

Communicatie afspraken tussen huisartsen en specialisten in de regio van Treant

December 2017

1. BEREIKBAARHEID VAN HUISARTSEN EN SPECIALISTEN

Om een makkelijke en bevredigende communicatie tussen 1^e en 2^e lijns werkers mogelijk te maken is een goede bereikbaarheid van essentieel belang. Er zijn diverse vormen van communicatie mogelijk:

- persoonlijk overleg
- telefonisch overleg
- e-mail
- beveiligde app (bijv. Siilo)
- faxverkeer
- postverkeer

Telefonisch overleg

Dit wordt momenteel het meest frequent gebruikt.

Hiervoor moet aan de volgende voorwaarden voldaan worden:

- actuele lijsten met beschikbare telefoonnummers.

Huisartsen bereikbaarheid

- Het telefoonnummer van de betreffende praktijk voor intercollegiaal overleg moet bekend zijn in het ziekenhuis.
- Sommige huisartsen hebben een overleglijn; dit specifieke telefoonnummer is bereikbaar buiten het praktijknummer om.
- Het doorverbinden door de assistente met de collega arts is laagdrempelig.
- Bij vakantie of afwezigheid wordt duidelijk vermeld door wie de praktijk wordt waargenomen.

Specialisten bereikbaarheid

- De dienstdoende specialisten zijn bereikbaar via de receptie van het ziekenhuis of de eigen poli (tussen 8.30 en 16.30 uur)).
- Telefoonnummers van secretariaten van de diverse specialisten zijn bekend bij de huisartspraktijken.
- Het doorverbinden door de secretaresse met de specialist gebeurt laagdrempelig.
- Bij alle poliklinieken zijn spoedlijnen beschikbaar voor inkomende telefoontjes van huisartsen.
- Huisarts wordt in principe eerst doorverbonden met de secretaresse en bij diens afwezigheid zo mogelijk direct met de specialist.

E-mail, beveiligde app, fax- en postverkeer

- Mail kan vanwege bescherming privacy niet gebruikt worden voor patiënteninformatie.
- Voor uitwisselen van patiënteninformatie kan gebruik gemaakt worden van beveiligde app.

- Fax- en postverkeer worden uitsluitend gebruikt voor het doorgeven van bijvoorbeeld uitslagen die niet via Zorgdomein verzonden kunnen worden.

2. VERWIJZING VAN PATIENTEN NAAR POLIKLINIEK OF ZIEKENHUIS

Verwijsbrief: verwijzen via ZorgDomein

Inhoudelijk:

- duidelijke vraagstelling
- verwijsindicatie, relevante anamnese, eventuele psychosociale factoren
- eigen onderzoeksbevindingen aangevuld met reeds verricht lab-, röntgen- en/of functieonderzoek.
- eigen diagnose/hypothese en/of differentiaal diagnose
- reeds toegepaste behandelingen en door patiënt gebruikte c.q. voorgeschreven medicatie voor andere indicaties
- relevante voorgeschiedenis, familieanamnese, allergieën
- urgentie voor afspraak aangeven (binnen x weken), die logischerwijze blijkt uit de reden van verwijzing

De huisarts draagt er zorg voor dat de informatie overzichtelijk (zo mogelijk in bovenstaande volgorde) aangeboden wordt, waarbij niet relevante informatie in het licht van de vraagstelling achterwege blijft. Deze is wel op verzoek verkrijgbaar bij de huisarts.

Daar waar de verwijzing via ZorgDomein niet volledig kan zijn (bijvoorbeeld vanwege het meesturen van uitslagen) kan de aanvullende informatie naar de desbetreffende polikliniek gefaxt.

Afspraken/spoedafspraken bij de specialist

Uitgangspunten:

- De spreekuurorganisatie en toegangstijden zijn de verantwoordelijkheid van de specialisten.
- De aanlooptijd voor specialisten in de tweede lijn moet zo kort mogelijk zijn, maar in ieder geval voldoen aan de Treek-normen.
- Als een poli (tijdelijk) niet voldoet aan de Treek-norm voor de wachttijd tot eerste polikliniekbezoek dan wordt de huisarts hiervan op de hoogte gebracht, zodat er voor de patiënt een alternatief kan worden gezocht.

