



# Informatiestroom tussen specialist en huisarts

*Een gezamenlijke terugblik in de dossiers bij ziekenhuisopname*

**H**et SYLOG-project oftewel het "SYstemen van LOkale Gezondheidszorg"-project werkt aan concrete maatregelen om de samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen te verbeteren. In het kader van dit project werd de informatieverstrekking tussen een ziekenhuis en een wijkgezondheidscentrum in Gent bestudeerd. Hieruit bleek dat één op drie ziekenhuisopnamen niet in het dossier van de huisartsen kon worden teruggevonden. Vooral informatie over opnamen op de dienst pediatrie en spoedopnamen ontbrak nogal eens. Welke maatregelen kunnen de informatiestroom hier vlotter doen verlopen?

X. de Béthune is verbonden aan het Departement Volksgezondheid van het Instituut voor Tropische Geneeskunde te Antwerpen;

R. De Ridder is werkzaam in het wijkgezondheidscentrum De Sleep te Gent;

A. Vermassen is verbonden aan het Sint-Lucas Ziekenhuis te Gent;

G. Laleman is verbonden aan het Departement Volksgezondheid van het Instituut voor Tropische Geneeskunde te Antwerpen;

P. Van der Stuyft is eveneens werkzaam bij het Departement Volksgezondheid van het Instituut voor Tropische Geneeskunde te Antwerpen.

In een "ideaal" gezondheidssysteem is de huisarts de centrale zorgverlener. Hij/zij neemt onder meer de belangrijkste beslissingen voor een verwijzing. De specialist oordeelt daarna, met behulp van de informatie van de huisarts, over het nut van een opname. Gedurende en na de opname wordt relevante informatie verder uitgewisseld tussen hen<sup>1</sup>. Spoeddiensten worden echter gemakkelijk door de patiënten zelf gebruikt om toegang te krijgen tot dringende en minder dringende zorgen<sup>2,3</sup>. Bovendien fungeren ze vaak als een snellere toegangspoort tot het hospitaal. Of en hoe de informatie-uitwisseling verloopt wanneer de spoeddienst optreedt als derde partij in de relatie tussen huisarts en specialist, blijft dikwijls een vraag. Die vraag werd ook gesteld in het kader van het "SYstemen van LOkale Gezondheidszorg" (SYLOG)-project<sup>4</sup> dat in Gent sinds einde 1996 de samenwerking bestudeert tussen huisartsen en ziekenhuizen,

op basis onder meer van casusbesprekingen<sup>5</sup>.

Zo werd bijvoorbeeld op de eerste vergadering van het SYLOG-project, waaraan artsen van twee instellingen meewerken, een opname besproken. Een patiënte van het wijkgezondheidscentrum De Sleep met een complexe pathologie werd na wa "medical shopping" voor de zoveelste maal opgenomen op de dienst inwendige ziekten van het Heilige Familie Ziekenhuis in Gent. De huisarts had de patiënte op de dag van de opname gezien, maar ze was later op dezelfde dag op eigen initiatief naar de spoedopnamedienst gekomen en vandaaruit opgenomen. Gedurende de casusbespreking bleek ook dat belangrijke informatie over de opname in het dossier van de huisarts ontbrak.

Er werd dus onderzocht hoe dikwijls patiënten van het wijkgezondheidscentrum langs de spoedopnamedienst werden opgenomen en of dit een invloed had op de informatiedoorstroming. Op basis van concrete gegevens zouden dan afspraken kunnen worden gemaakt voor een betere informatie-uitwisseling tussen het ziekenhuis en de huisartsenpraktijk. Dit artikel brengt verslag uit over dit onderzoek.

