Communicatiemiddelen tussen artsen en patiënten buiten de consultatie momenten

Carolien Polfliet, Universiteit Gent

Promotor: Lieve Peremans, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

1. Inhoudstafel

1. Inhoudstafel 2
2. Abstract 4
3. Voorwoord 5
4. Find a problem 5
    Introductie 5
    Onderzoeksvraag 5
    Methode 5
    Zoekstrategie 6
    Literatuurstudie 6
  Hoe verloopt het huidig gebruik van telefoon als communicatiemiddel tussen artsen en patiënten? 6
  Hoe verloopt het huidig gebruik van e-mail als communicatiemiddel tussen artsen en patiënten? 8
  Wat zijn mogelijke voor en nadelen van telefonische en e-mail consultaties, zowel voor artsen als patiënten? 10
  Hoe veilig zijn telefoon en e-mail consultaties? 11
  Zijn artsen en/of patiënten tevreden over telefoon en e-mail consultaties? 11
  Wat zijn de huidige richtlijnen in verband met herhaalvoorschriften zonder consultatie? Is dit toegestaan in België? Wat zijn mogelijke voor- en nadelen? 13
  Conclusie 15
5. Organise a meeting 16
6. Clarify: wel degelijk een probleem? 16
    Onderzoeksvraag 16
    Registratie 16
    Resultaten registratie juni 18
7. Understand/ Uncover problems 23
8. Select a strategy / Start PDCA 24
  Plan: 24
  Do: Interventie plannen 25
  Check 26
  Resultaten registratie februari 26
  Act: behouden? 33
9. Conclusie 34

10. Dankwoord 35
11. Referenties 36
12. Bijlagen 38
Bijlage 1: Patiënten brief 38
Bijlage 2: Registratieformulier 39
Bijlage 3: Protocol 40
Bijlage 4: Goedkeuring ethisch comité 44

2. Abstract

Communicatiemiddelen tussen artsen en patiënten buiten de consultatie momenten

HAIO: Carolien Polfliet
Promotor: Lieve Peremans
Praktijkopleider: Herman Hoet

Context

In de huisartsenpraktijk in Zingem waar het onderzoek zal plaatsvinden zijn alle consultaties na afspraak. Er zijn 5 artsen (4 huisartsen en 1 HAIO) werkzaam en er is een full time secretariaat aanwezig. Tijdens de consultaties bellen de patiënten regelmatig naar de artsen. Dit wordt zowel door de artsen als door de patiënten die op dat moment op consultatie zijn, als storend ervaren. Ook worden er telefonisch of via e-mail vaak medische attesten gevraagd of medische vragen gesteld. Deze vragen naar medische attesten wordt soms ervaren als een extra werklast door de artsen. Ook kan de kwaliteit van zorg niet gewaarborgd worden indien de arts een medisch attest schrijft of een medische vraag beantwoordt, zonder dat de patiënt gezien werd.

Onderzoeksvraag

Hoe kunnen we in onze praktijk het aantal telefonische vragen en vragen via mail voor een attest of voorschrift beperken? Volgende indicatoren worden onderzocht: het aantal attesten dat gevraagd wordt en het aantal keer dat de artsen worden doorgeschakeld.

Methode

Er wordt gestart met een literatuurstudie om de huidige communicatie, namelijk de face-to-face consultatie tegenover communicatie via telefoon/e-mail, tussen artsen en patiënten te onderzoeken op gebied van tevredenheid en veiligheid. In de zomer van 2016 volgt er een registratie, met als doel om na te gaan welke vragen patiënten via mail of telefonisch stellen en wat de redenen zijn voor deze vorm van communicatie. Na de registratie volgt er een visgraatanalyse en wordt een interventie ingevoerd. Aangezien het bespreken van laboresultaten het grootste aandeel vormt in de doorschakeling tussen secretaresse en arts, wordt dit aangepakt: de arts bekijkt de labo resultaten van de patiënten op voorhand en codeert deze in het patiëntendossier. De secretaresse communiceert het resultaat naar de patiënten of schakelt op vraag van de arts toch door. Tenslotte volgt er in het voorjaar van 2017 een nieuwe registratie.

Resultaten

Tijdens de eerste meetperiode werden er 240 contacten geregistreerd, tijdens de twee meetperiode 210 contacten. Er worden vooral attesten gevraagd voor vijftigplussers. Van de patiënten die telefonisch of via e-mail een vraag stellen zijn er respectievelijk 71% en 64% tijdens de laatste week nog op consultatie geweest. De meest frequente redenen zijn tijdens de eerste meetperiode in samenspraak met de arts (54%) en omwille van advies (13%). Tijdens de tweede meetperiode advies (26%), bespreken labo resultaten met code (20%), zonder code (18%) en in samenspraak met de arts (8%).

Conclusies

Door de interventie met het coderen van de labo resultaten is er bijna een halvering van de telefonische doorschakeling naar de artsen: 4.5% ipv 8%. Daarnaast is er een halvering van het aantal attesten: 14 ipv 30.

ICPC- code

E01: Communicator (CANMEDS rol)

3. Voorwoord

Deze thesis is opgebouwd aan de hand van het FOCUS model (Find a problem, Organise a meeting, Clarify problem, Understand/Uncover problems, Select a strategy/Start PDCA). Met andere woorden, vind een probleem dat kan worden verbeterd. Organiseer een vergadering met iedereen die het probleem goed kent en inzicht heeft in wat er kan veranderd worden. Begrijp en ontdek problemen. Selecteer een oplossing die je wil testen. Selecteer tenslotte een strategie, start Plan – Do – Check – Act.

4. Find a problem

Introductie

In de huisartsenpraktijk in Zingem waar het onderzoek zal plaatsvinden zijn alle consultaties na afspraak. Er zijn 5 artsen (4 huisartsen en 1 HAIO) werkzaam en er is een full time secretariaat aanwezig. Alle consultaties worden steeds telefonisch of via e-mail aangevraagd of vastgelegd tijdens een vorige consultatie. Voor de resultaten van een labo-onderzoek mag men steeds de arts telefoneren op een afgesproken tijdstip. Indien gewenst mag men ook via e-mail het resultaat van een bloedonderzoek opvragen.

In de praktijk zijn er dus duidelijke afspraken in verband met het telefoon en e-mail verkeer. Maar regelmatig wensen de patiënten de artsen toch persoonlijk te spreken aan de telefoon om bepaalde vragen te stellen. Daarnaast vragen patiënten ook regelmatig medische attesten (voorschriften, arbeidsongeschiktheid,...) aan de telefoon. De patiënt wordt dan doorverbonden met de arts tijdens de consultatie, zodat deze hier over kan beslissen. Ook worden er via e-mail soms medische attesten gevraagd of medische vragen gesteld. Deze worden dan beantwoord door de arts aan wie de e-mail geadresseerd is. Op consultatie worden deze extra vragen soms ook gesteld voor andere patiënten dan waarvoor de consultatie gereserveerd was.

Het onderzoek is een kwaliteitsverberend praktijkproject en heeft als doel na te gaan hoe we de communicatie tussen artsen en patiënten buiten de consultatiemomenten kunnen optimaliseren. Meer concreet willen we de vraag naar medische attesten en medische vragen buiten de consultaties verminderen.

Onderzoeksvraag

Hoe kunnen we in onze praktijk het aantal telefonische vragen en vragen via mail voor een attest of voorschrift beperken in onze praktijk?

Methode

Er wordt gestart met een literatuurstudie om de huidige communicatie, namelijk de face-to-face consultatie tegenover communicatie via telefoon/e-mail, tussen artsen en patiënten te onderzoeken op gebied van tevredenheid en veiligheid.

Voor het literatuuronderzoek zal men een antwoord formuleren op de volgende vragen:

- Hoe verloopt het huidig gebruik van telefoon en e-mail als communicatiemiddel tussen artsen en patiënten?
- Wat zijn mogelijke voor en nadelen van telefonische of email consultaties, zowel voor artsen als patiënten?
- Hoe veilig zijn telefoon en e-mail consultaties?
- Zijn artsen en/of patiënten tevreden over telefoon en e-mail consultaties?
- Wat zijn de huidige richtlijnen in verband met herhaalvoorschriften zonder consultatie? Is dit toegestaan in België? Wat zijn mogelijke voor- en nadelen?

Zoekstrategie

Deze literatuurstudie werd uitgevoerd door gebruik te maken van de databanken PubMed, domus medica en de databank masterproef ICHO.

In Pubmed werden verschillende MESH termen ingegeven: 'health primary care' AND 'telephone consultation', deze combinatie gaf 805 resultaten. Er werden geen filters gebruikt. Wanneer deze zoektermen gecombineerd werden met 'patient satisfaction' gaf dit 135 resultaten, in combinatie met 'safety' 40 resultaten. Daarnaast werden de zoekthermen 'Repeat prescription and primary health care' gebruikt, met als resultaat 131 artikels. 'Eprescribing' in combinatie met een filter voor de laatste 5 jaar gaf 35 resultaten. Voor een eerste selectie van de artikels werden de titels doorlopen. Wanneer deze interessant leken, werd het abstract gelezen. Een verdere selectie van de verkregen resultaten werd uitgevoerd op basis van de kwaliteit en relevantie van het abstract. Een artikel werd enkel geselecteerd wanneer er een fulltext online beschikbaar was. Vervolgens werd gezocht naar artikels via het sneeuwbaleffect. Bij interessante passages in een artikel werd ook naar de referentie gekeken om zo 'related articles' te vinden. In de databank van masterproef ICHO werd er 1 artikel gevonden. Ook werd de website van recip-e geraadpleegd. Zo werd een selectie van interessante artikels gemaakt die een antwoord konden geven op de onderzoeksvragen.

Literatuurstudie

Hoe verloopt het huidig gebruik van telefoon als communicatiemiddel tussen artsen en patiënten?

Traditionele consultaties tussen artsen en patiënten vinden face-to-face plaats. Er wordt gesuggereerd dat het gebruik van nieuwere informatie en communicatie technologieën (ICT) mogelijks leidt tot een lagere drempel naar de eerstelijnszorg in het algemeen (1). Deze middelen worden internationaal gebruikt met als doel de communicatie tussen gezondheidswerkers te verbeteren (2). Er is immers voldoende bewijs dat aantoont dat goede communicatie tussen artsen en patiënten een positieve invloed kan hebben op het gedrag en welzijn van patiënten, met inbegrip van tevredenheid over zorg, therapietrouw en het herinneren en begrijpen van medische informatie (3).

Tijdens de afgelopen jaren is de organisatie van de wachtdienst van de eerste lijn in verschillende landen ingrijpend veranderd. In plaats van een rotatie systeem met enkele artsen (6-8 huisartsen) werd er over gegaan naar grootschalige huisartsenwachtposten (45-120 huisartsen). Voorbeelden van enkele landen waar dit systeem al jaren ingeburgerd is, zijn Denemarken, het Verenigd Koninkrijk en Nederland. Deze reorganisatie van de wachtdienst kwam er vooral vanuit het initiatief van de artsen zelf. Er was een toegenomen ontevredenheid over de werkdruk tijdens de wachtdienst, die begon na een volwaardige werkdag en er was ontevredenheid over een slechte scheiding tussen werk en privé. Het grootste voordeel van de reorganisatie is de aanzienlijke vermindering van het aantal uren dat een huisarts van wacht moet zijn. Daarnaast is de organisatie van de wachtpost veel professioneler geworden doordat het nu geleid wordt door een manager, ondersteund wordt door praktijkassistenten en men gebruik maakt van auto's met een chauffeur.

Ook voor de patiënten zijn er belangrijke dingen veranderd door de komst van de wachtposten. In het algemeen is de zorg minder persoonlijk geworden voor de patiënten. Wanneer een patiënt vroeger nood had aan een huisarts buiten de kantooruren, was de kans groter dat hij werd gezien door de eigen huisarts of een bekende arts uit de buurt. Daarnaast was er vroeger veel kans dat hij de huisarts zelf aan de lijn kreeg, wanneer hij het wachtnummer telefoneerde. Daarentegen op een wachtpost, wordt de telefoon bemand door een praktijkassistente, die beslist welke actie er moet ondernomen worden: telefonisch advies, een consultatie op de wachtpost of een huisbezoek. Doordat de wachtpost een samenwerking vormt met een groot aantal huisartsen, is men verantwoordelijk voor een groot grondgebied en is de afstand van de patiënt tot wachtpost in de meeste gevallen groter geworden (4).

