdere consulten die relevant zijn voor de klacht (in chronologische volgorde). Vermeld ook negatieve bevindingen.	+
<i>Laboratorium onderzoek</i>	Relevante uitslagen van laboratoriumonderzoek.	+
<i>Beeldvormend onderzoek</i>	Relevante uitslagen van beeldvormend onderzoek.	+
<i>Funcieonderzoek</i>	Relevante uitslagen van bijvoorbeeld ecg, longfunctie-, vaat-, neurologisch, gehooronderzoek.	+
<i>Overig onderzoek</i>	Relevante uitslagen van bijvoorbeeld psychologisch en quality of life onderzoek, vragenlijsten et cetera.	+
<i>Intercollegiale consulten</i>	Relevante uitslagen van consulten door derden binnen of buiten de instelling.	+
<i>Verrichtingen derden</i>	Verrichtingen door derden binnen of buiten het ziekenhuis; alleen vermelden indien relevant.	+
<i>Medicatie actueel</i>	Actueel medicatievoorschrift zoals geldt op moment van schrijven en voor zover bij u bekend.	*
<i>Allergie, intolerantie</i>	Allergieën en geneesmiddelenintoleranties voor zover relevant.	+
<i>Contra-indicaties</i>	Aandoeningen van belang bij het voorschrijven van medicatie.	+

* = verplichte rubriek, + = optionele rubriek

Tabel 11 - Rubrieken in bijlage Bericht einde behandeling/Bericht voortgang

5.5 Rubrieken in: Wijziging somatiek/therapie/controles

Dit bericht is identiek aan het gelijknamige bericht van de huisarts. De GGZ-medewerker, in dit geval meestal de psychiater, kan hierin de huisarts informeren over tussentijds optredende veranderingen die interfereren met de ingestelde behandeling. Het gaat dan om een belangrijke wijziging in de medicatie, een complicatie van de behandeling of een nieuwe diagnose of episode. In het bericht geeft de psychiater ook zijn voorstel voor afspraken voor verdere behandeling en controle van patiënt. Het bericht bestaat uit een envelop en een kern en mist de bijlage. Ook hier geldt dat de psychiater het bericht na de automatische vulling vanuit zijn systeem nog moet aanvullen en leesbaar maken.

5.5.1 Envelop

De envelop bevat de volgende rubrieken:

Envelop		
Rubrieknaam	Bedoeld gebruik	
<i>Gegevens auteur</i>	(zie HL7 NL set van Nictiz, zie voetnoot 5 op pagina 13)	*
<i>Gegevens patiënt/cliënt</i>	(zie HL7 NL set van Nictiz)	*
<i>Gegevens geadresseerde</i>	(zie HL7 NL set van Nictiz)	*
<i>Datum/tijd</i>	Het tijdstip waarop de verzender het bericht afrondt en aanbiedt voor verzending.	*
<i>Reden extra bericht</i>	De categorische reden voor dit extra bericht (kies uit: nieuwe medicatie/complicatie/nieuwe diagnose)	*

* = verplichte rubriek, + = optionele rubriek

Tabel 12 - Rubrieken in envelop Wijziging somatiek/therapie/controles (variant van GGZ naar huisarts)

5.5.2 Kern

De kern in het wederzijds bericht *Wijziging somatiek/therapie/controles* is beknopt en gericht. De rubrieken *Controle huisarts* respectievelijk *Controle psychiater* zijn varianten van in andere berichten gebruikte rubrieken beleid en advies vervolg, dit is gedaan om zo duidelijk mogelijk aan te geven hoe de verzender van het bericht de verantwoordelijkheid ziet. Het door de psychiater te gebruiken bericht ziet er als volgt uit:

Kern		
Rubrieknaam	Bedoeld gebruik	
<i>Aanleiding extra bericht</i>	De nieuwe diagnose, complicatie of wijziging van de bestaande behandeling of de nieuw voorschreven medicatie die de aanleiding vormt voor dit extra bericht.	*
<i>Aanvullend onderzoek</i>	Relevante uitslagen van onderzoek. Onder deze rubriek vallen laboratorium-, beeldvormend, functie- en psychologisch onderzoek, screeninglijsten en dergelijke.	*
<i>Beleid/ingestelde behandeling</i>	Het actuele beleid, de door u ingestelde (of gestaakte) behandeling of medicatie op het moment van versturen van het bericht.	+
<i>Controle psychiater</i>	De door u uit te voeren controles.	*
<i>Controle huisarts</i>	De (na)zorg en controles die u vraagt in het kader van de behandeling. Geef duidelijk aan wat die controles inhouden. Vermeld expliciet controles gerelateerd aan de medicatie (bijvoorbeeld laboratoriumonderzoek en bloeddrukmeting).	*
<i>Medicatie actueel</i>	Actueel medicatievoorschrift zoals geldt op moment van schrijven en voor zover bij u bekend.	+

* = verplichte rubriek, + = optionele rubriek

Tabel 13 - Rubrieken in kern *Wijziging somatiek/therapie/controles* (variant van GGZ naar huisarts)

5.6 Overzicht rubrieken in de berichten van de GGZ

Hieronder volgt een overzicht van de rubrieken in de verschillende berichten van de GGZ zoals in de voorgaande paragrafen besproken:

Envelop	kennisgeving patiënt heeft afspraak (3)	bericht na intake (4)	kennisgeving overdracht behandeling (5)	bericht voortgang (6)	bericht einde behandeling (8)	wdz bericht wijziging (7)
<i>Gegevens auteur</i>	*	*	*	*	*	*
<i>Gegevens patiënt/cliënt</i>	*	*	*	*	*	*
<i>Gegevens geadresseerde</i>	*	*	*	*	*	*
<i>Datum/tijd</i>	*	*	*	*	*	*
<i>Afspraakgegevens</i>	*	-	-	-	-	-
<i>Reden extra bericht</i>	-	-	-	-	-	*
<i>Beheerder brief</i>	*	*	*	*	*	*
Kern						
<i>Aanleiding extra bericht</i>	-	-	-	-	-	*
<i>Vraagstelling, reden contact of verwijzing</i>	-	*	+	*	*	-
<i>Aanvullend onderzoek</i>	-	-	-	-	-	*
<i>Bespreking</i>	-	-	-	+	+	-
<i>Conclusie, diagnose</i>	-	*	*	*	*	-
<i>DSM</i>	-	*	*	*	*	-
<i>Medicatie actueel</i>	-	*	*	-	-	+
<i>Beleid</i>	-	*	*	+	+	+
<i>Controle psychiater</i>	-	+	-	+	*	*
<i>Controle huisarts</i>	-	+	-	+	*	*
<i>Advies gegeven aan patiënt</i>	-	-	-	+	+	-
<i>Risicovol gedrag</i>	-	-	-	-	+	-
Bijlage						
<i>Anamnese</i>	-	-	-	-	+	-
<i>Beloop, interventie</i>	-	-	-	+	+	-
<i>Familieanamnese</i>	-	-	-	+	+	-
<i>Psychosociale anamnese</i>	-	-	-	+	+	-
<i>Lichamelijk onderzoek</i>	-	-	-	+	+	-
<i>Laboratoriumonderzoek</i>	-	-	-	+	+	-
<i>Beeldvormend onderzoek</i>	-	-	-	+	+	-
<i>Functieonderzoek</i>	-	-	-	+	+	-
<i>Overig onderzoek</i>	-	-	-	+	+	-
<i>Intercollegiale consulten</i>	-	-	-	+	+	-
<i>Verrichtingen derden</i>	-	-	-	+	+	-
<i>Medicatie actueel</i>	-	-	-	+	+	-
<i>Allergie, intolerantie</i>	-	-	-	+	+	-
<i>Contra-indicaties</i>	-	-	-	+	+	-

* = verplichte rubriek, + = optionele rubriek, - = rubriek komt in bericht niet voor

Tabel 14 - Rubrieken in de berichten van de GGZ

6 Implementatie bij de huisarts

Implementatie van de richtlijn bij de huisarts vergt ondersteuning vanuit het HIS of een andere applicatie en correct gebruik van functionaliteit voor het afronden en verzenden van berichten. Pas als aan beide eisen is voldaan, zullen berichten volgens deze richtlijn worden geproduceerd.