## Patiënten en methoden

Het wijkgezondheidscentrum De Sleep staat met een ploeg van onder meer artsen, verplegers en sociale werkers in voor een stedelijke bevolkingsgroep met veel migranten. Op 30 september 1996 waren er 4.076 patiënten ingeschreven bij het wijkgezondheidscentrum. Hiervan waren 1.394 jonger dan 14 jaar (34,2%) en 968 vrouwen tussen de 18 en de 41 jaar (23,7%). De honorering is niet prestatiegebonden maar forfaitair. Het Heilige

Familie Ziekenhuis is een algemeen ziekenhuis van 424 bedden. De relatie tussen de twee instellingen houdt geen verwijsplicht in voor specialistische zorg, maar het ziekenhuis behandelt het merendeel van de patiënten van het wijkgezondheidscentrum en kan als de referentiestructuur ervan worden beschouwd.

In de databestanden van het ziekenhuis werden de patiënten van het wijkgezondheidscentrum op retrospectieve wijze geïdentificeerd op basis van hun geboortedatum en administratieve gegevens. De studiepopulatie betrof de patiënten die van oktober 1995 tot en met september 1996 opgenomen werden in de diensten inwendige ziekten, chirurgie, pediatrie en op de materniteit.

In de medische dossiers van het wijkgezondheidscentrum werd nagegaan of er informatie terug te vinden was over deze hospitalisaties. De informatie werd als "niet aanwezig" beschouwd wanneer er geen schriftelijke gegevens over een opname te vinden waren. Aantekeningen in het dossier of een verslag over de opname werden als "informatie aanwezig" geklasseerd.

## Resultaten

Gedurende de studieperiode werden 310 patiënten van het wijkgezondheidscentrum opgenomen. Het betrof in totaal 373 hospitalisaties. De 98 kinderen en 162 volwassenen kwamen overeen met respectievelijk 7% en 6% van de ingeschreven bevolking. Vijftig vrouwen werden op de materniteit opgenomen.

De verdeling van de opnamen tussen de verschillende diensten van het ziekenhuis wordt beschreven in *tabel 1*. De daghospitalisaties werden verder buiten be-

Dienst	Patiënten	Opnamen	%
Pediatrie	98	122	33%
Volwassenen	162	201	54%
<i>Daghospitalisatie</i>	30	43	21%
<i>Chirurgie</i>	75	80	40%
<i>Inwendige ziekten</i>	57	78	39%
Materniteit	50	50	13%
Totaal	310	373	100%

*Tabel 1: Verdeling van de opnamen en van de patiënten van het wijkgezondheidscentrum De Sleep over de diensten van het Heilige Familie Ziekenhuis in Gent (10/95 t/m 9/96).*

Dienst	Langs spoedopname		Niet langs spoedopname		Totaal
	Opnamen	%	Opnamen	%	
Chirurgie	26	32,5%	54	67,5%	80
Inw. ziekten	52	66,7%	26	33,3%	78
Pediatrie	73	59,8%	49	40,2%	122
Materniteit	1	2,0%	49	98,0%	50
Totaal	152	46,1%	178	53,9%	330

*Tabel 2: Wijze van opname van de patiënten van het wijkgezondheidscentrum De Sleep in het Heilige Familie Ziekenhuis in Gent (10/95 t/m 9/96).*

schouwing gelaten.

De opnamen van meer dan één dag werden verder opgesplitst volgens de weg die de patiënt volgde (*tabel 2*). De opnamen op de dienst heelkunde verliepen meer dan voor andere diensten zonder tussenkomst van de spoedopnamedienst.

Gezien de heel specifieke natuur van de opnamen op de materniteit werd ook deze groep weggelaten uit de verdere analyse. Bovendien bleek dat slechts één vrouw via de spoedopnamedienst werd opgenomen.

### *Beschikbaarheid van informatie*

Hierna werd de beschikbaarheid van de informatie over de opname op het wijkgezondheidscentrum nagekeken. Voor elf (3,9%) patiënten was dit niet mogelijk. Vier

patiënten waren namelijk verhuisd en hadden dus een andere huisarts, terwijl voor zeven anderen de opname vóór hun inschrijving op het wijkgezondheidscentrum gebeurde.

