

## Informatie over de Verwijsbrief – wanneer is deze wel en wanneer niet nodig?

### Inleiding

Uit een groot aantal Transmurale Incident Meldingen is ons gebleken dat er onduidelijkheid bestaat over wanneer een verwijsbrief nodig is en wanneer niet. Sinds 1 januari 2015 zijn de regels van de NZA en de zorgverzekeraars verduidelijkt. Uit de meldingen blijkt dat de nieuwe regels nog lang niet bij iedereen voldoende bekend zijn. De regel dat als iemand langer dan een jaar niet op de poli is geweest er automatisch een nieuwe verwijsbrief van de huisarts nodig is, is niet meer van kracht, maar het lijkt erop dat deze regel nog steeds wordt toegepast.

Daarom hebben we voor u (medisch specialisten, unitmanagers, policoördinatoren, polikliniekmedewerkers, medisch secretaresses, huisartsen en huisartsassistenten) de belangrijkste regels die op dit moment van kracht zijn op een rij gezet:

### Wanneer is een verwijzing nodig?

#### Basisregel

Wel verwijsbrief nodig:

- Bij een nieuwe patiënt
- Indien de behandeling van een (bekende) patiënt is afgerond
- Indien (bekende) patiënt een nieuwe zorgvraag heeft, ook bij eenzelfde specialisme

Geen verwijsbrief nodig:

- Wanneer een behandeling van een patiënt niet is afgerond en de patiënt voor dezelfde zorgvraag terugkomt bij de medisch specialist
  - o Tijdsperiode is hierbij geen criterium. Dit kan dus meer dan een jaar zijn.

Indien voor een patiënt wel een verwijsbrief nodig was (zie boven), maar deze zonder verwijzing van een huisarts wordt behandeld, wordt de patiënt als zelfverwijzer beschouwd en zal de factuur naar de patiënt worden gestuurd tegen het, doorgaans hogere, passantentarief (zelfverwijzers SEH zijn hierop een uitzondering).

#### Goede dossiervoering is hier een voorwaarde voor!

*Dit betekent voor de medisch specialist en de polikliniek assistent:*

- In het dossier op een vaste plek noteren of een behandeling van een patiënt is afgerond voor die specifieke zorgvraag;
- Altijd een brief naar de huisarts na afronding behandeling, daarin standaard vermelden of de behandeling is afgerond voor die specifieke zorgvraag;
- Patiënt zelf elke keer informeren over het vervolgtraject (bijv. volgt er nog een nieuwe afspraak/ mag een patiënt terugkomen als klachten terugkeren binnen een aangegeven tijd / is de behandeling afgerond).