6.1 Ondersteuning vanuit het HIS

Voor implementatie bij de huisarts verwijzen wij naar de NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen (HASP) 2008. De implementatie van de berichten naar en van de GGZ is niet wezenlijk anders. Voor de in hoofdstuk 1 beschreven uitgaande berichten naar de GGZ wordt aangesloten bij de functionaliteit van de verwijfsbrief uit de genoemde richtlijn. Voor de in hoofdstuk 1 beschreven inkomende berichten van de GGZ wordt aangesloten bij de functionaliteit van de retourbrieven.

6.2 Instructie huisarts

Deze paragraaf beschrijft de acties die de huisarts uitvoert bij het samenstellen van een bericht. Ook hier geldt dat wordt aangesloten bij de instructies zoals gegeven in de HASP 2008.

De huisarts stelt eenmalig de defaults in voor het werken met de brieven voor de GGZ of gebruikt het sjabloon dat de leverancier aanlevert.

Tijdens of na het consult maakt de huisarts de verwijfsbrief vanuit het betreffende deelcontact.

De huisarts controleert nauwgezet de 'kern' van de brief, en in grote lijnen de 'bijlage'. Per rubriek voert hij de afrondende actie uit zoals beschreven bij §6.3. Indien gewenst voegt hij de optionele rubrieken toe (zie Tabel 6 voor optionele rubrieken). Ten slotte controleert de huisarts het bericht in de definitieve lay-out, autoriseert hij het bericht en verzendt het.

6.3 Instructie per rubriek

Onderstaande tabellen geven de samenhang tussen de automatische vulling vanuit het HIS en de afrondende actie door de huisarts. Zie Tabel 6 voor de rubrieken die per bericht worden gevuld.

De rubrieken in de envelop worden gevuld door het HIS dan wel de verwijfsapplicatie. De rubrieken in de kern worden indien van toepassing gevuld door het HIS dan wel de verwijfsapplicatie. Alle rubrieken komen in de brief. Rubrieken met * krijgen de inhoud 'geen' als geen informatie beschikbaar is.

De rubrieken in de bijlage worden, afhankelijk van preferenties van de verzender en de mogelijkheden van het HIS, al dan niet gevuld vanuit het HIS.

Envelop	Automatisch vullen vanuit HIS of verwijsapplicatie	Automatisch vullen vanuit HIS of verwijsapplicatie
<i>Gegevens auteur</i>	HIS vult.	Geen.
<i>Gegevens patiënt/ cliënt</i>	HIS vult via BSN (burgerservice-nummer).	Geen.
<i>Gegevens geadresseerde</i>	HIS presenteert verwijstabel.	De huisarts selecteert.
<i>Datum/tijd</i>	Moment van autoriseren.	Geen.
<i>Hoofdprobleem</i>	HIS presenteert keuzelijst.	De huisarts vinkt aan in keuzelijst.
<i>Urgentie</i>	Indien regionale afspraken presenteert HIS keuzelijst.	De huisarts vinkt aan in keuzelijst/vult handmatig in.
<i>Heraanmelding</i>	HIS biedt zo mogelijk ondersteuning	Kies ja, nee of onbekend.
<i>Reden extra bericht</i>	HIS presenteert 3 mogelijkheden (Nieuwe medicatie Complicatie Nieuwe diagnose).	De huisarts vinkt aan in keuzelijst.
<i>Beheerder brief</i>	HIS presenteert instelling per brieftype.	Geen.
Kern		
<i>Vraagstelling, reden verwijzing</i>	HIS presenteert een leeg veld. HIS ondersteunt bij ophalen E-regel, deelcontact of deelcontactverslag.	De huisarts formuleert klacht, vraagstelling en/of reden verwijzing, herhaalt hulpvraag patiënt.
<i>Aanleiding extra bericht</i>	HIS presenteert een leeg veld. HIS ondersteunt bij ophalen E-regel deelcontact of deelcontactverslag.	De huisarts formuleert de reden van het extra bericht.
<i>Anamnese</i>	HIS vult vanuit de S-regel van het deelcontact. HIS ondersteunt bij ophalen E-regels van episode.	De huisarts selecteert zo nodig extra E-regels van de episode. De huisarts vult aan en maakt de tekst begrijpelijk.
<i>Relevante comorbiditeit</i>	HIS ondersteunt bij selecteren vanuit de episodelijst.	De huisarts selecteert handmatig uit de episodelijst. De huisarts vult eventueel aan uit lijst gesloten episodes. Selectie gebeurt overeenkomstig privacy-eisen.
<i>Suïcidaliteit</i>		De huisarts formuleert zijn inschatting.
<i>Contacten met justitie/politie</i>		De huisarts formuleert voor zover bekend en noodzakelijk.
<i>Risicovol gedrag</i>	HIS presenteert een leeg veld. HIS toont selectie vanuit het diagnostisch archief.	De huisarts selecteert overeenkomstig de privacy-eisen.

Vervolg Kern		
<i>Ingestelde behandeling</i>	HIS vult vanuit de P-regel van het deelcontact. HIS ondersteunt bij ophalen P-regels van episode.	De huisarts selecteert zo nodig extra P-regels van de episode, of regels uit de medicatielijst.
<i>Medicatie actueel</i>	HIS presenteert een leeg veld. HIS ondersteunt bij selecteren vanuit de medicatielijst.	De huisarts selecteert overeenkomstig de privacy-eisen.
<i>Ook bekend bij</i>	HIS ondersteunt zo mogelijk.	De huisarts selecteert uit de correspondentie.
<i>Aanvullend onderzoek</i>	HIS presenteert een leeg veld. HIS ondersteunt bij selecteren in diagnostisch archief.	De huisarts selecteert.
<i>Besproken met patiënt</i>		De huisarts formuleert.
<i>Procedurevoorstel</i>	HIS presenteert keuzelijst van huisarts.	De huisarts selecteert.
<i>Controle huisarts</i>		De huisarts formuleert.
<i>Controle psychiater</i>		De huisarts formuleert.
<i>Bijlage</i>		
<i>Voorzieningen nodig bij consult</i>		De huisarts formuleert.
<i>Probleemlijst, episodelijst</i>	HIS presenteert een leeg veld. HIS ondersteunt selecteren vanuit de volledige episodelijst.	De huisarts controleert.
<i>Psychiatrische voorgeschiedenis</i>	HIS ondersteunt zo mogelijk.	De huisarts selecteert (uit) de laatste brief van de GGZ of uit gesloten episodes.
<i>Lichamelijk onderzoek</i>	HIS presenteert een leeg veld. HIS ondersteunt bij selecteren van O-regels.	De huisarts selecteert en vult zo nodig handmatig aan.
<i>Allergie, intolerantie</i>	HIS presenteert geneesmiddelenallergie en intoleranties.	De huisarts controleert.
<i>Contra-indicaties</i>	HIS presenteert de aanwezig comorbiditeit (gerelateerd aan de open episodes).	De huisarts controleert.
<i>Aanvullend onderzoek</i>	HIS presenteert een leeg veld. HIS ondersteunt bij selecteren vanuit diagnostisch archief en correspondentie.	De huisarts selecteert uit het diagnostisch archief en/of de correspondentie.
<i>Familieanamnese</i>	HIS presenteert een leeg veld. HIS ondersteunt selecteren van de familie-anamnese.	De huisarts selecteert.
<i>Reanimatiebeleid</i>	HIS presenteert een leeg veld. HIS ondersteunt selecteren uit de sociale gegevens.	De huisarts formuleert.
<i>Levenstestament, donorcodicil</i>	HIS ondersteunt selecteren uit de sociale gegevens.	De huisarts selecteert.

7 Implementatie bij de GGZ

Implementatie van de richtlijn bij de GGZ vergt ondersteuning vanuit het informatiesysteem dat de GGZ gebruikt en correct gebruik van functionaliteit door de zorgverlener die het bericht opstelt en verzendt. Pas als aan deze eisen is voldaan zullen brieven volgens de richtlijn worden geproduceerd. Voor de GGZ zijn eisen van ondersteuning opgenomen in het referentiemodel van GGZ-N.

Bijlage A: wijze van verzenden, beveiliging

Wijze van verzenden

Bij de wijze van verzenden zijn aan de orde:

- het technische format, bijvoorbeeld HL7 (in diverse formats), Edifact, XML, opgemaakte tekst;
- de wijze van uitwisselen, te weten elektronisch (meerdere alternatieven), fax of papier.

Idealiter verzendt men de brief als HL7 bericht via een beveiligd en/of besloten netwerk.