Bij de overige 269 opnamen was in 177 (65,8%) gevallen informatie schriftelijk aanwezig in het dossier op het wijkgezondheidscentrum (*tabel 3*). In 26 gevallen hiervan (15%) was die informatie beperkt tot aantekeningen. Over de 92 andere opnamen werd geen geschreven informatie teruggevonden. Het valt hierbij op dat het aandeel van de opnamen waarvoor de huisarts over informatie beschikte, beduidend lager was voor de dienst pediatrie dan voor de twee andere diensten. De verschillen zijn statistisch significant (respectievelijk  $X^2 = 8,51$  en  $16,05$ ;  $p < 0,05$  voor

Dienst	Informatie aanwezig		Geen informatie aanwezig		Totaal
	Opnamen	%	Opnamen	%	
Chirurgie	56	72,7%	21	27,3%	77
Inw. ziekten	61	80,3%	15	19,7%	76
Pediatrie	60	51,7%	56	48,3%	116
Totaal	177	65,8%	92	34,2%	269

Tabel 3: Beschikbaarheid van informatie op het wijkgezondheidscentrum De Sleep over opnamen in het Heilige Familie Ziekenhuis in Gent (10/95 t/m 9/96).

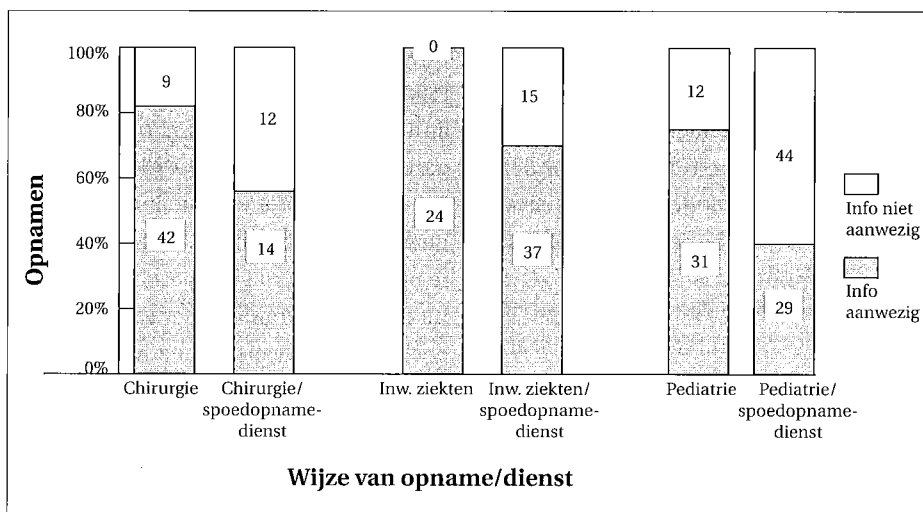
Aantal opnamen	Wijze van opname	Dienst	Informatie aanwezig
269	Niet langs spoedopname 118 (44%)	Chirurgie 51	42 (82%)
		Inw. Ziekten 24	24 (100%)
		Pediatrie 43	31 (72%)
	Langs de spoedopname 151 (56%)	Chirurgie 26	14 (54%)
		Inw. Ziekten 52	37 (71%)
		Pediatrie 73	29 (40%)

Tabel 4: Beschikbaarheid van informatie op het wijkgezondheidscentrum De Sleep volgens de dienst en de wijze van opname in het Heilige Familie Ziekenhuis in Gent (10/95 t/m 9/96).

de twee testen). Ten slotte werd nagegaan of de beschikbaarheid van informatie bij de huisarts beïnvloed werd door de wijze van opname (tabel 4).

Niet alleen voor het totale bestand ( $X^2=25,14; p<<0,05$ ), maar ook voor elke dienst afzonderlijk ( $X^2=7,06; 7,68$  en  $11,35$  respectievelijk;  $p<0,01$ ) was de beschikbaarheid van informatie bij de huisarts significant afhankelijk van de opnameweg.