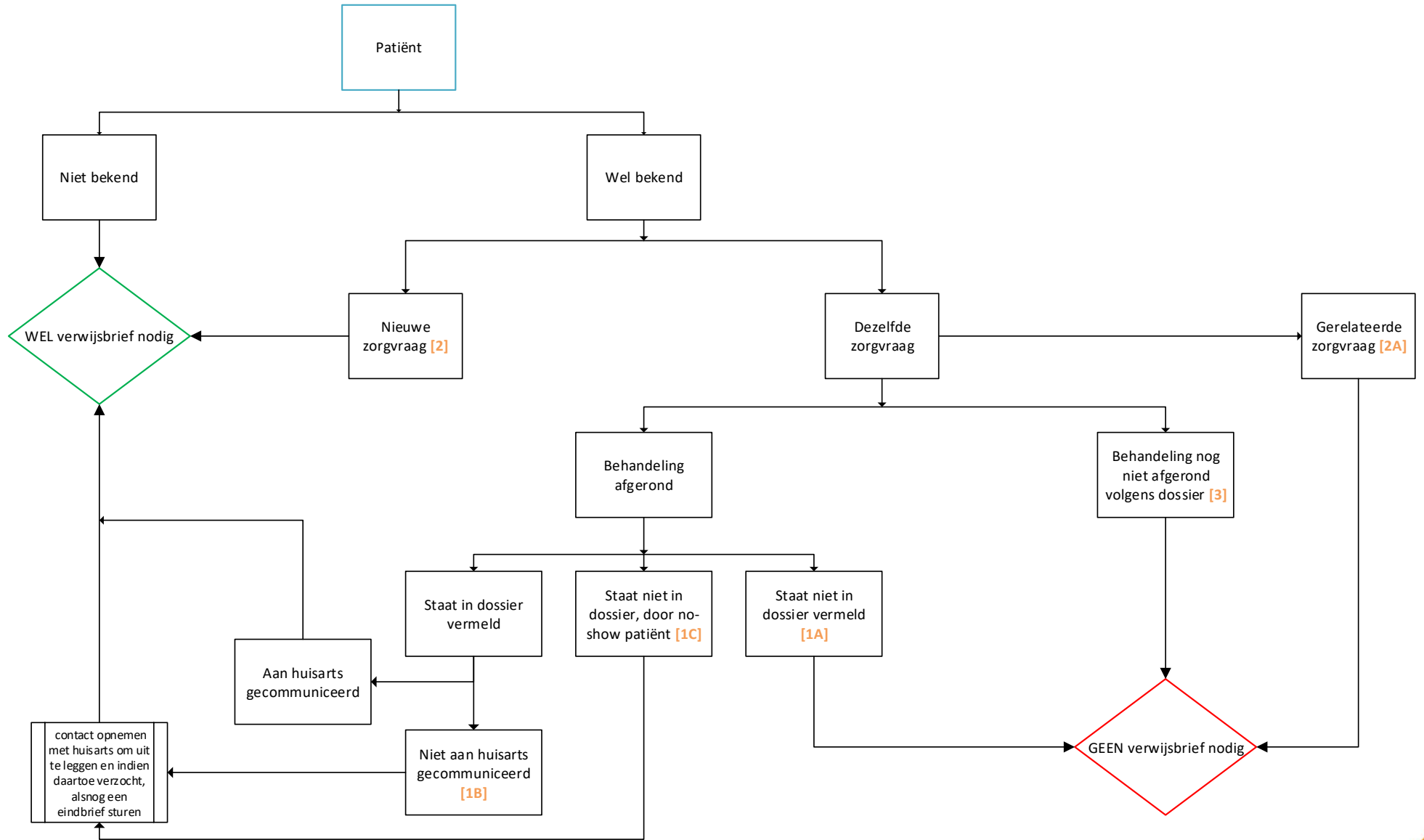
**Uitwerking van deze basisregel:**

Omdat in het verleden nog niet met deze regels gewerkt werd, kan het voorkomen dat de dossiers van patiënten van een aantal jaar geleden nog niet bovenstaande informatie bevatten, en/of dat deze informatie niet aan de huisarts is gecommuniceerd. Hoe te handelen in die gevallen?

1. Als de medisch specialist in het dossier van de patiënt heeft aangegeven dat een **behandeling is afgerond** en de patiënt komt met **dezelfde zorgvraag terug bij de medisch specialist**, dan is **een nieuwe verwijzing** van de huisarts nodig. Dit moet dan wél in het **dossier** vermeld staan, **én** in een **brief** aan de huisarts vermeld staan, zodat de polikliniekmedewerker én huisartsassistente dit kunnen terugvinden in het dossier van de patiënt.
  - A. Wanneer **niet** in het dossier staat dat de behandeling is afgerond, dan is **geen** nieuwe verwijsbrief nodig. Het komt voor dat medisch specialisten (om wat voor reden dan ook) in het dossier NIET hebben aangegeven dat de behandeling is beëindigd. Dan mag een patiënt voor DEZELFDE zorgvraag in principe terugkomen bij de arts, ZONDER dat daar een nieuwe verwijsbrief voor nodig is. Ook al is het laatste contact tussen medisch specialist en patiënt al in bijv. 2014 geweest. Indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat de behandeling van de patiënt wel was afgerond, dan situatie 1B.
  - B. Wanneer **wel** in het **dossier** staat dat de behandeling is beëindigd, maar dit **niet** via een **brief** aan de huisarts is gecommuniceerd, dan is **wel** een nieuwe verwijsbrief nodig, alleen de huisarts weet dit niet. De poli dient in dit geval uit te leggen aan de huisarts(assistente) dat de behandeling was afgerond, maar dat helaas verzuimd is om dit door te geven. Indien de huisarts(assistente) dit wenst kan er alsnog een brief worden gestuurd waarin gemeld wordt dat de behandeling van de patiënt was afgerond voor die zorgvraag.
  - C. **No-show:** In een aantal gevallen mist een terugrapportage naar de huisarts, omdat de patiënt niet op de laatste afspraak is gekomen. In ZR is sinds november 2018 nieuw beleid geformuleerd ten aanzien van no-show, namelijk dat de medisch specialist dan het vervolgbeleid bepaalt en dit noteert in het patiëntendossier. Vervolgbeleid kan zijn dat er telefonisch contact wordt opgenomen met de patiënt om reden van afwezigheid te achterhalen (bij complexe patiënten, patiënten die in aanmerking komen voor levensreddende behandelingen of acute patiënten), dat de patiënt een herinneringsbrief krijgt, of dat de patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts. Wanneer voor deze laatste optie wordt gekozen wordt de huisarts hierover schriftelijk geïnformeerd. Indien de huisarts de patiënt voor dezelfde klachten wil insturen dan is er een nieuwe verwijzing nodig. Hiervoor geldt hetzelfde als bij 1B, als er geen afsluitend bericht naar de huisarts is gegaan, dan wordt dit uitgelegd aan de huisarts(assistente) en wordt de brief indien gevraagd alsnog gemaakt en verstuurd.
2. Als een patiënt voor een bepaalde zorgvraag bij een medisch specialist onder behandeling is, en **de patiënt** brengt tijdens de behandeling een **nieuwe zorgvraag** in, dan moet de medisch specialist aangeven dat hij deze nieuwe zorgvraag niet in behandeling kan nemen. De patiënt moet hiervoor eerst zijn huisarts raadplegen. De huisarts beoordeelt of een **nieuwe verwijzing nodig** is voor deze nieuwe zorgvraag, of dat hij/zij de zorgvraag zelf kan behandelen.
  - A. Echter, er is **geen nieuwe** verwijzing nodig indien de medisch specialist tijdens de behandeling van de ene zorgvraag een **gerelateerde zorgvraag** ziet en constateert dat hij deze moet behandelen.
3. Er is **geen** nieuwe verwijzing nodig wanneer het noodzakelijk is om de patiënt (structureel) terug te laten komen bij de medisch specialist in het kader van de behandeling. Bijv. in het geval van een patiënt met een chronische ziekte, waarvan de behandeling dus niet afgerond wordt. Dit moet dan wel in het **dossier** terug te vinden zijn, zodat een polikliniekmedewerker dit kan nakijken. En het moet in een **brief** aan de huisartsen gemeld zijn, zodat ook de huisarts hiervan op de hoogte is. Dit geldt **ook** voor een behandeling die **langer dan een jaar** duurt.