Beveiliging

Alle genoemde berichten bevatten medisch-inhoudelijke gegevens, die altijd het hoogste niveau van informatiebeveiliging vragen. Onafhankelijk van de wijze van verzenden komt het bericht op enig moment buiten de beveiligde omgeving van de zorginstelling. Het is daarom van belang om maatregelen te nemen voor het waarborgen van beschikbaarheid, integriteit en exclusiviteit van het bericht. Hier wordt volstaan met het noemen van een minimale set maatregelen; vaak zullen meer maatregelen noodzakelijk zijn.

De papieren brief wordt verzonden in een gesloten envelop of meegegeven aan de patiënt in een open envelop. Verzending per fax vereist aan beide kanten een apparaat dat onder toezicht of achter slot en grendel staat. Telefonische bevestiging van het faxnummer wordt geadviseerd.

Als het bericht via e-mail wordt verzonden, dan dient dit versleuteld te geschieden over een beveiligd netwerk met certificaten aan beide kanten.

Bij verzending via eigen netwerken of inbellijnen moeten beveiligde verbindingen worden gebruikt met de hiervoor algemeen gangbare beveiligingseisen. Op zijn minst moet versleuteling plaatsvinden.

In alle gevallen moet de ontvangende organisatie ervoor zorgen dat de brief daadwerkelijk bij de geadresseerde aankomt, en dat er onderweg geen ongeautoriseerde inzage is.

Bijlage B: ontwikkelingen

GGZ-N: referentiemodel

GGZ Nederland ziet de implementatie van deze richtlijn als een belangrijke stap voorwaarts in de samenwerking in de zorgketen rondom de cliënt met een psychische of psychiatrische aandoening. GGZ Nederland wil bevorderen dat deze richtlijn daadwerkelijk breed wordt omarmd en geïmplementeerd. In de nazomer van 2011 zal GGZ Nederland een implementatieplan opstellen. Waar nu de richtlijn zich vooral richt op de tweedelijns GGZ behoeft hij verdere uitbreiding naar andere doelgroepen: kinder- en jeugdpsychiatrie, verslavingszorg en eerstelijns zorg. Veel zorginstellingen in de ggz werken immers met veel verschillende cliëntengroepen. Bij gepaste zorg (eerstelijns zorg waar het kan en tweedelijns zorg waar het moet) hoort ook gepast berichtenverkeer. In die context is het zinvol om na te gaan of zorgverleners in de eerstelijns zorg ook goed met deze richtlijn uit de voeten kunnen.

Nictiz⁷: landelijk EPD

Met het oog op de toekomstige landelijke ontsluiting van dossiers is het van belang dat de relatie van de berichtuitwisseling via deze richtlijn met het landelijk gegevensmodel bekend is en wordt onderhouden. In april 2011 heeft de Eerste Kamer tegen het wetsvoorstel EPD gestemd. Dit betekent dat de overheid haar medewerking aan het beheer, onderhoud en verdere ontwikkeling van de zorginfrastructuur beëindigt. Hoe de toekomst van de zorginfrastructuur er uit gaat zien, is op het moment nog niet bekend. Deze richtlijn kan geholpen zijn met de zorginfrastructuur, maar implementatie is daarvan zeker niet afhankelijk. Partijen zetten zich in om hoe dan ook te komen tot ondersteuning van deze berichtenset volgens landelijke technische afspraken.

NHG HIS-referentiemodel, NHG-Richtlijn Adequate dossiervoering (ADEPD 2009)

Deze richtlijn geldt integraal voor het HIS-referentiemodel 2010.

Voor het geautomatiseerd vullen van verwijsbrieven op basis van deze richtlijn is ADEPD een essentiële richtlijn. Wanneer de huisarts ADEPD toepast, kan de brief beter automatisch worden 'voorgevuld'. Voor het in concrete gevallen adequaat verwijzen is met een aanvulling op de richtlijn ADEPD voorzien. Zo kan de huisarts bij een verwijsbrief al bij het vastleggen van het deelcontact rekening houden met de automatische voorzet voor de verwijsbrief.

⁷ Nationaal ICT Instituut in de Zorg

Privacy versus informatiebehoefte

De werkgroep die de richtlijn 'informatie-uitwisseling huisarts - tweedelijns GGZ' ontwikkelde, heeft zich gebogen over de vraag wat te doen bij de psychiatrische patiënt die het opvragen van informatie niet toestaat. Zo'n weigering kan veroorzaakt worden door verwardheid of het psychiatrisch ziektebeeld van de patiënt. De werkgroep is tot de conclusie gekomen dat hierover in het kader van deze richtlijn geen algemeen geldende afspraken kunnen worden vastgelegd. Door de zorgverlener zal in ieder individueel geval een afweging moeten worden gemaakt op basis van goed behandelaarschap. De afweging betreft de consequenties voor de patiënt (en zijn omgeving) van ontbrekende of onvolledige informatie enerzijds en de schending van de privacywens van de patiënt anderzijds.

Bijlage C: use-cases

Voor alle hier beschreven casus geldt dat ze door de werkgroep zijn opgesteld om het probleemgebied te beschrijven en te controleren of de voorgestelde berichten goed bij de praktijk passen. Ze kunnen gebruikt worden als hulpmiddel bij implementatie van de systemen en in de praktijk.

Casus 1 – verwijzing naar GGZ bij acute problematiek (psychose)

Pieter is een 17-jarige VWO-scholier die eigenlijk nooit ziek is. Hij woont thuis bij zijn ouders met zijn broer van 15 jaar. Pieter is een wat introverte jongen, die al enige jaren regelmatig wiet rookt. Hij sport niet en is een intensieve computergamer. De afgelopen maanden ging het op school minder goed, wat er uiteindelijk in resulteerde dat hij de vierde klas van het atheneum doubleerde. Thuis was hij stiller dan gebruikelijk, in zichzelf gekeerd; soms leek hij in zichzelf te praten. Desgevraagd vertelde hij zijn ouders dat hij moeite had om zich te concentreren maar dat er verder niets bijzonders was.

Vanmorgen is hij onder de douche heftig in paniek geraakt. Hij is ervan overtuigd dat er zoutzuur uit de douche komt en is niet van die gedachte af te brengen.

Zijn moeder heeft de huisarts gebeld.

De huisarts treft bij aankomst een erg verwarde jongeman, die stemmen hoort en zich bedreigd voelt. De huisarts neemt contact op met de crisisdienst van de GGZ en krijgt de triagist, op dit moment een SPV⁸, aan de lijn. Zij spreken af dat de crisisdienst vandaag een huisbezoek aflegt om de situatie te beoordelen en de behandeling over te nemen.

Terug in de praktijk stuurt de huisarts de (GGZ-)verwijsbrief (1) naar de crisisdienst. Daarin staat de informatie die de crisisdienst nodig heeft om na het huisbezoek gericht beleid in te kunnen zetten, zoals anamnese, eerdere behandelingen en medicatiegeschiedenis.

De SPV overlegt met zijn collega's en de psychiater van dienst en gaat een uur later op huisbezoek. Pieter is nog steeds erg in de war en blijft ervan overtuigd dat er zoutzuur uit de douche komt. Zijn onsamenhangende verhaal geeft blijk van veel angst en achterdocht. Pieter geeft ook aan stemmen te horen die hem vertellen dat hij zichzelf

⁸ Triage wordt meestal gedaan door een psychiatrisch verpleegkundige. Soms zit ook de psychiater aan de telefoon, of een speciaal geschoolde centralist.

van het leven moet beroven. Pieter vermoedt dat hij moet sterven, dat hij al tijden in de gaten wordt gehouden en dat ze hem nu gaan vermoorden. De SPV belt met de psychiater van de crisisdienst en geeft aan dat hij denkt dat Pieter psychotisch is. De SPV gaat vervolgens met Pieter en diens moeder naar de crisisdienst, waar de psychiater na onderzoek concludeert dat Pieter inderdaad psychotisch is en dat een crisisonopname geïndiceerd is.

Het secretariaat van de crisisdienst overlegt met de opnameafdeling. *Inmiddels is de brief van de huisarts beschikbaar.* De SPV van opname stelt een voorlopig behandelingsplan op, maakt afspraken met de afdeling en Pieter wordt opgenomen met als werkhypothese ‘psychose’ en met afspraken over nadere diagnostiek en behandeling. Diagnostiek bestaat uit analyse van de informatie uit de voorgeschiedenis en overige gegevens van de huisarts, en uit consulten door de SPV, psychiater crisisdienst en intake kliniek. Behandeling is in de eerste plaats medicamenteus en er wordt voorzien in een gestructureerde, prikkelarme omgeving. Alle betrokkenen vullen hun rapportage aan.