Bij spoed kunnen huisartsen als volgt verwijzen:

1. Naar SEH

Telefonisch overleg door huisarts met SEH-arts, dienstdoend specialist of arts-assistent SEH.

Er wordt een (korte) verwijsbrief meegegeven aan de patiënt of ambulanceverpleegkundige, zonodig wordt aanvullende informatie nagezonden per fax.

2. Naar EHH (Eerste HartHulp) locatie Emmen
Telefonisch overleg met dienstdoende cardioloog (binnen kantoortijden) of arts-assistent SEH.

Er wordt een (korte) verwijfsbrief meegegeven aan de patiënt of ambulanceverpleegkundige, zonodig wordt aanvullende informatie nagezonden per fax.

3. Met spoed naar gynaecoloog

Telefonisch overleg door huisarts met dienstdoende gynaecoloog.

Er wordt een (korte) verwijfsbrief meegegeven aan de patiënt of ambulanceverpleegkundige, zonodig wordt aanvullende informatie nagezonden per fax

4. Met spoed naar kinderarts

Telefonisch overleg door huisarts met dienstdoende kinderarts.

Er wordt een (korte) verwijfsbrief meegegeven aan de patiënt of ambulanceverpleegkundige, zonodig wordt aanvullende informatie nagezonden per fax.

Bijzondere situaties:

1. Time-out procedure SEH.

In het ROAZ is afgesproken, dat een SEH een time out kan nemen, als er sprake is van overcrowding van de SEH, zodanig dat de kwaliteit van zorg van de aanwezige patiënten in het gedrang kan komen. Een time out is per definitie tijdelijk (1-2 uur).

Vitaal bedreigde patiënten moeten altijd worden opgevangen op de dichtstbijzijnde SEH, dus voor deze categorie geldt de time-out-sluiting niet. Voor locatie Emmen geldt dat zij een regiofunctie hebben op het gebied van vaatchirurgie, trombolysie, interventiecardiologie en IC-behoefte patiënten. Deze regiofunctie moet ook tijdens een time-out aangeboden worden.

Stabiele patiënten worden bij voorkeur bij een andere locatie aangeboden.

Een andere optie is om de patiënt te laten komen, als de time-out is opgeheven. Dit uitgestelde moment van komst wordt overlegd tussen huisarts en SEH-arts of arts-assistent SEH. De huisarts bepaalt of dit medisch gezien veilig is.

2. Vol beddenhuis of volle specialistische afdeling

Bekende patiënten worden op de "eigen" SEH beoordeeld. Als er een opname-indicatie is, dan wordt er door de dienstdoende specialist een bed geregeld bij een vakgroepscollega van een andere locatie, in samenspraak met de patiënt.

Nieuwe patiënten, waarbij een opname volgens de huisarts zo goed als zeker geïndiceerd is, worden aangeboden aan de SEH van een andere locatie met bedden capaciteit.

De huisarts en SEH-arts/arts-assistent SEH/dienstdoende specialist van het ziekenhuis met een vol beddenhuis of volle specialistische afdeling overleggen wie van hen de andere locatie op de hoogte stelt van de komst van de patiënt op de andere SEH.

Zie ook ROAZ-afspraken: <https://www.acutezorgnetwerk.nl/acute-zorgketen/kaders/>

Voor polikliniek afspraken kunnen huisartsen als volgt verwijzen:

1. Direct (telefonisch door huisarts met specialist):

Telefonisch overleg vindt plaats in het kader van een spoedverwijzing. Mocht er echter een opnamestop zijn, dan zal in goed overleg ofwel besloten worden naar een door de specialist aan te geven ander ziekenhuis te verwijzen ofwel eerst stabiliserend worden ingegrepen op de SEH. De specialisten hebben dus zicht op beddenscapaciteit in de omliggende ziekenhuizen!!!!