In onderstaande beslisboom staat bovenstaande schematisch weergegeven. De nummers in het schema verwijzen naar de tekst hierboven:

**Beslisboom**



#### Aanvullende informatie

4. Als een verwijzing niet voorzien is van een **einddatum**, dan hanteert Ziekenhuis Rivierenland een termijn van één jaar waarbinnen het eerste consult van de patiënt moet hebben plaatsgevonden. Dit vanwege de voorwaarden die de zorgverzekeraars hieraan stellen.
5. Alleen **schriftelijke verwijzingen** zijn geldig. Een telefonische verwijzing is niet voldoende. Ook spoedverwijzingen die in eerste instantie telefonisch doorgesproken zijn, dienen (eventueel later op de dag) gevolgd te worden door een schriftelijke verwijzing, bij voorkeur via ZorgDomein. Uitzondering hierop zijn de patiënten die via de SEH binnenkomen.

#### 6. Wie zijn de verwijzers?

a. Onderstaande zorgverleners worden door iedere zorgverzekeraar geaccepteerd als verwijzer:

- Huisarts
- Arts voor verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde
- Jeugdarts
- Bedrijfsarts (voor arbeid gerelateerde aandoeningen)
- Psychiater (als de patiënt in een GGZ-instelling verblijft)
- Verloskundige (in geval van zwangerschap, bevalling, of naar kinderarts binnen 1<sup>e</sup> 10 dagen post partus)
- Tandarts/orthodontist (voor kaak chirurgische behandeling)
- Optometristen (voor verwijzing naar oogheeskunde)

**b. Indien een verwijzer niet door iedere zorgverzekeraar geaccepteerd wordt zal per beroepsgroep beoordeeld moet worden of deze naar ZRT mag verwijzen.**

**Dit met aandacht voor de borging van de juiste zorgverzekeraars die wel of niet accepteert.**

#### Afhandeling van Transmurale Incident Meldingen:

Transmurale incident meldingen over dit onderwerp kunnen gemeld worden op het LPV Transmurale Incident Melden (TIM). Dit LPV geeft de melding dan door aan de betreffende unitmanager. De unitmanager bespreekt de melding vervolgens met de vakgroep en het secretariaat, indien nodig kan de afdeling Zorgregistratie om advies worden gevraagd. De poli handelt vervolgens de melding af. Ter afronding worden Zorgregistratie en het LPV TIM/CONNECT geïnformeerd hoe de melding is afgehandeld, waarna CONNECT de huisarts informeert.