De psychiater ondertekent de volgende dag een door de SPV opgesteld kort bericht na intake (4) voor de huisarts. Het bevat de reden van aanmelding, de voorlopige diagnostische gegevens, het ingestelde beleid (diagnostiek, crisisonopname, voorlopige behandelingsafspraken), een indicatie wat betreft evaluatie van de afspraken, wanneer het beleid zal worden geëvalueerd (binnen een paar dagen tot een week), wanneer er nieuw beleid zal worden geformuleerd, wie verantwoordelijk is voor de behandeling en wie als contactpersoon optreedt⁹.

Indien de crisisdienst en/of de kliniek onvoldoende informatie beschikbaar heeft vanuit de huisarts, wordt telefonisch om aanvullende informatie gevraagd¹⁰. Deze voegen crisisdienst en/of de kliniek toe aan het dossier.

Na een week wordt in een multidisciplinaire evaluatie geconcludeerd dat Pieter aan een psychose lijdt. Het beeld doet schizofrenie vermoeden. De behandeling is ingesteld met psychofarmaca en verpleegkundige zorg. Het beleid wordt voortgezet waarbij de verwachting is dat Pieter over een paar weken ambulante hulp zal krijgen. Na veertien dagen wordt naar aanleiding van een multidisciplinaire evaluatie de klinische opname beëindigd. De familie van Pieter wordt ingelicht over de diagnose en de voorgenomen behandeling. Pieter gaat akkoord met het behandelingsplan. Er is geen maatregel nodig en Pieter wordt aangemeld voor een ambulante behandeling.

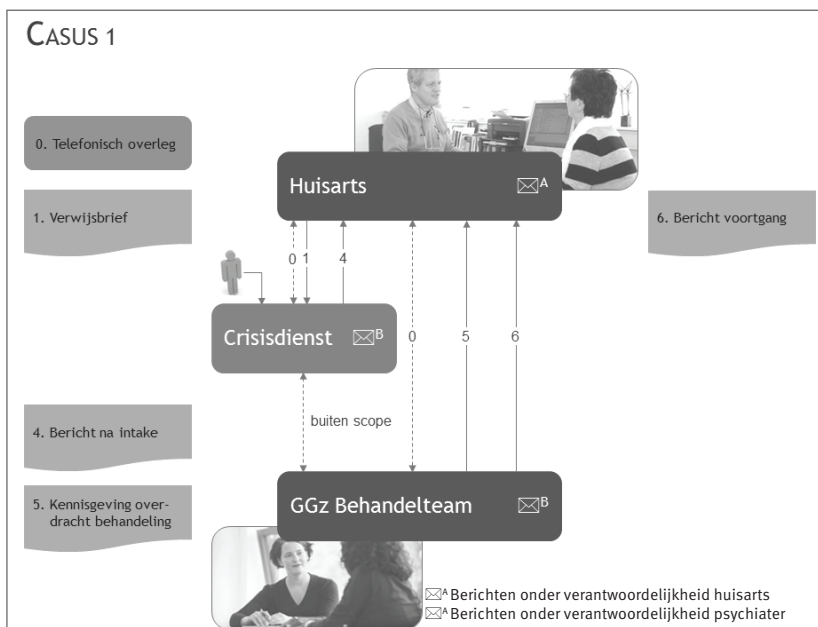
⁹ Mocht er bij een opname sprake zijn van een IBS dan wordt dit tevens opgenomen in dit bericht.

¹⁰ Het best geschiedt dit via een bericht ‘vraag om nadere informatie’ en een bericht ‘nadere informatie’, dan is juiste dossiervoering het best gewaarborgd. In de praktijk kan het ook telefonisch, dan is het zaak dat de psychiatrisch verpleegkundige in het dossier noteert dat dit dan en dan telefonisch verkregen informatie van de huisarts is. Andere alternatieven zijn in de praktijk soms mail of fax. Dit vraagt extra zorg voor privacy, en ook weer aantekening in het dossier.

De psychiater stuurt een kennisgeving overdracht behandeling (5) naar de huisarts (werkdiagnose, behandeling, medicatie, verder beleid, ambulante behandelaar, wachttijd en contactpersoon).

Al na een week kan Pieter terecht bij de ambulante hulpverlener. Deze vult op basis van de beschikbare informatie uit het EPD het behandelplan aan en maakt afspraken met het behandelteam over het te voeren beleid: medicamenteuze behandeling, verpleegkundige behandeling en CGT. Het behandelingsplan bevat de diagnose, relevante informatie vanuit de intake en diagnostiek. Het behandelingsplan vermeldt ook dat over drie maanden het beleid zal worden geëvalueerd en een effectmeting zal plaatsvinden.

Deze informatie wordt naar de huisarts gestuurd (6).



Casus 2 - verwijzing naar GGZ bij chronische problematiek

Marieke is 36 jaar, getrouwd en heeft 2 kinderen, 9 en 6 jaar oud. Ze heeft haar VMBO afgemaakt en is daarna als productiemedewerker aan de slag gegaan. Na de geboorte van de kinderen is ze een aantal jaren thuis gebleven. De laatste jaren maakt ze voor een schoonmaakbedrijf drie avonden in de week kantoren schoon. Haar man werkt in de bouw en is 's avonds thuis.

Marieke heeft na de geboortes van beide kinderen een angstige en sombere periode gehad. Hiervoor heeft ze de eerste keer geen hulp gezocht; na de geboorte van het tweede kind is ze door de huisarts verwezen naar een psycholoog. Ze heeft toen ruim een jaar gesprekken gehad, waarna de angstige gedachten en de somberheid verdwenen. Ze wilde geen medicatie omdat ze borstvoeding gaf. Nu heeft ze al ruim een jaar last van somberheid, weinig energie, piekeren, duizeligheid en hartkloppingen. Dit laatste treedt meestal op als ze alleen buiten is en vooral in grote open ruimten. In de loop van de tijd namen de klachten toe en kwamen deze ook op het werk steeds meer voor. Uiteindelijk durfde Marieke bijna niet meer alleen de straat op en heeft ze zich ziek gemeld. Toen is ze ook naar de huisarts gegaan.

De huisarts dacht aan hyperventilatie. Hij heeft haar een folder gegeven over hyperventilatie en uitgelegd wat ze in geval van een 'aanval' kan doen. Toen dat niet hielp heeft ze in tweede instantie voor tien dagen oxazepam gehad. Daar werd ze wel suf van maar de angst bleef terugkomen. Uit de consulten bij de huisarts werd duidelijk dat de huidige klachten mogelijk enkele jaren geleden zijn begonnen na een confrontatie met de buurman over baldadig gedrag van de kinderen. Ze heeft zich toen door de buurman erg bedreigd en in het nauw gedreven gevoeld. Mede om die reden is het gezin inmiddels verhuisd naar een andere wijk.

Omdat er haar klachten niet verbeteren verwijst de huisarts haar naar de GGZ.

De huisarts schrijft een verwijfsbrief en stuurt die naar de GGZ (1).

Marieke maakt zelf een afspraak en kan na vier weken terecht bij de GGZ-instelling. Deze stuurt Marieke een uitnodigingsbrief voor de intake waarmee de afspraak ook bevestigd is.

De GGZ stuurt de huisarts een bevestiging van de afspraak voor de intake (3).

Tijdens de wachttijd escaleert de situatie. Marieke meldt zich weer bij de huisarts. Deze besluit tot het voorschrijven van een lage dosering citalopram.

Bij de intake inventariseert de psychiater de aard en ernst van de klachten en stelt de werkdiagnose paniekstoornis met agorafobie. Hij verwijst Marieke naar de zorglijn angststoornissen voor cognitieve gedragstherapie.

De psychiater stuurt de huisarts een bericht na intake met werkdiagnose en beleid, de wachttijd (indien van toepassing) en de naam van de contactpersoon (4).

Vanwege de toenemende ernst van de angst- en somberheidsklachten verhoogt de psychiater in het zorgprogramma haar dosering antidepressivum (citalopram). Op deze medicatie raakt Marieke eerst licht en later flink ontremd. Zij slaapt niet of nauwelijks, heeft zich nog nooit zo goed gevoeld en heeft nog nooit zo veel energie gehad. Zij ziet nu ook eindelijk hoe in het leven alles in elkaar past. Zij gaat in huis allerlei dingen verplaatsen om het vredesproces in de wereld in evenwicht te brengen. Haar echtgenoot ziet het een paar dagen aan, maar als Marieke de derde nacht op rij weer niet slaapt, gaat hij met haar naar de huisartsenpost om slaapmedicatie te vragen.