2. Binnen 2 weken/bepaalde termijn:

In de (digitale verwijsbrief) moet duidelijk aangegeven zijn waarom de huisarts van mening is dat patiënt binnen deze bepaalde termijn gezien moet worden. Deze urgentie is logischerwijs gekoppeld aan de reden van de verwijzing.

3. Voor onbepaalde tijd:

De patiënt krijgt een schriftelijke oproep voor polikliniek bezoek of behandeling, vanuit het secretariaat van de betreffende vakgroep.

Intercollegiale poliklinische verwijzingen tussen specialisten

Intercollegiale verwijzingen tussen specialisten bij niet-spoedeisende problemen worden vermeden.

In deze gevallen wordt patiënt terugverwezen naar de huisarts.

In voorkomende gevallen kan van deze regel worden afgeweken, waarbij de hoofdbehandelaar zo mogelijk vooraf en anders achteraf met de huisarts afstemt.

3. BEHANDELING IN HET ZIEKENHUIS

De medische verantwoordelijkheden van hoofdbehandelaar, medebehandelaar en consulent tijdens een opname in het ziekenhuis zijn gedefinieerd in het document "Regeling medische verantwoordelijkheden: hoofdbehandelaarschap versie 4" (binnenkort beschikbaar op website Treant).

Hoofdbehandelaar.

Het is zowel bij de patiënt als bij de huisarts bekend wie de hoofdbehandelaar is. In alle correspondentie wordt expliciet vermeld wie de hoofdbehandelaar is.

De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het contact met de huisarts, minimaal in de vorm van tijdige aan de huisarts gerichte verslaglegging inclusief door medebehandelaar of consulent gegeven adviezen en geadviseerde vervolgonderzoeken.

Intercollegiale verwijzingen tijdens een opnameperiode:

Behoeven niet via de huisarts, slagvaardigheid is het belangrijkste. Dit geldt, tenzij het een volledig nieuw en losstaand probleem is, waarbij geen haast geboden is en de noodzaak tot verwijzing wellicht beter door de huisarts beoordeeld kan worden.

De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor tussentijdse telefonische of schriftelijke rapportage naar de huisarts bij hiervoor in aanmerking komende zaken.

4. ONTSLAGBRIEF na ziekenhuisopname

1. Bij ontslag uit het ziekenhuis neemt de specialist contact op met de huisarts om hem/ haar op de hoogte te stellen van de toestand van de patiënt en de continuïteit van de medische behandeling te waarborgen. Dit gebeurt:
 - a. door middel van een digitaal verzonden ontslagbrief. Een medicatieoverzicht wordt hier bij gevoegd
 - b. telefonisch bij dringende hiervoor in aanmerking komende zaken die mondeling overleg vragen.
2. Na een opname krijgt de huisarts binnen 2 weken een ontslagbrief.
3. De specialist informeert de huisarts/SO m.b.t. de volgende zaken:
 - a. de gestelde (differentiaal) diagnose
 - b. het vastgestelde behandelplan / zorgplan
 - c. actueel medicatieoverzicht
 - d. de vastgestelde respons van behandelingen en begeleiding
 - e. datum ontslag
 - f. bij welke problemen contact op te nemen met het ziekenhuis
4. Recept of nieuwe medicatie wordt bij ontslag meegegeven voor een aantal dagen.

5. SPECIALISTENBRIEF na polikliniekbezoek

1. De specialist stuurt uiterlijk 14 dagen na eerste polikliniekbezoek of na afronding analyse een brief aan de huisarts.
2. Als bij een vervolg polikliniekbezoek een wijziging in de behandeling wordt geadviseerd dan brengt de specialist de huisarts hiervan op de hoogte. Indien een andere specialist bij de behandeling betrokken is wordt deze cc geïnformeerd.
3. De specialist informeert de patiënt over diagnose en behandeling.
4. De specialist brengt de patiënt op de hoogte wanneer de huisarts het bericht zal hebben ontvangen. Dit is uiterlijk 4 weken na het betreffende consult.