Daarnaast worden telefoonconsultaties tijdens de kantooruren onder andere reeds toegepast in Denemarken (5), Schotland (6) en het Verenigd Koninkrijk (7). Telefoon consultaties worden in de stedelijke gebieden in Schotland vooral gebruikt om het groot aantal patiënten te beheersen, terwijl in landelijke gebieden de telefoon consultaties ontwikkeld werden om de geografische problemen te overwinnen en de continuïteit van zorg te verzekeren (6).

In België zijn er verschillende problemen in verband met telefoonconsultaties. De arts krijgt geen vergoeding voor een telefonisch advies, terwijl hij wel verantwoordelijk kan gesteld worden voor het gegeven advies vormt een eerste probleem. Voor het aanrekenen van een ereloon voor een telefonisch medisch advies bestaat er in België geen Riziv-nummer. In zoverre men de patiënt hiervoor al iets zou kunnen aanrekenen, kan deze laatste bijgevolg geen terugbetaling krijgen. Ten tweede beschikt de arts niet altijd over de nodige gegevens om deze taak degelijk te kunnen uitvoeren. Aan een ongekende of een niet-geïdentificeerde patiënt (bijvoorbeeld tijdens de wachtdienst) dient het telefonisch advies volgens de Orde der Artsen kort en voorzichtig te worden gehouden en dient een patiëntencontact te worden voorgesteld. Na een telefonisch advies moet men steeds een nota maken in het dossier of wachtverslag. Ten derde kan een arts volgens de Orde onmogelijk een diagnose stellen zonder anamnese en klinisch onderzoek. Het interpreteren van (acute) symptomen is onbegonnen werk en houdt risico's in voor de (volks)gezondheid. Het is in België dus niet toegestaan om na een telefoonconsultatie een diagnose te maken en hieruit volgend een beleid voor te stellen (8).

Dat patiënten bij hun arts terecht moeten kunnen voor een dringende vraag of een advies kort nadat ze op raadpleging zijn geweest, wordt door de Orde der Artsen absoluut niet in vraag gesteld. Maar het telefonisch advies vragen bij een acute ziekte om een raadpleging te omzeilen is een toenemende trend aan het worden, die in de mate van het mogelijke moet worden afgeremd. Deze trend kan verklaard worden door het

uitsterven van de mantelzorg en door de attitude van de patiënt, die zich opstelt als een consument met als motto: alles moet kunnen.

Veel artsen ervaren het 'onterecht' telefonisch consult bovendien als storend, tijdrovend, gevaarlijk en onnuttig wegens het gebrek aan essentiële elementen waarvan het klinisch onderzoek de hoeksteen is en blijft. Wanneer de arts vaag blijft in zulke telefonische consulten, wordt hem dikwijls verweten niet welwillend en toegankelijk te zijn. Dit creëert bij de patiënten het idee van 'goede' en 'slechte' artsen. De 'goede' - lees artsen waar de patiënt (consument) de regels bepaalt - en de 'slechte' die streven naar een kwaliteitsgeneeskunde. De patiënt dient te beseffen dat het 'zomaar' bellen als storend en afleidend wordt ervaren zowel door de arts, als door de patiënt die op dat ogenblik op spreekuur is (8).

Onderbrekingen, bijvoorbeeld door vragen via de telefoon, tijdens consultaties hebben verschillende negatieve effecten. De totale tijdsduur van een taak neemt toe (9) en de kans op fouten op een voorschrift stijgt (10). Deze onderbrekingen vormen ook één van de oorzaken van stress op het werk bij huisartsen (11).

Maar waar telefoonconsultaties ingeburgerd zijn, vinden mensen die fulltime werken, ouders met jonge kinderen, minder mobiele patiënten en patiënten die op een verdere afstand wonen, dit een nuttige voorziening (6).

Zowel patiënten als artsen vinden dat telefoonconsultaties verwacht worden om kort te zijn en gericht te zijn op één onderwerp. Een psychosociaal probleem exploreren via de telefoon vinden ze minder aannemelijk. Van een face-to-face consultatie wordt verwacht dat de arts er een zekere tijd voor uitrekt, ongeacht van de probleemstelling. Ook kan er een bepaalde complexiteit zijn, die niet mogelijk is bij een telefoonconsultatie (6).

De meeste artsen, patiënten, verpleegkundigen en secretaressen zijn het er over eens dat een telefoonconsultatie een geschikt medium is voor simpele problemen. Hiermee wordt meestal follow-up van een gekend probleem, bespreken van testresultaten of herhaling van een gekend probleem bedoeld. Wanneer het om potentieel ernstige of onstabiele omstandigheden gaat, zoals koorts bij zuigelingen of ernstige hoofdpijn, of wanneer een visueel onderzoek noodzakelijk is zoals bij een huiduitslag, is men meer afwijzend tegenover telefoonconsultaties (6).

Hoe verloopt het huidig gebruik van e-mail als communicatiemiddel tussen artsen en patiënten?

Naar aanleiding van het veelvuldige gebruik van e-mails, hebben beleidsmakers wereldwijd ervoor gezorgd dat e-mail een communicatiemiddel werd tussen artsen en patiënten. In sommige landen wordt e-mail op grote schaal gebruikt door gezondheidswerkers in de eerste lijn. Enkele voorbeelden van landen waar e-mailconsultaties gebruikt worden zijn: Denemarken, Verenigde Staten, Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk en Nederland (12).

E-mail consultaties worden in Denemarken doorgaans gebruikt om testresultaten te communiceren, geneesmiddelen voorschriften te vragen en snelle vragen te stellen. De huisartsen benadrukken dat e-mail consultaties geschikt zijn om administratieve problemen van de patiënten op te lossen, zoals een consultatie boeken, een voorschrift verlengen of een testresultaat ontvangen (13).

Een systematische review onderzocht de inhoud van de e-mails tussen artsen en patiënten. De meerderheid van de vragen via e-mail van patiënten gaan over niet acute zaken zoals medische vragen, overleg en update van medicatie veranderingen. Een kleiner aantal gaat over administratieve zaken en resultaten van labo onderzoeken. In zeer zeldzame gevallen gaat het over dringende zaken. Ook de eigenschappen van de e-mails werden onderzocht. Hieruit blijkt dat de berichten van patiënten meestal kort, formeel en medisch relevant zijn, met een beperkt aantal vragen per bericht. Wanneer de e-mails van artsen vergeleken werden met die van patiënten, blijkt dat de berichten van artsen de neiging hebben om korter te zijn en directer (3).

Een Nederlandse studie onderzocht de barrières, verwachtingen en motivatie in verband met e-overleg bij patiënten zonder e-overleg ervaring (niet-gebruikers) (14). De grootste barrières tegenover e-consultaties zijn: zich niet bewust zijn van het bestaan van e-consultaties (65%), een huisarts hebben die geen e-consultaties aanbiedt (54%) en de voorkeur van de patiënt om een arts te zien (57%). Vervolgens werden de verwachtingen onderzocht. De hoogste prioriteit voor patiënten in verband met e-overleg is dat ze een snel antwoord verwachten (98%). Alle andere verwachtingen zijn ongeveer even belangrijk voor hen: zelf kunnen beslissen wanneer men gebruik maakt van e-consultaties, zekerheid dat de privacy gegarandeerd wordt en dat men voldoende geïnformeerd wordt over de mogelijkheden en beperkingen van e-consultaties. Minder patiënten (64 %) waren het eens met de uitspraak: 'ik vind het belangrijk dat mijn eigen huisarts mijn vraag beantwoordt.' Ten slotte werd de motivatie bekeken. De gelegenheid om een arts te raadplegen, ongeacht de tijd (92%) en plaats (81%) en de mogelijkheid om ongestoord vragen te formuleren zijn de meest aantrekkelijke redenen voor de patiënten. Deze factoren lijken belangrijker dan de vermindering in bezoeken aan de praktijk of reistijd. In Nederland worden er twee types van e-overleg aangeboden: direct overleg (een huisarts raadplegen door middel van een beveiligde e-mail) en indirect overleg (een huisarts raadplegen door middel van een beveiligde e-mail met tussenkomst van een triage mechanisme voor advies over de vraag of het nodig is om een arts te zien en voor zelfzorg advies) (14). De mogelijkheid om aanvullende vragen te stellen na een consultatie (88%) en bijkomende vragen over het gebruik van medicatie (78%) zijn de meest aantrekkelijke redenen voor een direct e-overleg. Indirect overleg kan bruikbaar zijn om te bepalen of bezoek aan de huisarts noodzakelijk is (88%), voor zelfzorg advies (84%) en voor de vermindering van onzekerheid bij patiënten. Bijvoorbeeld weten wat er aan de hand is en wat men moet doen (80%) is een mogelijke motivatie voor indirect overleg (14). De Nederlandse studie concludeert dat niet-gebruikers vrij gemotiveerd zijn om e-consultaties te gebruiken maar alleen onder bepaalde voorwaarden. De patiënten hechten een groot belang aan een tijdige respons en een garantie op privacy (14). Sommige patiënten zijn echter terughoudender, wat aangeeft dat ze eerst nood hebben om hun huisarts goed te kennen, vooraleer ze deze vorm van consultatie willen toepassen (15).

Een Deense studie toont gelijkaardige resultaten. Patiënten willen huisartsen gebruiken als een partner in e-mail overleg. Ze verwachten een antwoord in het geval van onzekerheden. Uit de studie blijkt ook dat huisartsen de voorkeur geven aan korte eenvoudige vragen, zonder optie voor de patiënt om in discussie te gaan. Ze vinden het moeilijk om ingewikkelde medische problemen via e-mail te behandelen en hebben de neiging om dan een standaard antwoord te sturen. Deze standaard formulering geeft bij een aantal patiënten een gevoel van afwijzing van hun probleem. Deze studie concludeert dat er nood is aan het ontwikkelen van duidelijke richtlijnen in verband met het gebruik van e-consultaties voor artsen en patiënten (16).

In België is het advies van de Orde der Artsen dat het elektronisch verkeer tussen de arts en de patiënt zich het best beperkt tot de uitwisseling van administratieve informatie. Een arts kan op een vraag van een patiënt slechts beperkt ingaan voor zover de arts behandelend arts is van de patiënt en het gaat over

medisch advies in niet-dringende zaken. Bovendien kan het enkel gaan om additionele informatie. Het stellen van een diagnose is niet toegestaan. Hiervoor zal de patiënt steeds op raadpleging moeten komen bij de arts. Wanneer een arts zijn professionele e-mail adres bekend heeft gemaakt aan het publiek of actief is op sociale media, moet hij vragen die langs deze weg binnen komen beantwoorden binnen een redelijke termijn (8).

Wat zijn mogelijke voor en nadelen van telefonische en e-mail consultaties, zowel voor artsen als patiënten?

Patiënten ervaren soms moeilijkheden om een afspraak te krijgen dat in hun agenda past, vooral bij de huisarts van hun voorkeur. Men stelde vast dat artsen soms makkelijker aan de telefoon te spreken zijn, dan dat men een face-to-face afspraak kan maken (6).

Het voordeel van een face-to-face consultatie is dat zowel artsen en patiënten beiden 5 à 10 minuten reserveren in hun agenda, de deur gesloten is en men gedurende die tijd elkaars volle aandacht heeft. Tijdens een telefoonconsultatie is geen enkel van deze voorwaarden noodzakelijk vervult. Maar telefoonconsultaties worden zowel door artsen als patiënten als een toegevoegde waarde aan de normale gezondheidszorg gezien. Een lagere toegangsdrempel voor patiënten is een voordeel van de telefoonconsultaties. Bovendien rapporteerden artsen, die ervaring hadden met telefoonconsultaties, dat verborgen agenda's zeldzaam zijn aan de telefoon. Eveneens demonstreerden verschillende studies dat telefoonconsultaties korter zijn (17) en mogelijks efficiënter (18) zijn bij chronische patiënten dan face-to-face consultaties. Als nadeel zijn zowel artsen als patiënten bezorgd over de veiligheid bij telefoonconsultaties. Dit probleem wordt in de volgende paragraaf besproken.