De dienstdoende huisarts ziet een drukpratende, beweeglijke, giechelende vrouw die wat slordig gekleed is en op zijn bureau gaat zitten in plaats van op de stoel. Zij heeft een warrig verhaal over wereldvrede en hoe dat verband houdt met de kleuren in haar badkamer. Hij overlegt telefonisch met de crisisdienst, en ze besluiten dat de crisisdienst moet langskomen. De crisisdienst beoordeelt Marieke, geeft haar voor de nacht een antipsychoticum en regelt een afspraak met haar behandelaar op de poli voor de volgende dag.

De GGZ-crisisdienst stuurt een bericht na intake over de crisisintake naar de huisarts (4).

Bij navraag op de polikliniek blijkt dat in Mariekes familie bipolaire stoornissen voorkomen. De psychiater stelt de diagnose bij: bipolaire stoornis. Hij verwijst Marieke naar het zorgprogramma stemmingsstoornissen. De psychiater aldaar schrijft een stemmingsstabilisator voor. Haar manie gaat erg langzaam over. Nog heel lang houdt zij vast aan het idee dat kleuren een speciale betekenis hebben.

De psychiater stuurt een bericht (7) naar de huisarts met aangepaste diagnose en beleid.

Na twee maanden is de stemming geheel omgeslagen. De manie is verdwenen en heeft plaatsgemaakt voor een depressie. De psychiater past de medicatie aan.

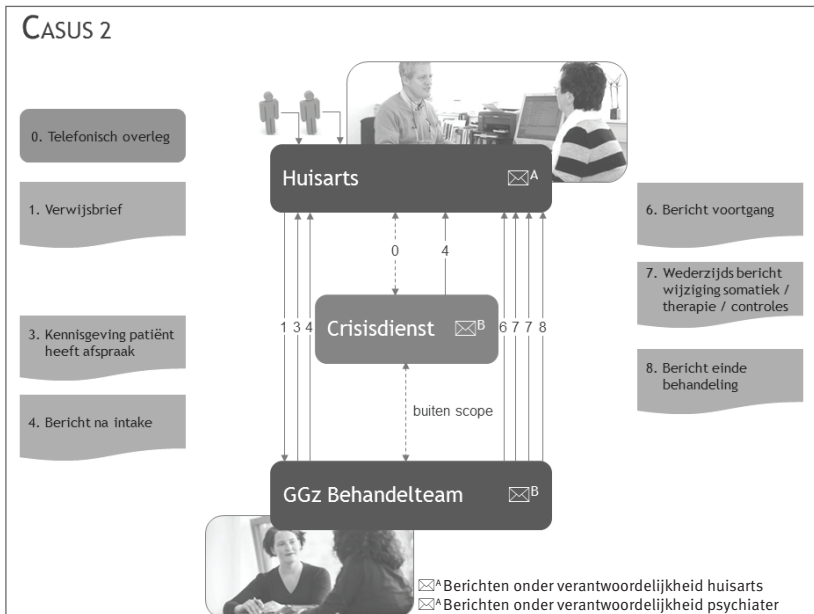
De psychiater stuurt een bericht (7) naar de huisarts met aangepaste diagnose en beleid.

Maanden later stabiliseert het beeld. De psychiater stelt Marieke in op onderhoudsmedicatie (een stemmingsstabilisator). Marieke blijft daarom onder controle van de psychiater van de GGZ-instelling.

De psychiater stuurt elk jaar een bericht (6) naar de huisarts, met bijgevoegd het signaleringsplan.

Na twee jaar blijft het beeld stabiel. De medicatie wordt geleidelijk afgebouwd en de GGZ staakt de controle, met de afspraak dat bij de eerste tekenen van depressie of ontremming de huisarts direct contact opneemt met de GGZ (het signaleringsplan).

De GGZ stuurt een afsluitende brief (8) en vermeldt daarin wie te bellen als het weer misgaat.



Casus 3 – Verwijzing van huisarts naar GGZ bij multiproblematiek

Mevrouw Van Dam is 69 jaar. Ze heeft diabetes mellitus type 2, hypertensie, overgewicht en gonartrose. Ze is tot haar vijfenvijftigste kapster geweest en stopte toen vanwege knieklachten. Haar hobby's zijn tuinieren en handwerken. Vijf jaar geleden na de pensionering van haar man zijn ze verhuisd naar A, waar haar enige dochter woont met haar gezin. Sinds een jaar is ze nu weduwe.

In haar vorige woonplaats is mevrouw Van Dam onder behandeling van de GGZ geweest in verband met een depressie. Haar man is vorig jaar overleden aan kanker en daarna is het met mevrouw Van Dam geleidelijk aan minder gegaan. Ze gaat nog maar weinig de deur uit, haar interesse in de kleinkinderen is afgenomen, ze maakt nauwelijks het huis meer schoon en kookt niet meer voor zichzelf. Soms vergeet ze afspraken. Haar dochter heeft haar zo veel mogelijk ondersteund maar die heeft drie jonge kinderen en werkt vier dagen in de week. Het dreigt haar nu boven het hoofd te groeien.

Door de verhuizing heeft mevrouw Van Dam slechts een klein sociaal netwerk; er is een buurvrouw die een paar keer per week binnenloopt voor een praatje.

Mevrouw Van Dam heeft van de huisarts paroxetine 20 mg gekregen voor haar depressieve klachten. Dat gebruikt ze nu 5 weken, tot nog toe zonder merkbaar resultaat. Daarnaast gebruikt ze: tolbutamide 500 mg 3 x dd 1, metformine 850 mg 3 x dd 1, simvastatine 40 mg 1 x dd 1, bisoprolol 10 mg 1 x dd 1, captopril 50 mg 1 x dd 1, hydrochloorthiazide 25 mg 1 x dd 1, paracetamol 500 zo nodig 1-3 x dd 1.

Als mevrouw Van Dam bij herhaling aangeeft dat het leven voor haar geen zin meer heeft en dat ze dood beter af zou zijn, maakt de huisarts een afspraak met de GGZ. Gezien haar leeftijd stuurt de huisarts mevrouw Van Dam in voor de ouderenpsychiatrie¹¹, maar hij overlegt over het moment van intake omdat hij zich zorgen maakt over de suïcidaliteit. Met de GGZ spreekt hij af dat hij zelf de wachttijd tot de intake zal overbruggen met regelmatige bezoeken aan patiënte.

De huisarts schrijft de (GGZ-)verwijsbrief (1) met daarin de psychiatrische en somatische voorgeschiedenis, de actuele medicatie (voor de paroxetine ook hoe lang ze dit gebruikt), de reden van verwijzing en beschrijving van de spoedsituatie.

De GGZ stuurt de huisarts een bevestiging van de intake-afpraak die bij mevrouw Van Dam thuis plaats zal vinden (3).

Na twee weken krijgt mevrouw Van Dam bezoek van een psycholoog uit het team van de ouderenpsychiatrie voor de intake. Deze concludeert na de intake dat er waar-

¹¹ Indien de verwijsbrief terecht komt bij de afdeling ambulante volwassenen zal deze intern doorgestuurd worden naar de ouderenpsychiatrie.

schijnlijk een recidiverende depressieve stoornis is, geluxeerd door het overlijden van de echtgenoot. De suïcidaliteit blijkt mee te vallen; in haar wanhoop heeft mevrouw Van Dam wel eens wat geroepen, maar aan de psycholoog laat ze weten niet dood te willen. Ze is opgelucht dat ze weer bij de GGZ in behandeling is. In overleg wordt gekozen voor poliklinisch begeleidingscontact met nadruk op activatie. Er zal ook een tweede intake volgen bij de psychiater, vooral gericht op aanpassing van de medicatie. Ook wordt met mevrouw Van Dam afgesproken dat eenmaal per twee weken een ambulante verpleegkundige op huisbezoek komt (ook om te kijken hoe het gaat met de zelfzorg en huishouding).

De psycholoog stuurt de volgende dag een bericht na intake (4) naar de huisarts met werkdiagnose, beleid en contactpersoon.