6. BRIEF na SEH-bezoek

De SEH-arts, arts-assistent of coassistent stuurt binnen 24 uur een brief naar de huisarts. In deze brief staat:

- a. de gestelde werkdiagnose met eventuele differentiaal diagnose
- b. het (bij opname voorlopige) behandelplan
- c. opname of naar huis
- d. bij ontslag naar huis: wel of geen controle in ziekenhuis of controle bij huisarts

- e. bij welke problemen contact op te nemen met het ziekenhuis
- f. of en zo ja met welke specialist de patiënt is overlegd

Bij een verandering van de werkdiagnose door extra diagnostiek, verandering van het klinisch beeld of voortschrijdend inzicht krijgt de huisarts een brief van de specialist.

7. COMMUNICATIE

- ❖ **Bij overlijden van een patiënt**
- ❖ **Bij een doodgeboren kind**
- ❖ **Bij ernstige bevindingen en/of diagnoses**
- ❖ **Bij belangrijke wijziging in diagnose of prognose**

Goede collegiale omgangsvormen gaan uit van een wederzijdse attitude waarbij de specialist en de huisarts zich een beeld vormen van het belang voor de ander van het melden van ernstige bevindingen of diagnoses. Hiertoe behoren in ieder geval alle oncologische diagnoses, betrokkenheid bij een (mogelijke) calamiteit en uiteraard het overlijden van een patiënt of een doodgeboren kind.

In de 2^e lijn

1. Wanneer er in de tweede lijn bij een klinische opname of poliklinisch een diagnose gesteld wordt die voor een patiënt zeer ingrijpend en/of levensbedreigend kan zijn, dan wel bij belangrijke wijzigingen in de diagnose / prognose, wordt van de specialist verwacht dat deze de betrokken huisarts hierover persoonlijk informeert; zo mogelijk op dezelfde dag als waarop de patiënt en/of de familie hiervan op de hoogte wordt gesteld.

Bij een ernstige verslechtering van de toestand van een opgenomen patiënt of wanneer overplaatsing naar een ander ziekenhuis plaatsvindt, dient de huisarts hiervan persoonlijk (of via de assistente) op de hoogte gebracht te worden

2. Bij het overlijden van een patiënt in het ziekenhuis of een doodgeboorte informeert de behandelend specialist de huisarts of diens waarnemer op dezelfde dag. Bij overlijden op de IC wordt dit gedaan door de arts die de overlijdensverklaring ondertekent. De waarnemer van de huisarts zorgt op zijn beurt dat de eigen huisarts geïnformeerd wordt.
Bij overlijden tijdens ANW-uren kan de HAP een bericht sturen aan de eigen huisarts op verzoek van de behandelend specialist.

In de 1^e lijn

1. De huisarts van een patiënt bij wie een diagnose gesteld wordt, die zeer ingrijpend is en die tevens onder frequente controle staat van een ander specialisme, informeert deze collega zo spoedig

mogelijk, maar in ieder geval vòòr de volgende geplande controle afspraak.

2. Bij overlijden thuis (van een patiënt die in een ziekenhuislocatie van Treant onder controle staat):
 - De huisarts informeert de bij de behandeling betrokken specialist (in principe de hoofdbehandelaar) telefonisch of schriftelijk binnen een week.
 - De huisarts doet schriftelijk (via centrale fax Treant 0591-691531 of via de receptie) melding van het overlijden aan Treant. Openstaande poli- afspraken worden hierdoor verwijderd en de patiënt wordt als “overleden” geregistreerd. Andere artsen, betrokken bij deze patiënt worden daarmee niet apart geïnformeerd.
 - De huisarts kan overwegen om specialisten, bij wie de patiënt onder controle stond en die geen hoofdbehandelaar waren, ook zelf te informeren of om familieleden te vragen dit te doen.
3. Als de huisarts wijzigingen aanbrengt in voorgeschreven beleid en/of medicatie dan wordt dit doorgegeven aan de behandelend specialist.