Potentiële voordelen van e-mail consultaties zijn ten eerste een betere toegang tot de zorg. Patiënten kunnen vragen stellen, op elk moment, op elke plaats (3, 19, 20). Ten tweede kan het gebruik van e-overleg de zelfzorg van patiënten verbeteren en hun autonomie versterken (20). Ten derde zijn er minder kosten met behoud van dezelfde of eventueel een betere kwaliteit van zorg (3, 20). Dit betekent dat e-consultaties kunnen inspelen op de toenemende vraag naar zorg door de vergrijzing in de maatschappij, op voorwaarde dat het e-overleg op grote schaal zal gebruikt worden (14). Als mogelijk nadeel zijn artsen bezorgdheid over hun tijdsbesteding, het gebrek aan persoonlijk contact met de patiënten, het omgaan met acute problemen en het verlies van inkomsten (3, 15). Patiënten zijn bezorgd over logistieke problemen zoals of de boodschap de juiste persoon zal bereiken en hoe lang het zal duren om een antwoord te krijgen. Daarnaast zijn zowel artsen als patiënten ook hier bezorgd over de veiligheid en privacy (3).

We kunnen concluderen dat de gemakkelijke toegang tot de eerste lijn, via telefoonconsultaties en/of e-consultaties zorgt voor een grotere continuïteit van zorg, vooral bij de behandeling van chronische patiënten. Bovendien kunnen deze nieuwe vormen van consultaties ervoor zorgen dat patiënten tijd en verplaatsingen besparen (6). Onderzoek toont aan dat er een verband is tussen goede toegankelijkheid van de eerste lijn met zowel betere gezondheidszorg resultaten als lagere kosten voor de gezondheidszorg (21).

Hoe veilig zijn telefoon en e-mail consultaties?

Zowel artsen als patiënten zijn bezorgd over de veiligheid bij telefoonconsultaties. Dit wordt grotendeels veroorzaakt door het verlies van inzichten verkregen door informele informatie tijdens het onderzoek en het gebrek aan visuele informatie. Artsen baseren zich hierop om snel te oordelen of een patiënt mogelijk ernstig ziek is. Een belangrijke factor hierbij is het feit of de arts en de patiënt elkaar kennen. Veel van de bezorgdheden over telefoonconsultaties van de artsen en patiënten verdwijnen wanneer beide partijen elkaar kennen. Enerzijds hebben artsen hebben meer vertrouwen dat de patiënt een nauwkeurige anamnese zal geven en een juiste manier van zelfbehandeling heeft toegepast. Anderzijds geloven patiënten dat hun arts hun voorgeschiedenis goed genoeg kent om een veilige beslissing te maken, vooral als het over een terugkerend probleem gaat (6).

Deze bezorgdheid over veiligheid en privacy bestaat ook bij e-mail consultaties. Communicatie tussen artsen en patiënten via e-mail zorgt voor complexiteit en verantwoordelijkheden voor beide partijen. Risico's om de privacy te schenden kunnen ontstaan wanneer meerdere individuen hetzelfde e-mail adres delen of wanneer wachtwoorden niet geheim worden gehouden. Mogelijke oplossingen voor deze bezorgdheden worden gesuggereerd in een systematische review. Er kan bijvoorbeeld een beveiligde server ontwikkelend worden voor de online communicatie tussen artsen en patiënten. De provider van de praktijk moet dan eerst de identiteit van de patiënt authenticeren, waarbij een gebruikersnaam en tijdelijk wachtwoord worden aangemaakt, specifiek voor dat individu. De patiënten kunnen dan hun wachtwoord opnieuw instellen nadat ze een eerste keer zijn ingelogd. Een geïntegreerd web systeem kan ook functies hebben die de praktijken beschermen tegen een overwelving van e-mails door bijvoorbeeld het aantal karakters te beperken van een bericht. In vergelijking met reguliere e-mails, kan een dergelijk web systeem veiliger en minder tijdrovend zijn. Sommige zorginstellingen hebben reeds beveiligde systemen goedgekeurd om de elektronische communicatie tussen patiënten en zorgverleners te vergemakkelijken (3).

Zijn artsen en/of patiënten tevreden over telefoon en e-mail consultaties?

Hoewel artsen en patiënten over algemeen tevreden zijn over telefoonconsultaties, toont een studie uit het Verenigd Koninkrijk dat telefoonconsultaties korter zijn, dat er minder verschillende problemen besproken worden en dat er minder gegevens worden verzameld en genoteerd in het medisch dossier in vergelijking met face-to-face consultaties. Artsen die telefoonconsultaties houden, hebben minder kans om voldoende belangrijke informatie te hebben verzameld om belangrijke en ernstige ziekten uit te sluiten (19).

Volgens een Schotse studie onthouden patiënten bij de huisarts de inhoud van de consultatie goed, met slechts kleine fouten. Dit is in tegenstelling tot consultaties in de tweede lijn, waarbij patiënten veel van de gegeven informatie vergeten. Dit verschil kan verklaard worden doordat angst het geheugen vermindert en patiënten zich bij de huisarts minder gestresseerd voelen. Er blijkt geen verschil te zijn tussen face-to-face en telefonisch overleg. Maar hoe meer problemen er besproken worden binnen een zelfde consultatie, hoe minder waarschijnlijk het is dat de patiënt alle informatie nauwkeurig zal onthouden. Dit suggereert dat patiënten met verschillende problemen beter geadviseerd worden om een nieuwe raadpleging te plannen, in

plaats van alle problemen te proberen oplossen in één overleg. Uit deze studie kunnen we dus concluderen dat face-to- face en telefonisch overleg even veilig zijn op het gebied van informatie overdracht (22).

Patiënten zijn in het algemeen tevreden over de zorg georganiseerd in wachtposten. Maar patiënten die enkel telefonisch advies krijgen, lijken minder tevreden in vergelijking met patiënten die op consultatie gaan naar de wachtpost of een huisbezoek krijgen. Bovendien is aangetoond dat de verwachting van de patiënt over hun contact met de huisartsenwachtpost de algemene tevredenheid sterk beïnvloedt. Andere variabelen die lijken samen te hangen met algemene tevredenheid zijn toegang tot een auto, leeftijd en wachttijd (23).

De algemene tevredenheid van de patiënt wordt vooral bepaald door de mening over de houding van de praktijkassistente aan de telefoon. Dit werd gezien bij zowel de patiënten die telefonisch advies kregen, op consultatie kwamen en degene die een huisbezoek kregen. Het blijkt dus dat de eerste indruk dat patiënten maken over een wachtpost en die is meestal door middel van de telefoon, een sterke invloed heeft op de algemene tevredenheid (4).

In de USA werd een onderzoek verricht naar de tevredenheid van patiënten over de kwaliteit van zorg via telefoonconsultaties. De grootste kans op een slechte beoordeling van de kwaliteit van zorg wordt gezien bij patiënten die geen antwoord krijgen op hun zorgvraag. Mogelijke oorzaken voor dit probleem zijn dat het personeel die de telefoon beantwoordt, fout doorschakelt of niet voldoende tijd neemt om het probleem van de patiënt te exploreren. Een goede opleiding voor het personeel en duidelijke beslissingsbomen zijn noodzakelijk. Het is ook mogelijk dat de informatie wel gegeven wordt maar als gevolg van slechte communicatie en/of misverstanden, niet begrepen wordt door de patiënten. De tweede belangrijkste factor die de tevredenheid bepaalt, is de tijd waarin een antwoord verkregen wordt. De derde belangrijkste factor is het aantal keer dat de telefoon wordt doorgeschakeld vooraleer de patiënt geholpen wordt. De vierde belangrijkste factor is het beleid bij patiënten die bellen voor dringende hulp (21).

Dat artsen en patiënten even tevreden zijn met telefoonconsultaties en face-to-face consultaties, ondanks hun verschillen, suggereert dat men verschillende verwachtingen heeft tegenover beide vormen van consultaties. Dit kan op zijn beurt veroorzaakt worden door de aard van de problemen die gepresenteerd worden tijdens telefonisch overleg, die inherent minder complex zijn en daardoor dus minder tijd vragen (19).

Hoewel zowel artsen en patiënten telefoonconsultaties gemakkelijk vinden en er tevreden over zijn, is het niet de meest geschikte en veilige manier om ongedifferentieerde problemen aan te pakken tijdens de kantooruren. Daarentegen kunnen telefoonconsultaties wel veilig gebruikt worden om vervolgafspraken te maken en chronische problemen te behandelen, wanneer er reeds een initiële beoordeling face-to-face heeft plaats gevonden en er een voorlopige diagnose gemaakt is (19, 24).

Veel organisaties in de gezondheidszorg zijn beveiligde platforms aan het ontwikkelen om de communicatie via e-mail tussen artsen en patiënten op een veilige manier mogelijk te maken. Artsen zijn bezorgd dat het openen van dergelijke platforms zullen zorgen voor een overvloed van e-mails van hun patiënten (25).

Een studie dat de tevredenheid van patiënten onderzocht over e-mail communicatie gaf volgende resultaten: van de actieve e-mailgebruikers heeft slechts 6% ooit een e-mail naar zijn huisarts verzonden, terwijl 65% wel interesse zou hebben om te communiceren via e-mail met zijn huisarts. Toen hen gevraagd werd om de belangrijkste problemen te identificeren (men kon kiezen uit meer dan één item in de lijst), die hen

verhinderden om berichten te versturen naar hun arts, beschikt 69% niet over het e-mail adres van hun arts, terwijl 21% bezorgd is dat hun berichten zullen onderschept werden en gelezen door onbevoegden. Bovendien wist 64% niet eens of hun arts communiceert via e-mail. Ten slotte was 15% bezorgd dat ze hun arts zouden lastig vallen door het sturen van een e-mail (25).

Patiënten die hoger opgeleid zijn, patiënten met een hoger inkomen en jongere patiënten zijn meer geïnteresseerd in het ontvangen van resultaten via e-mail en hadden hogere verwachtingen over wanneer het resultaat zou worden doorgestuurd. Dat 65-plussers minder interesse hebben om te communiceren via e-mail is niet echt verrassend, aangezien deze leeftijdsgroep minder gewoon is om internet te gebruiken. In het algemeen zijn patiënten minder vragende partij om resultaten van bijvoorbeeld een botscan voor osteoporose, een CT hersenen, een screening mammografie of screening voor prostaatkanker via e-mail te verkrijgen. Hieruit kunnen we besluiten dat de inschatting van de ernst of complexiteit van een test een beïnvloedende factor is en dat hiermee rekening moet gehouden worden wanneer er afgesproken wordt om de testresultaten via e-mail te communiceren (26).

De potentiële voordelen van e-consultaties voor patiënten op het gebied van tijd en kosten besparen zijn enorm. Maar de potentiële impact op de workload van de artsen is mogelijks nog veel groter. Er is dan ook nog veel werk aan de winkel om deze kloof te overbruggen en een werkbaar systeem te ontwikkelen (25).

Wat zijn de huidige richtlijnen in verband met herhaalvoorschriften zonder consultatie? Is dit toegestaan in België? Wat zijn mogelijke voor- en nadelen?

De gemiddelde huisartsenpraktijk heeft dagelijks te maken met de vraag naar geneesmiddelenvoorschriften zonder consultatie. Een groot deel van de voorschriften bij de huisarts zijn herhaalvoorschriften (27-29).

De Nationale Raad van de Orde der Artsen schreef in zijn advies van 19 augustus 2000 dat het geneesmiddelenvoorschrift deel uitmaakt van de medische consultatie en alleen maar kan slaan op patiënten die op raadpleging zijn of gekomen zijn bij de arts, die er verantwoordelijk voor is. Het voorschrijven dient met de nodige bedachtzaamheid te gebeuren en de arts dient rekening te houden met de voorgeschiedenis van de patiënt. De arts moet ook zeker zijn dat de patiënt de noodzaak van de behandeling begrijpt en hij moet de nodige opvolging voorzien (30).