Na de intake volgt een bespreking binnen het ambulante team en wordt nader beleid vastgesteld. Omdat mevrouw Van Dam volgens de brief van de huisarts een uitgebreide psychiatrische voorgeschiedenis heeft, vraagt de ouderenpsychiater met toestemming van patiënte aanvullende informatie op over eerdere behandelingen bij de GGZ-instelling in haar vorige woonplaats. Deze instelling stuurt de informatie per post. Ook volgt een poliklinische afspraak met de psychiater. Mevrouw Van Dam wordt poliklinisch gevolgd door zowel een SPV als de psychiater. Een verpleegkundige legt de huisbezoeken af. Bij het eerste bezoek verhoogt de psychiater haar dosering paroxetine, wat hij bij een volgend bezoek wijzigt in venlafaxine. Dit kan consequenties hebben voor de bloeddrukregulatie.

De GGZ stuurt een bericht in verband met wijziging van medicatie (7) en vraagt de huisarts de bloeddruk te controleren.

Na een week gebruik van venlafaxine meldt patiënte zich met misselijkheid bij de huisarts. De huisarts onderzoekt haar en stelt vast de medicatie waarschijnlijk de oorzaak is. Hij stelt patiënte gerust en vraagt haar deze mogelijke bijwerking te bespreken met de psychiater, hetzij telefonisch, hetzij tijdens het volgende policontract.

Correspondentie tussen huisarts en psychiater is niet nodig bij een dergelijke niet-ernstige bijwerking.

Mevrouw Van Dam krijgt bij de volgende controle een lichte dosis van een anti-psychoticum (quetiapine 25-50 mg), wat invloed kan hebben op haar gewicht en diabetes.

De huisarts krijgt opnieuw een korte brief met het verzoek de bloedsuikers te monitoren en de psychiater in te lichten zodra de metabole situatie verandert (7).¹²

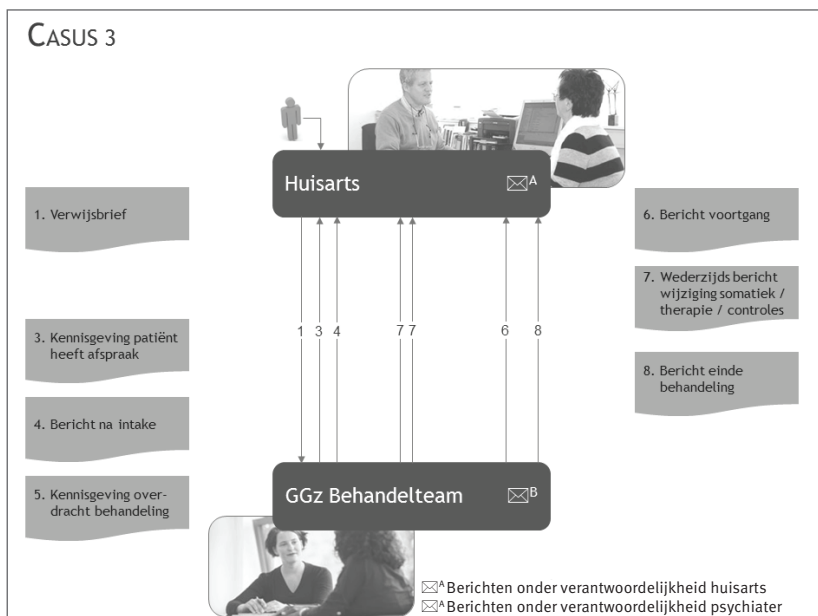
De praktijkondersteuner doet de driemaandelijke controles bij mevrouw Van Dam in verband met haar diabetes. Als de HbA1c oploopt, waarschijnlijk onder invloed van de quetiapine, bespreekt de praktijkondersteuner dat met de huisarts. Deze overlegt (telefonisch) met de behandelend psychiater (0) en ze spreken af dat het middel gestaakt zal worden.

De depressieve stemming van Mevrouw Van Dam verbetert maar matig. Ze blijft langdurig onder controle van de GGZ.

De GGZ stuurt eenmaal per jaar een verslag over de voortgang (6) naar de huisarts.

Uiteindelijk blijkt de depressie mede veroorzaakt te worden door een beginnende dementie. Mevrouw Van Dam wordt opgenomen op de psychogeriatrische afdeling van een verzorgingshuis. Hiermee eindigt de behandeling door de GGZ.

De GGZ stuurt een bericht einde behandeling naar de huisarts (8).



¹² In geval van vaststelling van een nieuwe diabetes draagt de psychiater de controle en begeleiding daarvan over aan de huisarts.

Casus 4 – Draaideurpatiënt (persoonlijkheidsproblematiek)

Daniëlle is 18 jaar en heeft een broertje van 13. De ouders van Daniëlle zijn gescheiden toen ze 4 jaar oud was. Haar moeder is matig intelligent en alcoholiste. In de loop der jaren heeft moeder wisselende partners gehad. Uiteindelijk is Daniëlle op 14-jarige leeftijd in een pleeggezin geplaatst vanwege emotionele en fysieke verwaarlozing. In het pleeggezin zijn nog twee (eigen) kinderen van 20 en 17 jaar. Het is daar met Daniëlle nooit van een leien dakje gegaan: ze is prikkelbaar, heeft wisselende stemmingen en is snel gefrustreerd. Met veel schoolverzuim heeft ze uiteindelijk het LBO afgemaakt en ze werkt nu als kassière in een supermarkt. Ze houdt zich in het pleeggezin niet aan de afspraken, gaat in het weekend naar dance-feesten die de hele nacht doorgaan en waar ze xtc gebruikt, en met de pleegzusjes zijn er ruzies over ‘geleende’ kleren en make-up. Ze heeft regelmatig vriendjes, maar de relaties duren nooit lang en eindigen meestal met ruzie en emotionele uitbarstingen. Omdat het pleeggezin op deze manier niet met haar verder kan, wordt hulp gezocht, mede in overleg met jeugdzorg. Daniëlle gaat naar (haar eigen) huisarts. Deze is door informatie van de pleegmoeder al behoorlijk op de hoogte van wat er speelt. De huisarts denkt aan persoonlijkheidsproblematiek; zij stelt voor een afspraak te maken met de GGZ en Daniëlle gaat daarmee akkoord.

De huisarts stuurt een verwijfsbrief naar GGZ-A (1).

GGZ-A nodigt Daniëlle zes weken later uit voor een intakegesprek.

GGZ-A stuurt een bericht over de uitnodiging voor de intake naar de huisarts (3).

GGZ-A doet de intake. Werkdiagnose: persoonlijkheidsproblematiek met borderlinetrekken.

GGZ-A stuurt een bericht na intake, met daarin het beleid, de wachttijd en de naam van de contactpersoon (4).

Na één gesprek verschijnt Daniëlle zonder kennisgeving niet op de tweede afspraak. De secretaresse van GGZ-A krijgt geen reactie op Daniëlle’s mobiele nummer en ook op een schriftelijke uitnodiging enkele weken later reageert ze niet.

Na verloop van enkele weken wordt Daniëlle op een avond door een vriendin naar de huisartsenpost gebracht omdat ze met suïcide dreigt nadat haar vriend het heeft uitgemaakt. Daniëlle vertelt niet dat ze bekend is bij GGZ-A. De dienstdoende huisarts op de CHP schakelt telefonisch de crisisdienst van GGZ-B in.¹³

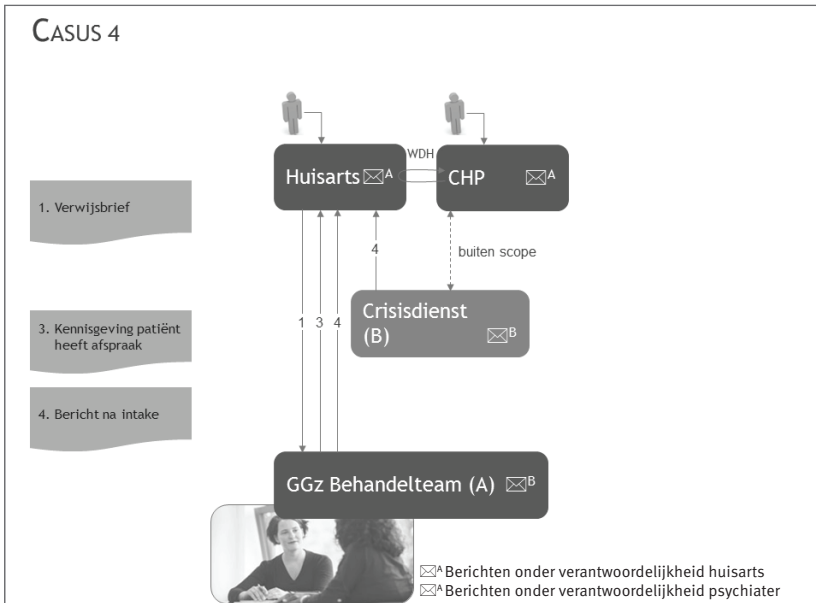
¹³ In deze casus gaan we er van uit dat de dienstdoende huisarts op de CHP niet de professionele samenvatting ter beschikking heeft en daardoor niet geïnformeerd is over Daniëlle’s intake bij GGZ-A.