8. HANDELWIJZE BIJ KLACHTEN OVER EN CONFLICTEN TUSSEN COLLEGAE UIT EERSTE EN TWEDE LIJN

1. Bij een conflict of een klacht is het obliagaat dat de twee betrokkenen samen eerst tot een oplossing zullen trachten te komen.
2. Een klacht of een conflict moet altijd worden gemeld bij de voorzitter van de medische staf, c.q. de voorzitter van de betreffende regionale commissie van de huisartsen Kring. Deze registreert de klacht, maar onderneemt zonder toestemming van de aanmelder geen actie.
3. Indien de betrokkenen niet tot een oplossing kunnen komen, wordt, indien door één der betrokkenen het wenst, een vertrouwelijk gesprek gearrangeerd met een door de betrokkenen uitgekozen lid van het stafbestuur, c.q. bestuurslid van de betreffende regionale commissie van de huisartsen Kring. Dit gesprek moet binnen 14 dagen plaats kunnen vinden.
4. Afhankelijk van het gezamenlijk genomen besluit kan een gesprek tussen betrokkenen en twee vertrouwenspersonen uit respectievelijk 1e en 2e lijn worden gearrangeerd.
5. Indien men dan nog niet tot een oplossing is gekomen, wordt het probleem in gezamenlijke vergadering van besturen van medische staf en de betreffende regionale commissie van de huisartsen Kring, eventueel met betrokkenen, besproken.

6. Op grond van meerdere geregistreerde conflicten en/of klachten kan ook het bestuur van de betreffende regionale commissie van de huisartsen Kring c.q. het stafbestuur zelf actie ondernemen na overleg met de aanmelders.
7. Bij conflicten of klachten waarbij bestuursleden betrokken zijn, dient bij punt 3 en/of 5 in plaats van een bestuurslid een "wijze man of vrouw" benoemd te worden, aan te zoeken door de aanbrengrende partij. De andere partij kan zich ook door een "wijze man of vrouw" laten bijstaan.

9. HANDELWIJZE BIJ ZORGEN OVER HET FUNCTIONEREN VAN EEN COLLEGA

Indien bij een huisarts of specialist zorgen ontstaan over het functioneren van een collega uit het andere echelon is het van groot belang om dit in een zo vroeg mogelijk stadium bespreekbaar te maken om te voorkomen dat dit pas nadat er schade is opgetreden vastgesteld wordt.

Dit kan het medisch, maar ook het sociaal functioneren betreffen. Hieronder valt tevens de omgang met patiënten. De zorgen kunnen zijn ontstaan uit eigen waarneming of uit rapportage, dan wel gemelde ervaringen door patiënten.

1. De arts die zich zorgen maakt, probeert hierover in persoonlijk contact te treden met de betreffende collega.
2. Mocht dit contact niet tot stand (kunnen) komen doordat het wordt afgewezen, dan wel door schroom van de aanbrengrer, dan wordt dringend geadviseerd hiervoor de hulp in te roepen van een vertrouwenspersoon binnen de organisatie waartoe de betreffende collega behoort. Samen wordt een plan gemaakt op welke wijze de zorgen kunnen worden besproken met de collega. Een anonieme melding wordt als niet wenselijk beschouwd.
3. Indien het contact wel tot stand is gekomen, maar de gemelde zorgen vinden geen gehoor of het disfunctioneren wordt geheel ontkend, dan kan ook het advies van de voorzitter van de staf en die van de Regionale Kring Commissie worden ingeroepen, om een verdere strategie te bespreken.
4. Wordt door de collega toegegeven dat de zorgen mogelijk wel geheel of gedeeltelijk terecht waren, dan wordt besproken hoe hier in de toekomst wederzijds mee om te gaan.
5. Wordt door de aanbrengrer na een eerste gesprek de uitgesproken zorgen in de periode er op volgend groter, dan dient zeker tevens melding plaats te vinden aan de voorzitters van staf en Regionale Kring Commissie.
6. Worden er situaties door patiënten aangedragen, dan worden deze zoveel mogelijk gestimuleerd dit hetzij met de betreffende arts te bespreken, dan wel dit schriftelijk te melden aan deze arts, of een melding te doen bij een klachtenbureau.
7. De arts die door een collega benaderd wordt, omdat deze zich zorgen maakt over zijn functioneren, zal proberen zich hiervoor open te stellen en deze collega serieus te nemen en niet onheus te bejegenen.