Herhaalvoorschriften zonder consultatie heeft als voordeel dat het de werkdruk voor de arts vermindert en het gemakkelijk is voor de patiënt maar als nadeel biedt dit niet de adequate controle die vereist is (27). De artsen vinden het bovendien een inefficiënte manier van werken en hebben het gevoel dat ze hun patiënten minder goed kunnen opvolgen (27, 31). Indien men onvoldoende opvolging geeft aan chronische medicatie, kan men medicatie gerelateerde problemen niet voorkomen, identificeren of oplossen (31). Dit kan een negatieve invloed hebben op de effectiviteit, kosten en veiligheid van de gebruikte medicijnen (27).

Volgende argumenten zijn van toepassing om de patiënt best op consultatie te laten komen: nagaan of de medicatie nog steeds adequaat is, of deze correct gebruikt wordt, of er geen bijwerkingen optreden en om de therapietrouw na te vragen Daarnaast komt de patiënt ook best op consultatie om eventuele vragen te beantwoorden, om preventieve onderzoeken te plannen en om levensstijladviezen te bespreken (27).

In een masterthesis (2013) werd er nagegaan wat de mogelijke redenen zijn waarom patiënten niet op consultatie komen voor een herhaalvoorschrift. Ook mogelijke interventies om het aantal verlengvoorschriften via de telefoon te doen dalen werden onderzocht. Een recente consultatie was de voornaamste reden om niet op consultatie te komen voor een verlengvoorschrift. Ook vonden patiënten het niet nuttig om op consultatie te komen als ze niet ziek zijn. Dit was echter in tegenspraak met de bevinding dat de patiënten aangaven het nut van een controleconsult te begrijpen (32). Eén van de conclusies van de masterthesis was dat de huisarts aandachtig dient te zijn voor chronische medicatie en deze dus ook voldoende lang (tot het volgende controleconsult) dient voor te schrijven (32).

Herhalingsvoorschriften zonder overleg op consultatie is een veelvoorkomende manier van het geven van voorschriften voor chronische medicatie. Voorbeelden van landen waar dit gebeurt zijn Nederland, Finland en het Verenigd Koninkrijk. Herhalingsvoorschriften zonder overleg worden vooral aan oudere patiënten gegeven. Deze patiënten leiden meer aan chronische aandoeningen dan jongeren en gebruiken soms al jaren de chronische medicatie. Er is net bij deze patiënten een regelmatige beoordeling nodig om het onnodig langdurig gebruik van medicatie te vermijden. Maar in tegenstelling hiermee kan in Finland het interval tussen de controles door de arts meerdere jaren bedragen omdat de voorschriften voor chronische medicatie meestal worden meegegeven voor 12 maanden, als de patiënt stabiel is. Het ontbreken van evaluatie bij herhalingsvoorschriften zonder overleg vormt dus een probleem (33).

Sinds 1 januari 2017 moeten in België alle geneesmiddelen elektronisch worden voorgeschreven via Recip-e, een beveiligde manier om voorschriften te bewaren, tot ze afgeleverd worden aan de zorgverstrekker die gekozen wordt door de patiënt. Papieren voorschriften blijven wel nog mogelijk in noodsituaties en in geval van overmacht (huisbezoek, bandagistserie…). Een papieren document met een barcode, het 'bewijs van elektronisch voorschrift' is voorlopig nog nodig om praktisch-technische redenen: de apotheker moet de barcode inscannen om het elektronisch voorschrift te kunnen ophalen. Het is echter de bedoeling dat dit vanaf 2018 door het inlezen van de eID van de patiënt gebeurt. Papier zal in de toekomst enkel nog gebruikt kunnen worden als de patiënt dat wenst maar dan eerder om de patiënt informatie te geven die verstaanbaar is en nuttig voor het correct gebruik van zijn geneesmiddelen (bv. in de vorm van een medicatieschema). Het is in de toekomst ook de bedoeling dat kinesitherapie en zorgvoorschriften via de elektronische manier worden voorgeschreven.

Voordelen van Recip-e zijn: snellere opsporing van incompatibele geneesmiddelen of allergische reacties bij de patiënt via het medisch dossier, snellere controle van verzekerbaarheid van de patiënt, vlottere aanvraag van Hoofdstuk IV geneesmiddelen, rechtstreekse feedback tussen arts en apotheker, meer efficiëntie bij het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen, voorkomen van fraude (kopiëren/aanpassen van hoeveelheden,...) minder administratieve rompslomp en betere samenwerking tussen zorgverleners leidt tot een betere en snellere zorgverlening voor de patiënt (34).

Via Recip-e is het deontologisch in België wel toegelaten dat een patiënt op basis van een elektronisch voorschrift de geneesmiddelen bij de apotheker krijgt, zonder dat hij het voorschrift fysiek ontvangen heeft van de arts (30). Wanneer Recip-e in de toekomst integraal gebruikt wordt, zal dit systeem misschien voor een andere, makkelijkere manier van afleveren van chronische medicatie zorgen en zal het probleem van het afleveren van verlengvoorschriften mogelijks een nieuwe wending krijgen.

Conclusie

Buiten de kantooruren worden telefoonconsultaties soms toegepast in huisartsenwachtposten. In tegenstelling tot in sommige Europese landen zijn telefoonconsultaties voor het stellen van een diagnose en het voorstellen van een beleid niet toegestaan in België. Een telefoonconsultatie is geschikt voor follow-up van een gekend probleem, het bespreken van testresultaten of herhaling van een gekend probleem. Vooral mensen die fulltime werken, ouders met jonge kinderen, minder mobiele patiënten en patiënten die op een verdere afstand wonen, vinden dit een nuttige voorziening. Bovendien zouden deze consultaties ook korter en mogelijks efficiënter zijn bij chronische patiënten dan face-to-face consultaties. Zowel artsen als patiënten zijn bezorgd over de veiligheid bij telefoonconsultaties. Redenen hiervoor zijn het verlies van inzichten verkregen door informele informatie tijdens het onderzoek en het gebrek aan visuele informatie maar deze bezorgdheid verdwijnt wanneer er een langere arts-patiënt relatie is. Artsen en patiënten zijn ondanks de verschillen even tevreden met telefoon en face-to-face consultaties.

Patiënten vragen via e-mail vooral informatie over medische problemen en overleg en update van medicatie veranderingen. Een kleiner aantal e-mails gaat over administratieve zaken en resultaten van labo onderzoeken en zeer zelden gaat het over dringende zaken. De berichten van patiënten zijn meestal kort, formeel en medisch relevant, met een beperkt aantal vragen per bericht. De berichten van artsen hebben de neiging om korter te zijn en directer. In België is het advies van de Orde der Artsen dat het e-mail verkeer tussen artsen en patiënten zich best beperkt tot de uitwisseling van administratieve informatie en is het stellen van een diagnose niet toegelaten. Potentiële voordelen van e-mail consultaties zijn een betere toegang tot de zorg en het versterken van de zelfzorg door patiënten en het verminderen van kosten. Mogelijke nadelen voor artsen zijn bezorgdheid over hun tijdsbesteding, het gebrek aan persoonlijk contact met de patiënten, het omgaan met acute problemen en het verlies van inkomsten. Patiënten zijn bezorgd over logistieke problemen zoals of de boodschap de juiste persoon zou bereiken en hoe lang het zou duren om een antwoord te krijgen. Daarnaast zijn zowel artsen als patiënten ook hier bezorgd over de veiligheid en privacy. Een beveiligde server zou hiervoor een oplossing kunnen bieden.

We kunnen concluderen dat de gemakkelijke toegang tot de eerste lijn, via telefoonconsultaties en/of e-consultaties zorgt voor een grotere continuïteit van zorg, vooral bij de behandeling van chronische patiënten. Bovendien kunnen deze nieuwe vormen van consultaties ervoor zorgen dat patiënten tijd en verplaatsingen besparen. Onderzoek toont aan dat er een verband is tussen goede toegankelijkheid van de eerste lijn met zowel betere gezondheidszorg resultaten als lagere kosten voor de gezondheidszorg.

Herhaalvoorschriften zonder consultatie heeft als voordeel dat het de werkdruk voor de arts vermindert en het gemakkelijk is voor de patiënt maar als nadeel biedt dit niet de adequate controle die vereist is. Indien men onvoldoende opvolging geeft aan chronische medicatie, kan men medicatie gerelateerde problemen niet voorkomen, identificeren of oplossen. Dit kan een negatieve invloed hebben op de effectiviteit, kosten en veiligheid van de gebruikte medicijnen. Sinds 1 januari 2017 moeten in België alle geneesmiddelen elektronisch worden voorgeschreven via Recip-e, een beveiligde manier om voorschriften te bewaren, tot ze afgeleverd worden aan de zorgverstrekker die gekozen wordt door de patiënt. Via Recip-e is het deontologisch in België wel toegelaten dat een patiënt op basis van een elektronisch voorschrift de geneesmiddelen bij de apotheker krijgt, zonder dat hij het voorschrift fysiek ontvangen heeft van de arts.

Wanneer Recip-e in de toekomst integraal gebruikt wordt, zal dit systeem misschien voor een andere, makkelijkere manier van afleveren van chronische medicatie zorgen en zal het probleem van het afleveren van verlengvoorschriften mogelijks een nieuwe wending krijgen.

5. Organise a meeting

Alle collega's van de praktijk zullen meewerken aan het onderzoek. In een eerste fase wordt een overleg georganiseerd om te kijken of de medische vragen en de vraag naar medische attesten aan de telefoon en via e-mail wel degelijk als een probleem worden ervaren.

Tijdens het overleg werd duidelijk de telefoon tijdens de consultaties regelmatig wordt doorverbonden en dat dit door de collega's als storend ervaren. Men is de concentratie kwijt tijdens de consultatie en als er veel vragen telefonisch moeten beantwoord worden, loopt de consulatie mogelijk uit, waardoor de volgende patiënten die een afspraak hadden moeten wachten.

Via e-mail vraagt men soms medische attesten of medische vragen. Deze worden dan beantwoord door de arts aan wie de e-mail geadresseerd is. Op consultatie worden deze extra vragen ook gesteld voor andere patiënten dan waarvoor de consultatie gereserveerd was. Deze vragen naar medische attesten wordt soms ervaren als een extra werklast door de artsen. Bovendien kan de kwaliteit van zorg niet gewaarborgd worden indien de arts een medisch attest schrijft of een medische vraag beantwoordt, zonder dat de patiënt gezien werd.

6. Clarify: wel degelijk een probleem?

Onderzoeksvraag

Hoe kunnen we in onze praktijk het aantal telefonische en vragen via mail voor een attest of voorschrift beperken in onze praktijk? Volgende indicatoren worden onderzocht: het aantal attesten dat gevraagd wordt en het aantal keer dat de artsen worden doorgeschakeld.

Registratie

In de periode 9/6 – 8/7 volgt er een registratie. Het doel van de registratie is om na te gaan welke vragen patiënten via mail of telefonisch stellen en wat de redenen zijn voor deze vorm van communicatie. Zo kan er beoordeeld worden of er in onze praktijk wel degelijk een probleem is omtrent de communicatie via telefoon/e-mail tussen artsen en patiënten.

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle patiënten, die via telefoon of e-mail met de vraag voor een medisch attest of advies contact opnemen met de praktijk,. Verder zullen de medische attesten of vragen die tijdens een consultatie moment worden gesteld maar die geen verband houden met de patiënt waarvoor de

consultatie was gereserveerd, ook worden opgenomen in het onderzoek. Na de periode van registratie zal er geobjectiveerd worden hoeveel vragen de patiënten via mail of telefonisch gesteld hebben en bekeken worden hoeveel deelnemers er waren aan het onderzoek.

Kwantitatief willen we het aantal medische attesten en medische vragen buiten de consultatie momenten registreren. Nadien worden volgende zaken nagegaan:

- Hoeveel procent van de registraties gebeurde er via telefoon, e-mail en op de consultatie zelf?
- Hoeveel procent van het totaal aantal contacten zijn dit?
- Is er een bepaalde leeftijdsgroep waarvoor men meer attesten vraagt?
- Is er een relatie met een pathologie waarvoor men vaker voorschriften vraagt?
- Hoe lang is het geleden dat de patiënt die een vraag telefonisch of via e-mail stelt, zelf op consultatie kwam?