De dienstdoende SPV van GGZ-B doet een spoedintake. Ze maakt na overleg met de dienstdoende psychiater een non-suïcideafpraak met Daniëlle en een vervolgfafspraak op de polikliniek Werkdiagnose: persoonlijkheidsproblematiek. Ook hier zegt Daniëlle niets over haar contact met GGZ-A.

De dienstdoende SPV van GGZ-B stuurt een bericht na de crisisintake naar de huisarts met daarin de aanleiding, werkdiagnose en afspraken (4).

De huisarts ontvangt de volgende dag het waarneemretourbericht van de huisartsenpost en het bericht van de crisisintake van GGZ-B, maar onderneemt hierop geen actie. Daags daarna wordt de huisarts gebeld door de behandelend psychiater van GGZ-A. Deze laat weten dat Daniëlle na haar eerste afspraak niet meer is verschenen en niet op een telefonische en schriftelijke oproep heeft gereageerd. De psychiater wil afspraken maken over de verantwoordelijkheden en taakverdeling bij eventuele crisissituaties.¹⁴

Daniëlle's behandeling kan binnen een termijn van één jaar weer opgepakt worden door de instelling waar zij al onder behandeling is.



¹⁴ In bepaalde situaties (bijvoorbeeld persoonlijkheidsproblematiek) is het gewenst dat de psychiater in geval van onttrekking aan de behandeling telefonisch contact opneemt met de huisarts om te overleggen over het verdere beleid.

Casus 5 – Patiënt gaat rechtstreeks naar de GGZ

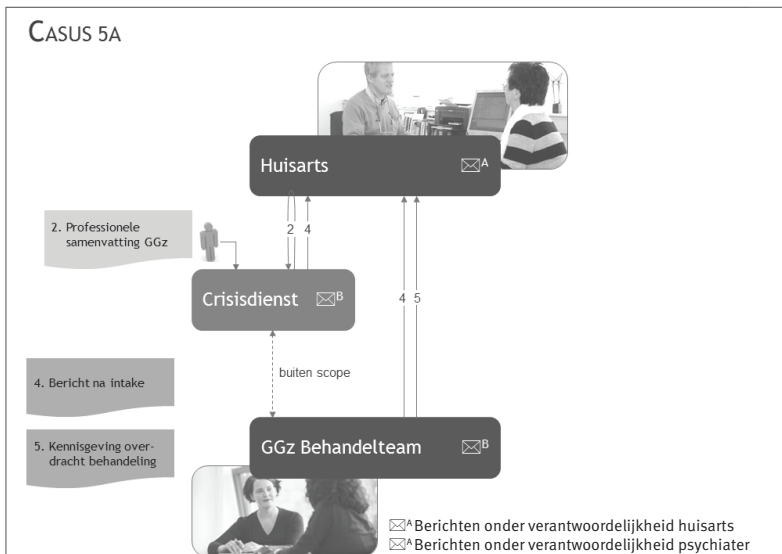
Casus 5a: politie – crisisdienst – GGZ instelling met IBS

De politie wordt gewaarschuwd als er een verwarde vrouw van middelbare leeftijd midden op het drukke kruispunt staat in stad A. Het is een gevaarlijke situatie; het verkeer rijdt rakelings langs haar heen. Zij wordt – tegenstribbelend – door de politie meegenomen naar het bureau. Daar gaat zij onder protest en tegenwerkend de cel in. Zij wil niet aan de politie doorgeven hoe zij heet, noch waar zij vandaan komt. Zij heeft ook niets bij zich. Zij praat veel, maar wat zij zegt is onbegrijpelijk en verward. De politie schakelt de crisisdienst in. De crisisdienst komt en beoordeelt de patiënte. De voorwacht krijgt in ieder geval een naam van de patiënte en die van haar huisarts te horen (in dorp B).

Een door de huisartsenpost opgevraagd pull-bericht, de professionele samenvatting (2), kan duidelijk maken dat het hier handelt om een bij GGZ-instelling C bekende patiënte met een bipolaire stoornis, nu weer in een manische fase.

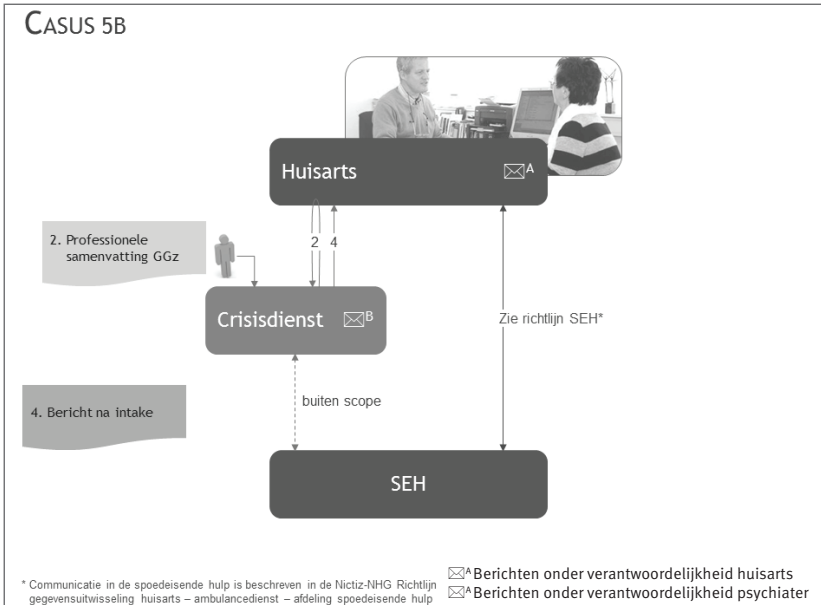
De crisisdienst laat patiënte beoordelen door de dienstdoende psychiater. Deze acht opname noodzakelijk en schrijft een IBS uit. Patiënte krijgt medicatie aangeboden, maar weigert die te nemen. De crisisdienst neemt contact op met GGZ-instelling C om te vragen of er plaats is. Patiënte komt terecht op de opname-afdeling.

De psychiater stuurt een bericht na intake naar de huisarts (4) met daarin de (werk) diagnose, het beleid en de contactpersoon.



Casus 5b: Beveiliging – politie – crisisdienst – (huisarts) – SEH algemeen ziekenhuis

Een goed verzorgde man van een jaar of 40 wordt in verwarde toestand aangetroffen in een groot warehouse. De beveiligingsbeambte schakelt de politie in. Deze komt en neemt de man mee naar het bureau. Aldaar wordt de crisisdienst ingeschakeld. De man heeft een portefeuille bij zich; deze bevat documenten waaruit blijkt wie hij is. Via opuragen van het dossier bij de huisarts wordt duidelijk dat bij deze man geen psychiatrische stoornis bekend is, maar wel een ernstige diabetes mellitus die maar moeilijk onder controle te krijgen is. Ondertussen gaat de toestand van de man snel achteruit: hij wordt suffer en krijgt een snurkende ademhaling. De psychiater die hem beoordeelt vermoedt een somatische oorzaak voor zijn toestandbeeld en laat de man met de ambulance naar de SEH van het algemeen ziekenhuis vervoeren. Daar wordt de man snel behandeld voor zijn inmiddels soporeuze toestand door een ernstige hypoglykemie.



Casus 5c: Via SEH naar PAAZ (depressie en suïcidaliteit)

Jan is 33 jaar oud. Zijn vader leed aan depressies en is overleden toen Jan 14 jaar was. Jan is ook introvert en 'zwaar op de hand'. Hij woont al een aantal jaren zelfstandig op een flat. Hij heeft drie jaar een relatie gehad, maar zijn vriendin kon niet tegen zijn zwaarmoedigheid en is er twee jaar geleden met zijn beste vriend vandoor gegaan. Hij werkt als bankwerker, al meer dan tien jaar bij hetzelfde bedrijf. De goede sfeer op het werk en de collega's houden hem op de been. Doordeweeks drinkt Jan geen alcohol, maar in het weekend gaat hij kaarten en biljarten in zijn stamcafé en gebruikt hij 10-20 glazen bier per dag. Door de recessie gaat het bedrijf waar hij werkt failliet en komt iedereen van de ene op de andere dag op straat te staan.