De invloed van de spoedopnamedienst op de informatiedoorstroming komt nog duidelijker tot uiting wanneer de gegevens van tabel 4 in een grafiek worden verwerkt (figuur 1). Geplande opnamen op de dienst inwendige ziekten werden steeds gevolgd door informatie-uitwisseling. Dit is het geval voor nog niet de helft van de langs de spoedopnamedienst opgenomen kinderen.



Figuur 1: Beschikbaarheid van informatie volgens dienst en wijze van opname.

## Bespreking

De belangrijkste vaststelling was dat er voor slechts 66% van de opnamen informatie aanwezig was in het dossier op het wijkgezondheidscentrum. De overige 34% van de opnamen was er dus niet in vermeld. Tabel 3 toont aan dat voor ongeveer 50% van de pediatrische opnamen geen informatie aanwezig was, terwijl dit aandeel voor heelkunde en inwendige ziekten slechts 30% en 20% bedroeg.

In de Belgische context wordt de eerste lijnszorgfunctie aangeboden door een waaier van zorgverleners. Zo kunnen patiënten zich vrij wenden tot het wijkgezondheidscentrum, een pediater of een gynaecoloog. De inschrijving op het wijkgezondheidscentrum speelt hierbij geen rol omdat de twee laatste alternatieven buiten het kader vallen van het forfaitair betalingssysteem. In die gevallen zou het kunnen dat de ontslagbrief niet naar het wijkgezondheidscentrum werd gestuurd, maar naar de specialist.

Sommige pediaters verdedigen trouwens de stelling dat zowel thuis als in het hospitaal de zorgen het best door specialisten worden verstrekt<sup>6</sup>.

## Gebrekkige informatiedoorstroming

De tweede factor die inspeelt op de informatiedoorstroming, is de opnameweg. De gevolgen zijn heel concreet: patiënten die (op eigen initiatief) een beroep doen op de spoedopnamedienst, hebben minder volledige dossiers bij hun huisarts dan anderen. En vermits deze studie over hospitalisaties gaat, ontbreekt in alle gevallen heel relevante informatie.

Vele huisartsen schijnen echter niet zo zwaar te tillen aan dit gebrek aan informa-

tie. Zo wees een Engelse studie aan dat slechts 71% van de ondervraagde huisartsen informatie verwachtte bij ontslag van langs de spoedopnamedienst opgenomen patiënten<sup>7</sup>.

Over mogelijke oorzaken van die gebrekkige informatiedoorstroming bleek geen wetenschappelijke literatuur beschikbaar te zijn. Bestaande studies onderzoeken eerder wat in het hospitaal zelf kan worden verbeterd<sup>8</sup>.

*Ontbreekt er informatie over medische problemen waarvoor de nazorg voornamelijk door de specialist zelf werd verleend? Gaat het integendeel om eerder banale aandoeningen waarvoor een ontslagbrief niet als essentieel werd beschouwd?* Om deze bias te reduceren hadden we vanaf het begin van de studie de daghospitalies niet in beschouwing genomen.

*Waren de gegevens over de huisarts niet beschikbaar op het moment waarop de ontslagbrief werd opgesteld? Zouden ingeschreven patiënten, die op de spoedopnamedienst een "second opinion" zoeken, minder dan andere patiënten de naam van hun huisarts willen vermelden?*

Terughoudendheid van zowel de patiënt als de zorgverlener, administratieve stroefheid en/of "overdreven" respect voor de vrije keuze van de patiënt kunnen niet *a-priori* worden uitgesloten.

Deze studie was echter te kleinschalig om op deze vragen een sluitend antwoord te kunnen geven.