Bijkomend willen we de reden van de vraagstelling achterhalen. Concreet zal men aan de patiënten vragen waarom men het medisch attest of het medisch advies vraagt buiten de consultatie uren aan de hand van een meerkeuzevraag:

1: ik ben recent nog op consultatie geweest
2: ik betaal liever geen consultatie
3: ik heb weinig tijd om op consultatie te komen
4: de arts heeft mij te weinig voorschriften mee gegeven de laatste keer
5: ik vind het niet nuttig om op consultatie te komen als ik niet ziek ben
6: ik geraakt zelf moeilijk op consultatie, dus vraag ik mijn attest via iemand anders
7: dit was in samenspraak met de arts dat ik mocht bellen/mailen
8: geruststelling
9: advies
10: ik wens dit liever niet mee te delen
11: andere

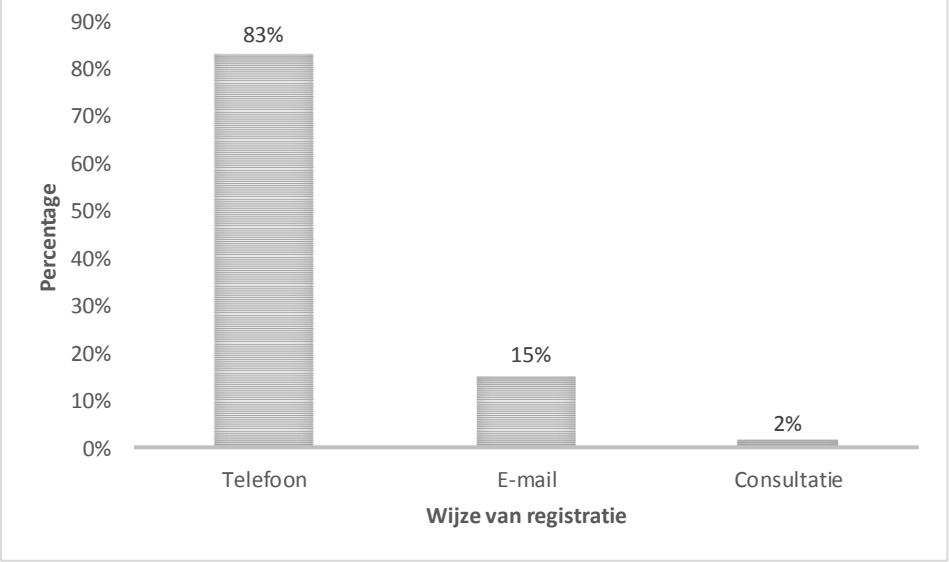
Het nummer van het bijpassend antwoord zal op het registratie formulier genoteerd worden. Indien de patiënt andere kiest, zal de reden genoteerd worden.

Het onderzoek werd goedgekeurd door het ethisch comité van Antwerpen.

Resultaten registratie juni

In de periode 9/6 – 8/7 werden er 240 contacten geregistreerd. De onderzoekspopulatie bestond uit 88 mannen en 152 vrouwen.

- Hoeveel procent van de registraties gebeurde via telefoon, e-mail en op de consultatie zelf?



Figuur 1: Percentage van registraties via telefoon, e-mail en op consultatie, periode 1

Van de 240 contacten werden er 83 % via de telefoon, 15 % via e-mail en 2% op de consultaties zelf geregistreerd. De registraties werden via telefoon en via e-mail heel stipt uitgevoerd. De registraties op de consultatie zelf werden minder goed genoteerd, waardoor er met zekerheid een onderschatting is van de problematiek.

- Hoeveel procent van het totaal aantal contacten zijn dit?

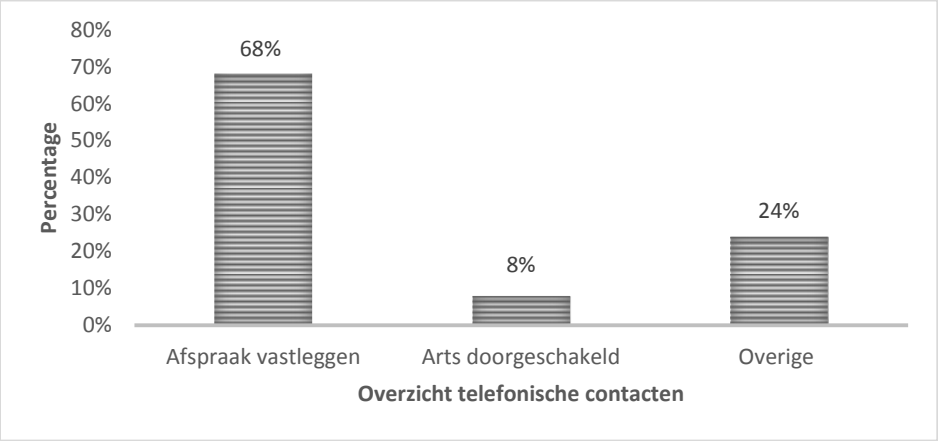
Tabel 1: Totaal aantal patiëntencontacten, periode 1

Registratieperiode 1	**Aantal contacten (n = 4129)**
Totaal aantal telefonische contacten	2416
Aantal consultaties	1659
Aanvragen consultaties via e-mail	18
Medische vragen via e-mail	36

Tijdens de eerste registratieperiode van 4 weken werd het secretariaat 2416 keer opgebeld. Tijdens deze periode hebben de artsen 1659 patiënten gezien tijdens de consultaties. Van deze consultaties werden er 18 aangevraagd via e-mail. Daarnaast werden er 36 e-mails ontvangen waarin een medische vraag werd gesteld aan één van de artsen. In totaal zijn er dus 4129 contacten geweest tijdens deze registratie periode.

Tabel 2: Overzicht telefonische contacten, periode 1

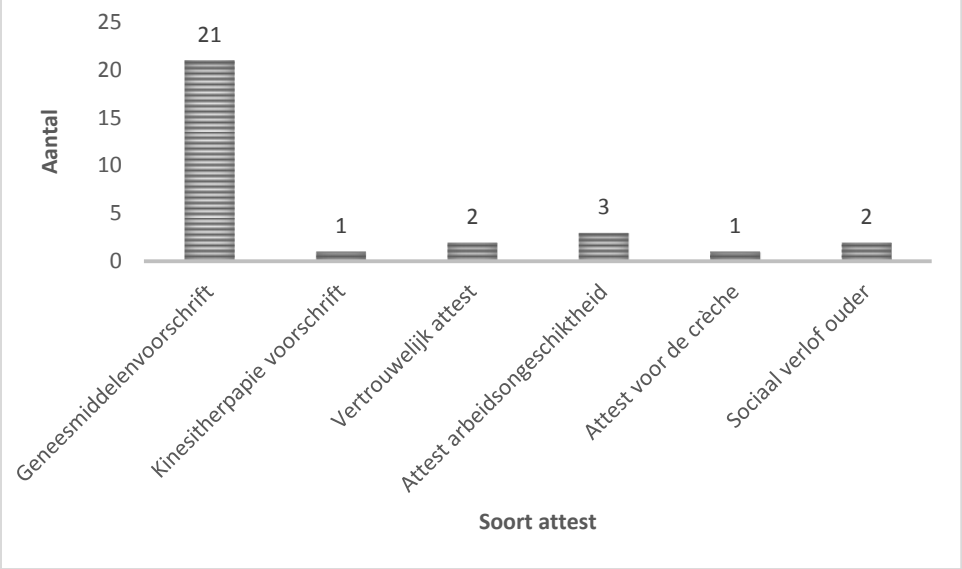
Totaal aantal telefonische contacten periode 1	n = 2416	%
Afspraken vastgelegd via telefoon	1641	68
Arts doorgeschakeld	200	8
Overige	575	24



Figuur 2: Overzicht telefonische contacten uitgedrukt in percentages, periode 1

Om een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag, wordt er gekeken naar het totaal aantal telefonische contacten. De grote meerderheid, namelijk 68% van het totaal aantal telefonische contacten was om een afspraak vast te leggen. In de realiteit ligt dit iets lager, aangezien de artsen soms ook tijdens de consultaties een volgende consultatie vastleggen. De patiënten vroegen 200 keer (8%) om een arts te spreken. De overige 575 telefoons (24%) bestaan vooral uit interne telefoons, tussen de secretaresse en de artsen en de artsen onderling. Er wordt bijvoorbeeld gebeld naar de secretaresse wanneer een arts naar huis vertrekt na een consultatieblok. Andere redenen zijn het doorgeven van een huisbezoek aan de arts die huisbezoeken doet op dat moment. Er wordt geschat dat dit per week ongeveer 50 keer voorvalt, dus tijdens de meetperiode zouden dit ongeveer 250 registraties geweest zijn. Wanneer een patiënt belt naar de praktijk en de lijn is bezet, hoort hij het antwoordapparaat van de praktijk. Sommige patiënten haken dan in en bellen later opnieuw terug. Hiervan zijn er geen metingen maar er wordt geschat dat dit ook zeer vaak voorkomt. Ten slotte behoren ook oproepen tijdens de wachtdienst en enkele privégesprekken tot de categorie overige.

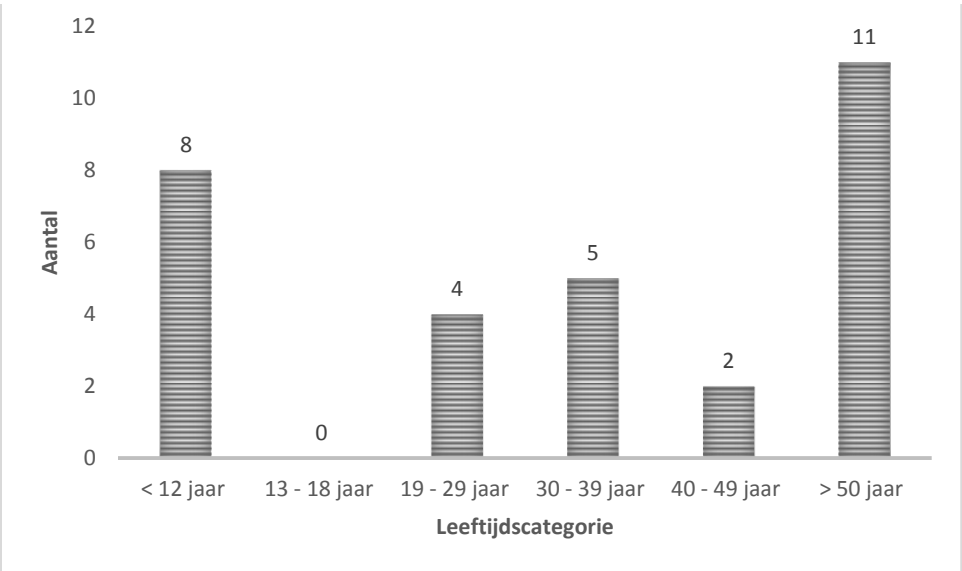
- Welke attesten werden er gevraagd?



Figuur 3: Overzicht van soort attesten die buiten de consultatie momenten gevraagd werden, periode 1

Er werden tijdens de registratie periode 30 attesten gevraagd, dit komt overeen met 12.5% van de 240 registraties. De grote meerderheid, namelijk 21 attesten, betrof een geneesmiddelenvoorschrift. De attesten in verband met het vertrouwelijk formulier en arbeidsongeschiktheid gingen over kopieën. De attesten voor sociaal verlof van een ouder werden vergeten om te vragen tijdens een recente consultatie. Het kinesitherapie voorschrift werd gevraagd zonder dat er een consultatie gevraagd werd.

- Is er een bepaalde leeftijdsgroep waarvoor men meer attesten vraagt?