Jan ziet de bodem onder zijn bestaan wegvallen. Hij ziet geen toekomst meer voor zichzelf en na een aantal weken met veel drankgebruik besluit hij er op een zaterdagavond een eind aan te maken met een fles wodka en alle medicijnen die hij nog in huis heeft. Onder invloed van de wodka en medicijnen struikelt hij op weg naar het toilet en hij valt tegen een radiator. De buurman die op het lawaai af komt en een sleutel heeft, vindt Jan, stomdronken en met een aantal lege medicijndoosjes. De buurman belt de huisartsenpost.

De dienstdoende huisarts treft een dronken, slaperige, nauwelijks aanspreekbare man aan tussen een aantal lege medicijndoosjes van oudere datum: paracetamol, oxazepam en ibuprofen. Hoeveel tabletten Jan van de verschillende medicijnen heeft ingenomen, is niet te achterhalen. De huisarts overlegt telefonisch met de SEH waarna Jan met de ambulance daarheen wordt gebracht.

De huisarts geeft de gegevens die hij ter beschikking heeft (de gegevens van de eerdere CHP-bezoeken en de uitdraai van de professionele samenvatting) mee naar de SEH.¹⁵

De CHP stuurt een waarneemretourbericht naar de huisarts van Jan.

Op de SEH wordt de maag van Jan gespoeld en wordt hij een aantal uren geobserveerd. Zijn lichamelijke toestand blijft stabiel en als hij weer aanspreekbaar is volgt het intakegesprek met de dienstdoende psychiater. Jan maakt een depressieve indruk en uit zich nog suïcidaal. De psychiater besluit Jan op te nemen op de PAAZ van het ziekenhuis, Jan stemt hiermee in.

De SEH stuurt een bericht naar de huisarts.¹⁶

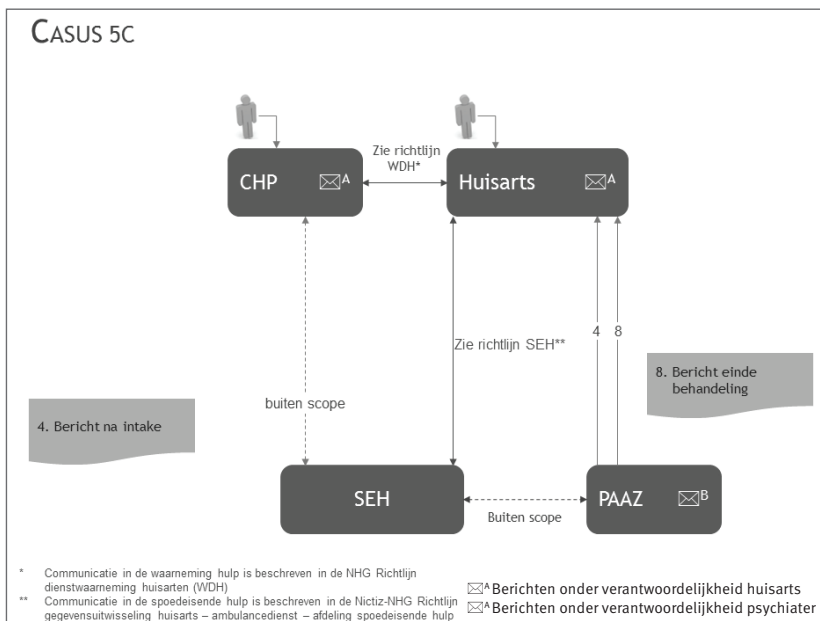
De psychiater stuurt een bericht na intake (4) naar de huisarts en naar de internist die hem op de SEH behandeld heeft, met daarin de werkdiagnose, behandeling en contactpersoon.

¹⁵ Bij ingevoerde SEH-berichtgeving gaan deze gegevens elektronisch naar de SEH of vraagt de SEH deze gegevens op bij de huisarts.

¹⁶ Zie SEH-berichtgeving.

Een week later ontslaat de psychiater Jan uit het ziekenhuis. De verdere begeleiding zal ambulant plaatsvinden: verwijzing naar de Polikliniek Psychiatrie van het ziekenhuis. De psychiater licht zowel de huisarts als de ambulant behandelaar in.

De psychiater stuurt een bericht einde behandeling (8) naar de huisarts, met daarin de diagnose, de behandeling, het beleid en de medicatie.



Casus 6 – Verwijzing naar GGZ door specialist

De heer Van den Broek is 54 jaar. Hij heeft een periode met veel stress achter de rug. Door een reorganisatie op zijn werk moet hij na 25 jaar ‘buitendienst’ naar een kantoorfunctie. In die periode kreeg hij een auto-ongeval waarbij hij veel rugpijn opliep. Op de SEH werd geen fractuur vastgesteld, maar in de weken daarna nam de rugpijn toe met uitstraling naar beide benen. De heer Van den Broek is voor zijn rugpijn diverse keren bij zijn huisarts geweest. Pijnmedicatie, rust en fysiotherapie hielpen niet. Inmiddels zit hij in de ziektewet en is hij door zijn huisarts eerst naar de orthopeed en later op eigen verzoek naar de neuroloog verwezen. Geen van beiden vond een somatische verklaring voor de pijnklachten. De neuroloog verwees hem naar de pijnpoli. De anesthesist van de pijnpoli heeft de pijnmedicatie uitgebreid en enkele proefblokkades gedaan waarop de pijnklachten niet verbeterden. De anesthesist stelt de diagnose ‘chronisch pijnsyndroom’

en legt de heer Van den Broek uit dat hij bij de behandeling de hulp van een gespecialiseerde psycholoog nodig heeft. De heer Van den Broek stemt in met de verwijzing.

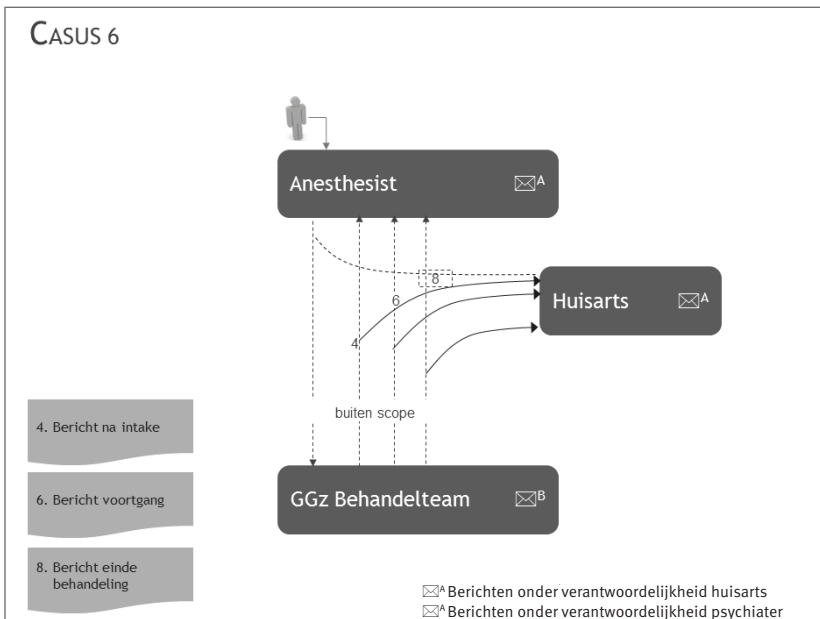
De anesthesist stuurt een verwijfsbrief (met daarin diagnose, behandeling, medicatie en uitslagen van eerdere onderzoeken) naar de psycholoog en een kopie van de brief naar de huisarts.¹⁷

De psycholoog heeft een intakegesprek met de heer van den Broek.

De psycholoog stuurt een verslag na intake (4) naar de anesthesist (met daarin werkdagnose, behandelingsplan en wachttijd) en een kopie van de brief naar de huisarts.

Bij wijzigingen in de diagnose of de behandeling stuurt de psycholoog een bericht voortgang (6) naar de anesthesist en een kopie van de brief naar de huisarts.

Bij beëindiging van de behandeling stuurt de psycholoog een eindverslag (8) naar de anesthesist (met daarin diagnose, behandeling, evaluatie, prognose en advies) en een kopie naar de huisarts.



¹⁷ In geval van een verwijzing naar een tweedelijns psycholoog zal deze nog een verwijzing van de huisarts vragen.

© Nederlands Huisartsen Genootschap
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Tel. 030 - 282 35 00
www.nhg.org