De situatie is nog complexer door de correlatie die bestaat tussen de dienst en de wijze van opname. Voor heelkunde werd de spoedopnamedienst gebruikt door een derde van de patiënten, terwijl dit voor de twee andere diensten ongeveer twee derde bedroeg. Verdere analyse zou ook hier nuttig kunnen zijn.

## Concrete afspraken

In het kader van het SYLOG-project werden deze resultaten besproken in functie van de samenwerking tussen het wijkgezondheidscentrum en het ziekenhuis. De resultaten zijn niet veralgemeenbaar, maar sterk afhankelijk van de karakteristieken van die twee gezondheidsdiensten. Het is onder meer duidelijk dat de karakteristieken van de studiepopulatie en de organisatievorm van het wijkgezondheidscentrum niet representatief zijn voor de algemene Belgische context. Wat echter meer algemeen toepasbaar is, is het feit dat zowel de vraagstelling als het antwoord voortkomen uit de dagelijkse praktijk en berusten op beschikbare gegevens.

Sommige beslissingen werden naar aanleiding van dit onderzoek door de SYLOG-groep genomen. De systematische invulling van de naam van de huisarts in de dossiers van elke patiënt, vooral op de spoedopnamedienst, is een punt van aandacht geworden. Faxen bespoedigen de contacten tussen de spoedopnamedienst en het wijkgezondheidscentrum en leiden in deze vroege fase van het project tot grotere voldoening aan weerskanten. Een kaart met belangrijke niet confidentiële medische informatie wordt door het wijkgezondheidscentrum voortaan ter beschikking gesteld van zijn patiënten. Die kaart zou bij een niet geplande opname het vinden van verdere relevante informatie vergemakkelijken. Elektronische uitwisseling van informatie wordt in beschouwing genomen, maar moet beantwoorden aan minimale criteria<sup>9</sup>. De spoedopnamedienst voert ten slotte een enquête uit bij niet-verwezen patiënten om hun perceptie te verkennen over de rol van huisartsen en spoeddiensten als zorg-

verstrekkers op de eerste lijn.

De andere vragen die hier werden vermeld, kunnen in het kader van het SYLOG-project worden onderzocht. Daarmee worden kansen gecreëerd om de relatie tussen huisartsen en ziekenhuizen verder uit te diepen en te bevorderen.

## Besluit

Eén ziekenhuisopname op drie staat niet vermeld in het huisartsendossier. Voor de SYLOG-groep in Gent was dit een verrassing. Dit resultaat was slechter voor kinderen dan voor volwassenen, wat *a-priori* werd toegeschreven aan de functie van pediaters als eerstelijnszorgverstrekkers. Dat de onduidelijkheid in de rolverdeling tussen de spoedopnamedienst en de huisarts werd doorgetrokken van de opname tot aan de informatie-uitwisseling na het ontslag was echter een nog grotere verrassing. De gegevens waarop deze analyse berust, waren gemakkelijk te verzamelen. De analyse heeft geleid tot een aantal beslissingen die relevant zijn voor een vlotte samenwerking tussen het wijkgezondheidscentrum De Sleep en het Heilige Familie Ziekenhuis in Gent.

Het SYLOG-project waarin dit werk past, heeft tot doel problemen te analyseren uit de dagelijkse samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuisdiensten en correctieve maatregelen te ontwikkelen en te testen. De haalbaarheid van deze strategie is met dit onderzoek bevestigd.

Met dank aan dr. T. Hoérée voor opbouwend commentaar op vorige versies van dit artikel.

Het SYLOG-project wordt ondersteund door het ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu (Begrotingsartikel 51 02 1229).

## Summary

### Communication between specialists and GPs: a retrospective files study of hospitalised patients

X. de Béthune, R. De Ridder, A. Vermassen, G. Laleman, P. Van der Stuyft

**Background:** The SYLOG-project aims to study and improve the co-operation between GPs and hospitals.

**Objective:** To study the effect of emergency admissions on the communication between GPs of "De Sleep", a community health center in Gent and specialists of a neighbouring hospital.