Figuur 4: Verdeling per leeftijdscategorie van de attesten die buiten de consultatie momenten gevraagd werden, periode 1

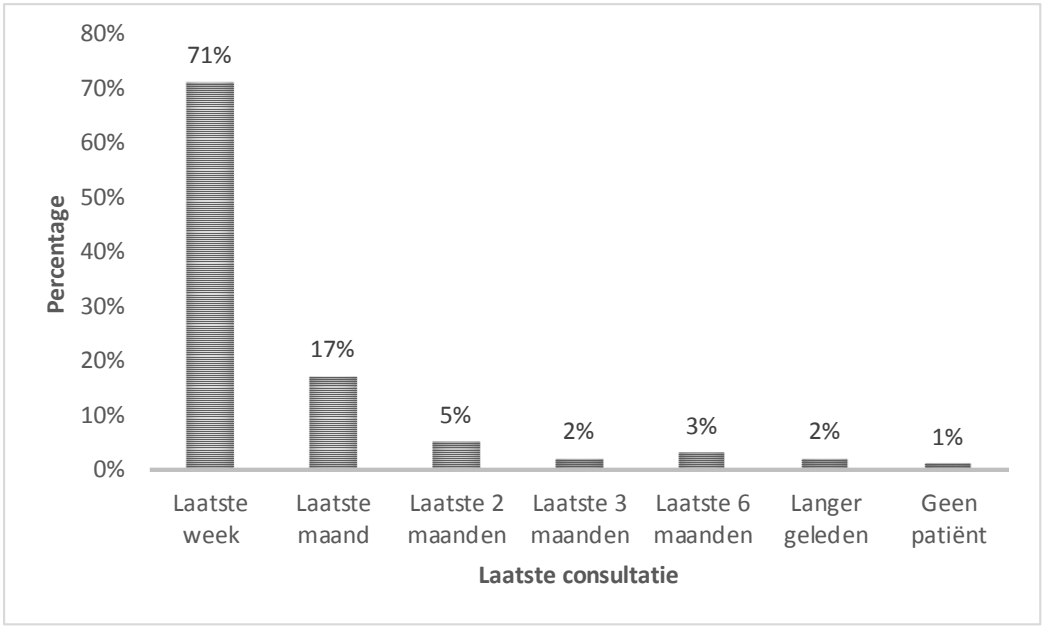
Vooral voor vijftigplussers worden er meer attesten gevraagd. Dit kan verklaard worden door de chronische medicatie die vooral in deze categorie wordt genomen. De tweede meest frequente leeftijdsgroep zijn kinderen jonger dan 12 jaar. De redenen hiervoor zijn de attesten voor sociaal verlof en attesten voor de crèche die gevraagd werden.

- Is er een relatie met een pathologie waarvoor men vaker voorschriften vraagt?

Van chronische medicatie worden vooral voor pijnmedicatie en antihypertensiva voorschriften gevraagd. Daarnaast vraagt men dit ook vaak voor de anticonceptiepil en antihistaminica.

Voor acute medicatie worden voorschriften voor oog en oordruppels gevraagd, wanneer de symptomen herkend worden en het gebruik gekend is.

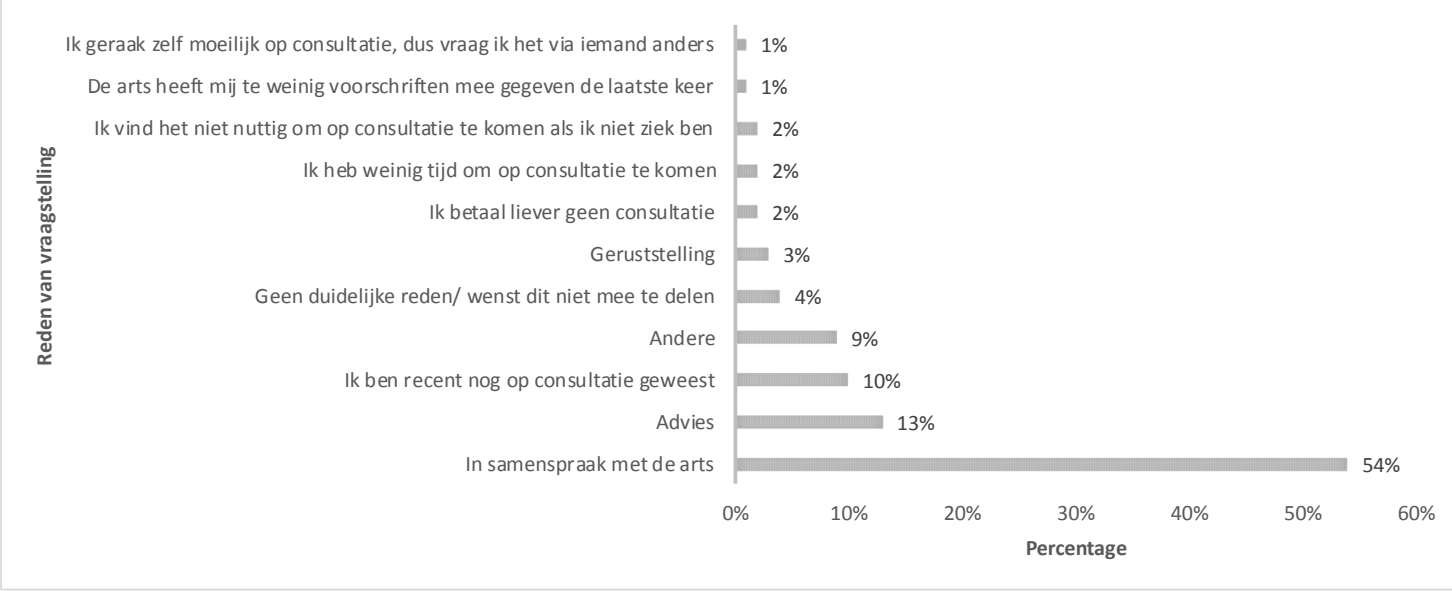
- Hoe lang is het geleden dat de patiënt die een vraag telefonisch of via e-mail stelt, zelf op consultatie kwam?



Figuur 5: Tijdstip van de laatste consultatie, periode 1

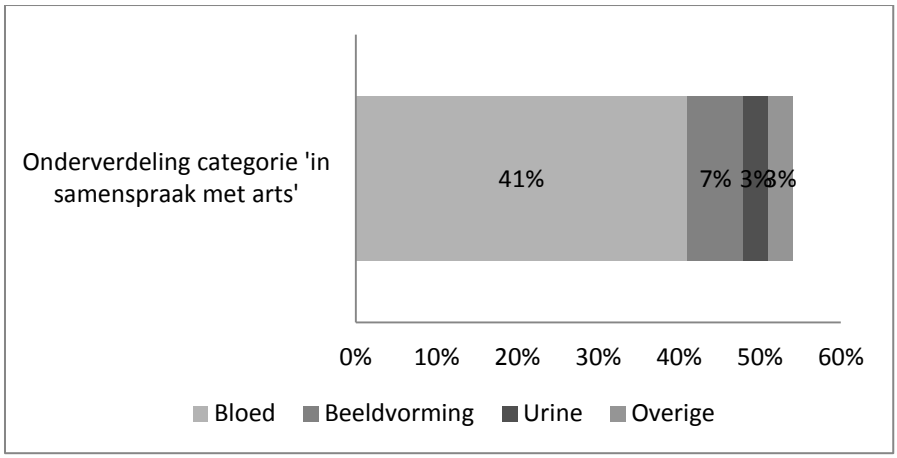
Van de patiënten die telefonisch of via e-mail een vraag stellen is 71% in de laatste week nog op consultatie geweest. Bij 5% is het 6 maanden of langer geleden dat ze zelf op consultatie kwamen. De categorie 'geen patiënt' gaat over een werkgever, die en vraag had over een werknemer.

- Wat is de reden voor deze vraagstelling?



Figuur 6: Reden van vraagstelling voor contact buiten de consultatie momenten, periode 1

De meest frequente reden om een attest of een medische vraag te stellen buiten de consultatie momenten is in samenspraak met de arts (54%). In figuur 7 wordt er een onderverdeling gemaakt van deze categorie, zodat duidelijk wordt wat de concrete redenen zijn.



Figuur 7: Onderverdeling categorie 'in samenspraak met de arts'

Het grootste deel van de categorie in samenspraak met de arts gaat over het bespreken van het resultaat van een bloedonderzoek (41%). Daarnaast gaat het over bespreken van de resultaten van beeldvorming (7%) en van een urine onderzoek (3%).

De tweede meest frequente reden van vraagstelling buiten de consultatie momenten is voor medisch advies (13%). Op de derde plaats (10%) staat 'ik ben recent nog op consultatie geweest' als reden. Voorbeelden van de categorie andere zijn: kan mijn laatste bloedonderzoek afgedrukt worden, op vraag van de gynaecoloog? Ik ben mijn verwijsbrief verloren, kan ik een kopie krijgen? Heb ik al een volgende afspraak vast gelegd? Kan ik een verwijsbrief voor de spoedopname krijgen, want het duurt te lang eer ik hier op consultatie kan komen? Is de brief van de psychiater toegekomen? Ik zou via deze e-mail mijn adresverandering willen doorgeven.

7. Understand/ Uncover problems

Er wordt een visgraatanalyse gemaakt om de knelpunten op te sporen in verband met het aantal attesten en herhaalvoorschriften die gevraagd worden buiten de consultatie momenten en het groot aantal telefoonoproepen dat doorgeschakeld wordt. Een visgraatdiagram verdeelt het probleem in hoofdoorzaken en suboorzaken. De oorzaken van een probleem worden onderverdeeld in 4 categorieën: patiënt, praktijk, communicatiemiddelen en externe factoren.

PATIËNT

- Het is maar een attest invullen/ stempel zetten
- Perceptie van de patiënt: arts geeft onvoldoende voorschriften mee
- Onwetendheid: geen idee dat dit niet de gewoonte is (info in de wachtzaal/ op de website)

COMMUNICATIEMIDDELEN

- Medische vragen via e-mail (standaard e-mail door secretariaat)
- Medische vragen via telefoon
- Communicatie via briefjes in de brievenbus
- Patiënten blijven in de hal staan om iets te vragen



Attesten/herhaalvoorschriften zonder consultatie

Groot aantal telefoon oproepen dat doorgeschakeld wordt

PRAKTIJK

- Geen uniformiteit in de praktijk
  - Duur tussen controle afspraken (afspraken maken)
  - Wel/niet meegeven zonder consultatie (afspraken maken)
- Opbellen om labo's te bespreken (nog te bekijken)
- Te weinig patiëntinformatie beschikbaar

EXTERNE FACTOREN

- Apotheker geeft chronische medicatie mee zonder voorschrift (apotheker hierover aanspreken)
- Kiné start al verlenging zonder voorschrift
- De specialist zegt dat men het voorschrift bij de huisarts moet vragen
- OCMW geeft papieren mee ivm tegemoetkoming,..

Figuur 8: Visgraatanalyse over knelpunten in verband met attesten/ herhaalvoorschriften zonder consultatie en het groot aantal telefoon oproepen dat wordt doorgeschakeld

8. Select a strategy / Start PDCA

Plan:

De eerste versie van de visgraat-analyse werd op de vergadering besproken en aangevuld door de collega's.

De aanvullingen bij de factor 'patiënt' zijn ten eerste onwetendheid bij de patiënt omdat er te weinig informatie beschikbaar is. Ten tweede communicatie via briefjes in de brievenbus en ten derde patiënten die in de hal blijven staan om iets te vragen. Als arts ga je dan soms onterecht in op deze vraag omwille van verschillende redenen. Bijvoorbeeld omwille van tijdsgebrek of omdat er andere patiënten zijn die meeluisteren.

Bij 'externe factoren' dachten de collega's nog aan een specialist die zegt dat de patiënt om de herhaalvoorschriften bij de huisarts moet vragen, waardoor de patiënt denkt dat er geen opvolging noodzakelijk is en de huisarts enkel maar die voorschriften moet ondertekenen. Ook geeft het OCMW soms papieren mee (bijvoorbeeld in verband met een tegemoetkoming) die moeten ingevuld worden, met de boodschap om deze aan de huisarts te bezorgen.