**Methods:** In a retrospective study patients of De Sleep, hospitalised between October 1995 and September 1996 were identified in the hospital files of internal medicine, surgery, pediatric and maternity units. Subsequently the patient files in De Sleep were reviewed for information on the hospitalisations.

**Results:** 310 patients of De Sleep were hospitalised in the study period. Written file information was present in 66% of the studied hospitalisations. In cases of pediatric hospitalisations and emergency admissions written information in the GP files was more often absent.

**Conclusion:** The lack of hospitalisation information in the GP files surprised the participants of the SYLOG-project. Decisions on improvement of communication between De Sleep and the local hospital were made.

#### Mesh

communication, hospitalization, medical records, referral and consultation, specialties, medical

## Literatuur

- 1 HEYERICK JP, DE PRINS LE, DE MAESENEER J, MAMBOURG F. *Het gebruik van medische dossiers. Resultaten van een enquête. Huisarts Nu* 1994; 23(10): 390-4.
- 2 DELOOZ HH. *Use and abuse of emergency department facilities [editorial]. Eur J Emerg Med* 1996; 3(3): 139-40.
- 3 BOULMONT M. *Analysis of the surgical activity in an emergency department of a medium-sized Belgian hospital. Acta Chir Belg* 1994; 94(4): 240-3.
- 4 DE BÉTHUNE X, LALEMAN G, CRIEL B, et al. *Systemen van lokale gezondheidszorg (SYLOG): een verband tussen organisatie van gezondheidsdiensten in België en in ontwikkelingslanden? [Abstract]* Antwerpen: Referatendag Vlaamse Huisartsen Research, 27 Sep 1997.
- 5 BAKER R. *What is interface audit? J R Soc Med* 1994; 87(4): 228-31.
- 6 TOPPET M, DIERICKX M. *Pédiatrie ambulatoire à l'hôpital et à domicile. Rev Méd Brux* 1994; 15(6): 371-5.
- 7 WASS AR, ILLINGWORTH RN. *What information do general practitioners want about accident and emergency patients? J Accid Emerg Med* 1996; 13(6): 406-8.
- 8 HICKEY ML, KLEEFIELD SF, PEARSON SD, et al. *Payer-hospital collaboration to improve patient satisfaction with hospital discharge. Jt Comm J Qual Improv* 1996; 22(5): 336-44.
- 9 HACHE R. *Transmissie van medische persoonsgegevens langs elektronische weg. Deontologische aspecten. Tijdschr Geneesk* 1997; 53: 304-9.

Het Academisch Centrum Huisartsengeneeskunde van de KU Leuven werft aan:

## Onderzoekers

Het Academisch Centrum voor Huisartsengeneeskunde van de KU Leuven wenst op korte en middellange termijn een aantal deeltijdse en voltijdse onderzoekers aan te trekken. Het onderzoek aan het Centrum concentreert zich vooral op diagnostiek, diabetes, dementie, verslaving, kanker en hart- en vaatziekten. Het gaat zowel om klinische en epidemiologische problemen als om problemen op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorgorganisatie.

### Profiel

Wij kijken dan ook uit naar huisartsen met klinische ervaring, naar artsen, gezondheidswetenschappers of

gedragswetenschappers met interesse voor epidemiologie en volksgezondheid en naar mensen met een biostatistische achtergrond. Ook studenten die binnenkort afstuderen, zijn welkom. De vergoeding gebeurt volgens de gebruikelijke schalen in functie van opleiding en ervaring.

### Kandidatuur

Geïnteresseerden worden verzocht hun belangstelling kenbaar te maken via een brief met C.V. aan de researchcoördinator van het ACHG:

Prof. dr. Frank Buntinx  
ACHG - KU Leuven  
Kapucijnenvoer 33 - blok J  
3000 Leuven

Kandidaten zullen op korte termijn worden uitgenodigd voor een eerste verkennend gesprek.