Daarna wordt de visgraat analyse aan de hand van de nominale gesprekstechniek overlopen. Wanneer er nagevraagd wordt wat voor de collega's de belangrijkste problemen zijn, is iedereen het er over eens dat het gebrek aan uniformiteit in de praktijk het grootste probleem is. Op de tweede plaats staat de manier van labo's bespreken en op de derde plaats het gebrek aan patiëntinformatie.

Er wordt al eens kort nagedacht over de mogelijke oplossingen voor deze problemen, deze suggesties staan onderlijnd in het visgraatdiagram. Op een volgende vergadering worden deze mogelijke oplossingen voor deze problemen uitgewerkt met mogelijke voor- en nadelen.

Mogelijke oplossingen voor het gebrek aan uniformiteit

- Afspraken maken over wanneer een chronische patiënt met een bepaalde aandoening opnieuw op controle moet komen. Tot zo lang moeten er dan voldoende voorschriften voorzien worden. Dit moet dan bij alle artsen hetzelfde zijn.
- Afspraken maken dat er geen voorschriften worden meegegeven voor andere patiënten.
  Sommige patiënten zijn dit al jaren gewoon en zullen misschien ontevreden zijn wanneer ze deze voorschriften niet meer krijgen. Patiënten kunnen dan denken: "Het is toch maar een papiertje afdrukken en ondertekenen?"

Mogelijke oplossingen om de labo's te bespreken

- De arts plant bij de chronische patiënten een volgende afspraak. De dag vooraf wordt er bloed geprikt door een praktijkassistent. Wanneer de patiënt dan op consultatie bij de arts komt, kan deze het beleid aanpassen op basis van de gemeten HbA1c, cholesterol,… Een mogelijke risico bij het huidig beleid is dat wanneer de patiënt vergeet op te bellen om het resultaat te bespreken, terwijl er nood is aan een therapie aanpassing, dit maar opgemerkt wordt tijdens de volgende consultatie maanden later.
  Dit lijkt volgens de collega's niet haalbaar in onze praktijk omwille van financiële redenen. Een praktijkassistent dagelijks betalen is een grote kost. Wanneer deze praktijkassistent maar een paar

dagen in de week aanwezig zou zijn, is het ook niet handig dat de chronische patiënten dan allemaal op die 2 of 3 dagen moeten komen. Nuchtere bloedafnames in de late voormiddag zijn niet ideaal. Daarnaast vinden de collega's dat bloed prikken eens afwisseling is tijdens het werk.

- Een vast telefoonmoment waarop je een iedere arts dagelijks kan bellen, terwijl er geen consultaties gepland staan.
  De uurroosters van elke arts zijn dagelijks anders, waardoor er geen vast moment is waarop je een bepaalde arts dagelijks kan bellen. Een schema uitwerken dat dagelijks verschilt zou te ingewikkeld zijn.
- De arts zelf laten opbellen naar de patiënten om het resultaat te bespreken.
  De arts kan dan bellen wanneer dit voor hem het beste past. Het is mogelijk dat de patiënten de telefoon niet opnemen en het overgaat op voicemail.
- Secretariaat bespreekt het resultaat van het labo. De arts noteert op voorhand in dossier of er opmerkingen zijn. Indien de patiënt meer info wil/ er afwijkende resultaten zijn, dan zal er een consultatie gepland worden.

Mogelijke interventies gebrek aan patiënten informatie

- Informatie in de wachtzaal
  Uithangen op papier, kort en bondig, anders zal men dit waarschijnlijk niet beginnen lezen.
  Op een tv-scherm met beelden die veranderen. Momenteel zijn er 3 wachtzalen in de praktijk, dus dit vraagt wat reorganisatie/investering.
- Informatie op de website plaatsen
  Patiënten die de praktijk kennen, kijken hoogstwaarschijnlijk niet meer op de website. Enkel nieuwe inwoners die op zoek zijn naar een huisartsenpraktijk, zullen deze bekijken.

Do: Interventie plannen

Aangezien de resultaten van het labo bespreken volgens de registratie het grootste probleem is, willen we vooral dit aanpakken.

Bij chronische patiënten waarbij diabetes, INR,.. opgevolgd wordt, wordt er vanaf nu afgesproken dat de arts zelf naar de patiënt belt indien er problemen zijn. Wanneer de patiënt niks hoort, betekent dit dat alles in orde was en dat er geen medicatie aanpassingen nodig zijn.

Bij de andere patiënten noteert de arts een code in het dossier. Wanneer de patiënt naar het secretariaat belt voor het resultaat, dan kan men op basis van de code van de arts het resultaat bespreken. We werken met volgende codes:

1. Heden zijn er geen bijzonderheden in het bloedonderzoek, waarvoor verdere opvolging noodzakelijk is. Bij klachten of problemen, gelieve opnieuw een afspraak te maken bij uw arts.
2. Heden zijn er geen bijzonderheden in het bloedonderzoek, met uitzondering van een licht afwijkende waarde van de schildklier. Wij zien u graag binnen 3 maanden terug om dit te controleren met een nieuwe bloedafname. Bij klachten of problemen, gelieve opnieuw een afspraak te maken bij uw arts.
3. Heden zijn er geen bijzonderheden in het bloedonderzoek, met uitzondering van een licht verhoogde cholesterol. Gezien er geen andere risicofactoren zijn, volstaat het om op de voeding te letten. Wij

zien u graag terug binnen 3 jaar om dit op te volgen met een nieuwe bloedafname. Bij klachten of problemen, gelieve opnieuw een afspraak te maken bij uw arts.

4. Heden zijn er geen bijzonderheden in het bloedonderzoek, met uitzondering van een licht verhoogde cholesterol. Gezien uw licht verhoogd risicoprofiel, is een dieet aangewezen. We zien u graag terug binnen 1 jaar om dit op te volgen met een nieuwe bloedafname. Bij klachten of problemen, gelieve een afspraak te maken bij uw arts.
5. Heden stelden we in het bloedonderzoek een afwijkende waarde vast. De afwijking is niet ernstig, maar wij willen dit graag tijdens een consultatie met u bespreken.
6. Arts sowieso doorschakelen (ivm zwangerschap, antibiotica opstarten?,…)

Wanneer alles in orde is, zal men aan de patiënt vermelden dat er geen afwijkingen zijn waarvoor er verdere opvolging noodzakelijk is. Wanneer er bijvoorbeeld een verhoogde cholesterol is, dan kan het secretariaat deze waarde wel vermelden. Indien gewenst kan er dieetadvies via e-mail bezorgd worden. Wanneer er afwijkingen zijn die best besproken worden, zal de secretaresse een nieuwe afspraak maken. Wanneer de patiënt meer informatie wil, dan zal er ook een nieuwe afspraak gepland worden. Enkel bij uitzonderingen wil de arts het labo resultaat zelf bespreken met de patiënt. Bijvoorbeeld een positieve zwangerschapstest (het secretariaat weet immers niet of dit een gewenste zwangerschap is), een labo dat geprikt is om te bepalen of er antibiotica moet opgestart worden of niet,…

Na beeldvorming zullen we de patiënten vanaf nu ook steeds terug zien op een controle consultatie. Zo vermijden we ook de telefoongesprekken in verband met de resultaten van beeldvorming.

De e-mails worden vanaf nu ook nog enkel beantwoord door het secretariaat. Zo proberen we medische vragen via e-mail te voorkomen. Indien men toch nog een afschrift van het labo zou wensen nadien, kan vanaf nu het secretariaat dit op een gecodeerde manier doorsturen.

Daarnaast zijn er op basis van de literatuur afspraken gemaakt binnen de praktijk over wanneer een chronische patiënt opnieuw op consultatie moet komen. Er worden geen voorschriften meer meegegeven voor andere patiënten.

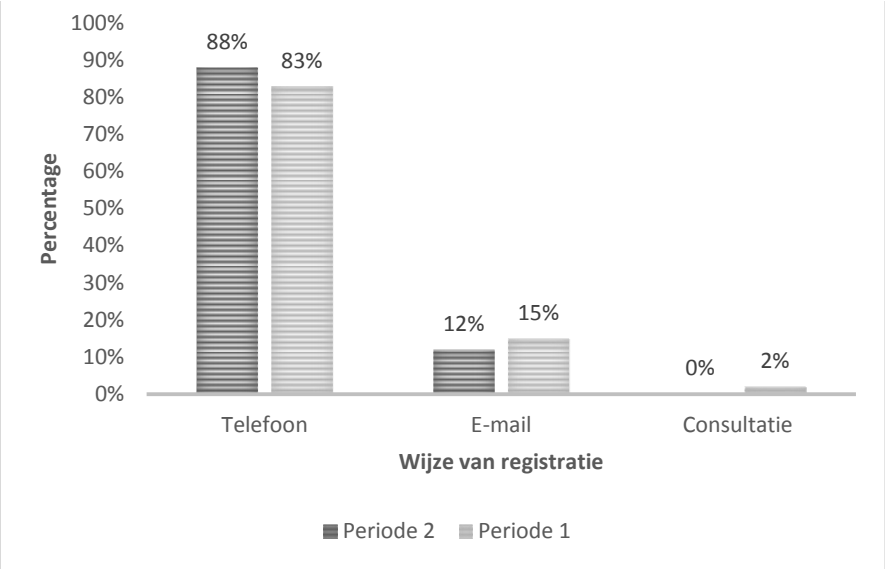
Deze interventie zal aangekondigd worden in de wachtzaal in een patiënten brief (zie bijlage…) en ook op de website. Wanneer de arts een bloedafname uitvoert, zal deze de nieuwe procedure ook uitleggen.

Check:

Resultaten registratie februari

In de periode 30/1/17 – 24/2/17 volgt er opnieuw een registratie. Het doel van de registratie is om na te gaan of we door de interventie inderdaad het aantal telefonische en vragen via e-mail hebben kunnen beperken in onze praktijk. Er werden 210 contacten geregistreerd. De onderzoekspopulatie bestond uit 71 mannen en 127 vrouwen, en 12 andere zorgverleners.

- Hoeveel procent van de registraties gebeurde via telefoon, e-mail en op de consultatie zelf?



Figuur 9: Percentage van registraties via telefoon, e-mail en op consultatie, vergelijkend tussen periode 2 en periode 1

Tijdens de tweede registratie periode werden van de 210 contacten, 88 % geregistreerd via telefoon en 12 % via e-mail. De registraties werden via telefoon en via e-mail heel stipt uitgevoerd. Tijdens de consultaties werd er niet meer geregistreerd omdat het zeer druk was in de praktijk en het bij de vorige registratie periode ook niet gelukt was om op een systematische manier te registreren.

Deze resultaten zijn vergelijkbaar met de eerste meetperiode. Maar zoals in tabel 3 zal blijken, is er in absolute waarden wel een groot verschil. Dit komt doordat het tijdens de tweede registratieperiode veel drukker was in de praktijk : 5546 patiëntencontacten in de tweede periode tegenover 4129 tijdens de eerste periode. Dit ligt natuurlijk aan de periode waarin er geregistreerd werd (juni tegenover februari). Deze perioden werden vastgelegd om praktische redenen: eerst was er een goedkeuring nodig van het ethisch comité, dus juni was de vroegste periode dat er geregistreerd kon worden. Na de verwerking van de resultaten van de eerste registratie werd er een interventie bedacht en in uitvoering gebracht vanaf 1 november. Gedurende 3 maanden liep de interventie, vooraleer er opnieuw kon geregistreerd worden.

- Hoeveel procent van het totaal aantal contacten zijn dit?

Tabel 3: Totaal aantal patiëntencontacten, periode 2

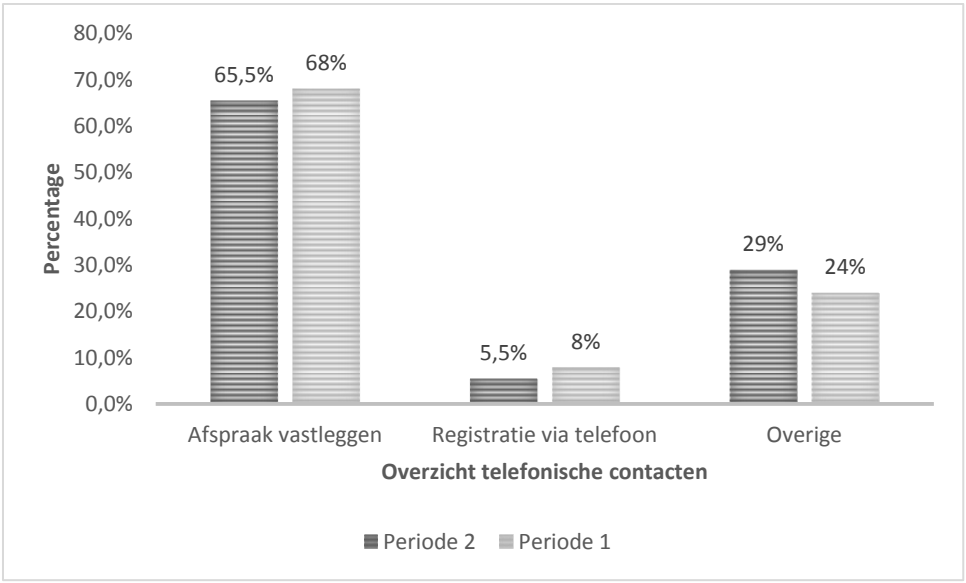
Registratieperiode 2	**Aantal contacten (n = 5546)**
Totaal aantal telefonische contacten	3312
Aantal consultaties	2190
Aanvragen consultaties via e-mail	19
Medische vragen via e-mail	25

Tijdens de tweede registratieperiode van 4 weken werd het secretariaat 3312 keer opgebeld. Tijdens deze periode hebben de artsen 2190 patiënten gezien tijdens de consultaties. Van deze consultaties werden er 19 aangevraagd via e-mail. Daarnaast werden er 25 e-mails ontvangen waarin een medische vraag werd gesteld aan één van de artsen. In totaal zijn er dus 5546 contacten geweest tijdens deze registratie periode.

Totaal aantal telefonische contacten periode 2	**N = 3312**	**%**
Afspraken vastgelegd via telefoon	2171	65.5
Registratie via telefoon	185	5.5
Overige	956	29

Tabel 4: Overzicht telefonische contacten, periode 2

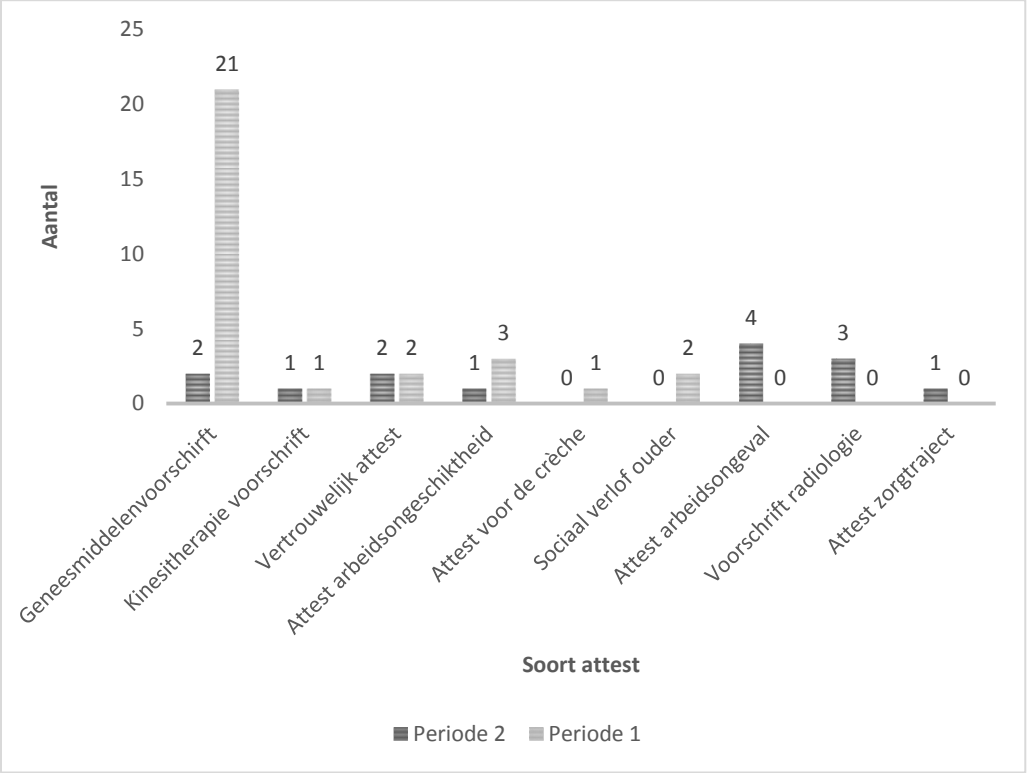
In tabel 4 en figuur 10 wordt er opnieuw ingezoomd op het totaal aantal telefonische contacten. Ongeveer 65.5 % van het totaal aantal telefonische contacten was om een afspraak vast te leggen. In de realiteit ligt dit ook nu iets lager, aangezien de artsen soms ook tijdens de consultaties een volgende consultatie vastleggen. Er werden 185 contacten (5.5%) via de telefoon geregistreerd. In tegenstelling tot de vorige meting werden de artsen niet meer automatisch doorgeschakeld, omdat het resultaat van het labo gecodeerd werd op voorhand. De overige 956 telefoons (29%) zijn weer vooral interne doorschakelingen, patiënten die opnieuw bellen omdat ze het antwoord apparaat kregen en oproepen tijdens de wachtdienst.



Figuur 10: Overzicht telefonische contacten uitgedrukt in percentages, vergelijkend tussen periode 2 en periode 1

Figuur 10 toont een vergelijking van de telefonische contacten tussen meetperiode 2 en 1. De categorie 'arts doorschakelen' werd aangepast naar 'registratie via telefoon', aangezien dit aantal ook de registraties omvat waarbij de arts NIET werd doorgeschakeld, omdat het resultaat van het labo gecodeerd werd op voorhand. Dit zal later duidelijk worden in tabel 5. We zien hier een tussentijdse resultaat, met een daling van 8% naar 5.5%.

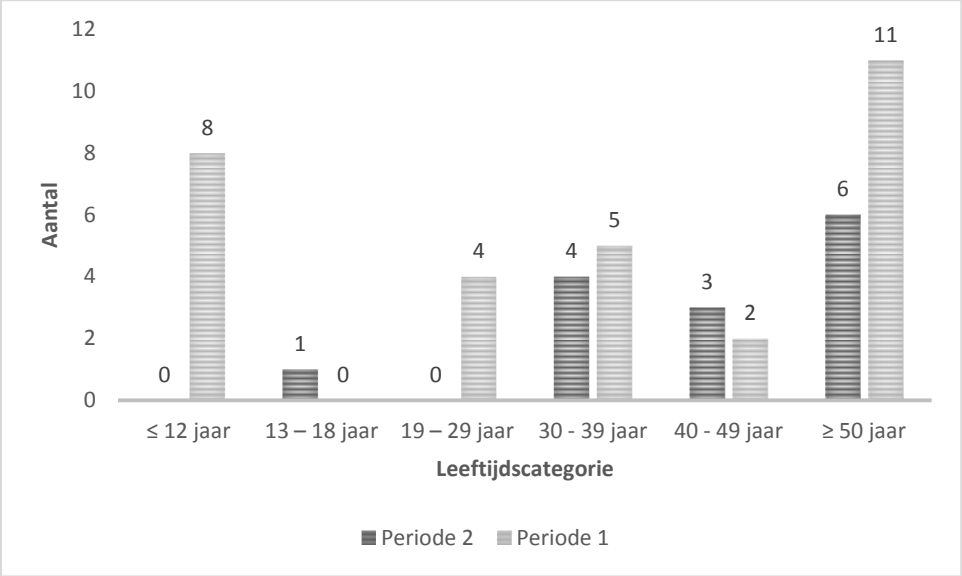
- Welke attesten werden er gevraagd?



Figuur 11: Overzicht van soort attesten die buiten de consultatie momenten gevraagd werden, vergelijkend tussen periode 2 en periode 1

Er werden tijdens de tweede registratie periode duidelijk minder attesten gevraagd, 14 in plaats van 30 tijdens de eerste registratie periode. Deze 14 attesten komen overeen met 7 % van de 210 registraties. De attesten in verband met een arbeidsongeval (29%) werden zowel telefonisch als via mail gevraagd. Deze patiënten kwamen recent op consultatie maar hadden op dat moment de verzekeringspapieren niet mee. De arts sprak af met de patiënt dat deze de formulieren mocht bezorgen via e-mail of via de brievenbus van de praktijk. Bij de vertrouwelijke attesten (14%) was dit dezelfde situatie. De voorschriften radiologie (21%) werden gevraagd omdat de arts eenmalig een screeningsmammografie was vergeten meegeven maar werden ook twee maal gevraagd zonder dat de patiënt een consultatie wou plannen. De secretaresse heeft toen de artsen niet doorgeschakeld en toch een afspraak gegeven aan deze patiënten. Wanneer er een geneesmiddelvoorschrift werd gevraagd, werd er door de secretaresse standaard een afspraak gegeven en werd de telefoon niet meer doorgeschakeld naar de arts.

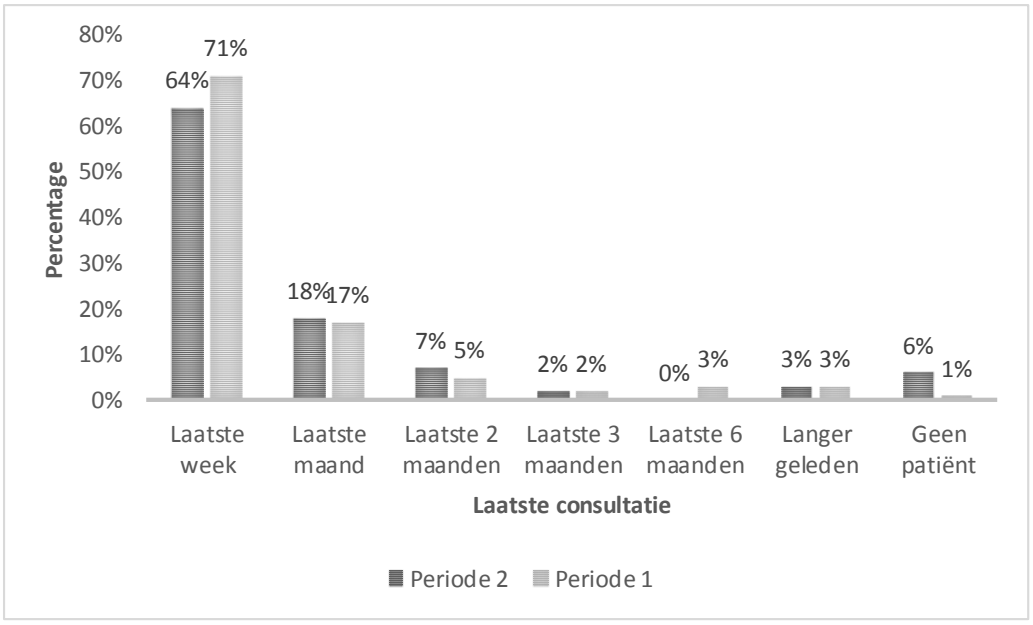
- Is er een bepaalde leeftijdsgroep waarvoor men meer attesten vraagt?



Figuur 12: Verdeling per leeftijdscategorie van de attesten die buiten de consultatie momenten gevraagd werden, vergelijkend tussen periode 2 en periode 1

Vooral voor vijftigplussers worden er meer attesten gevraagd. Dit kan nu verklaard worden doordat deze categorie voor een deel nog actief is op de arbeidsmarkt, dus risico heeft op een arbeidsongeval en daarnaast ook meer risico heeft op een chronische aandoening, met langdurige arbeidsongeschiktheid als gevolg en dus nood aan een vertrouwelijk attest, nood aan kinesitherapie,... Voor kinderen jonger dan 12 jaar werden tijdens deze periode geen attesten gevraagd, in tegenstelling tot de eerste periode. De tweede meetperiode viel samen met een week van de kerstvakantie, terwijl er in de eerste meetperiode geen vakantie was.

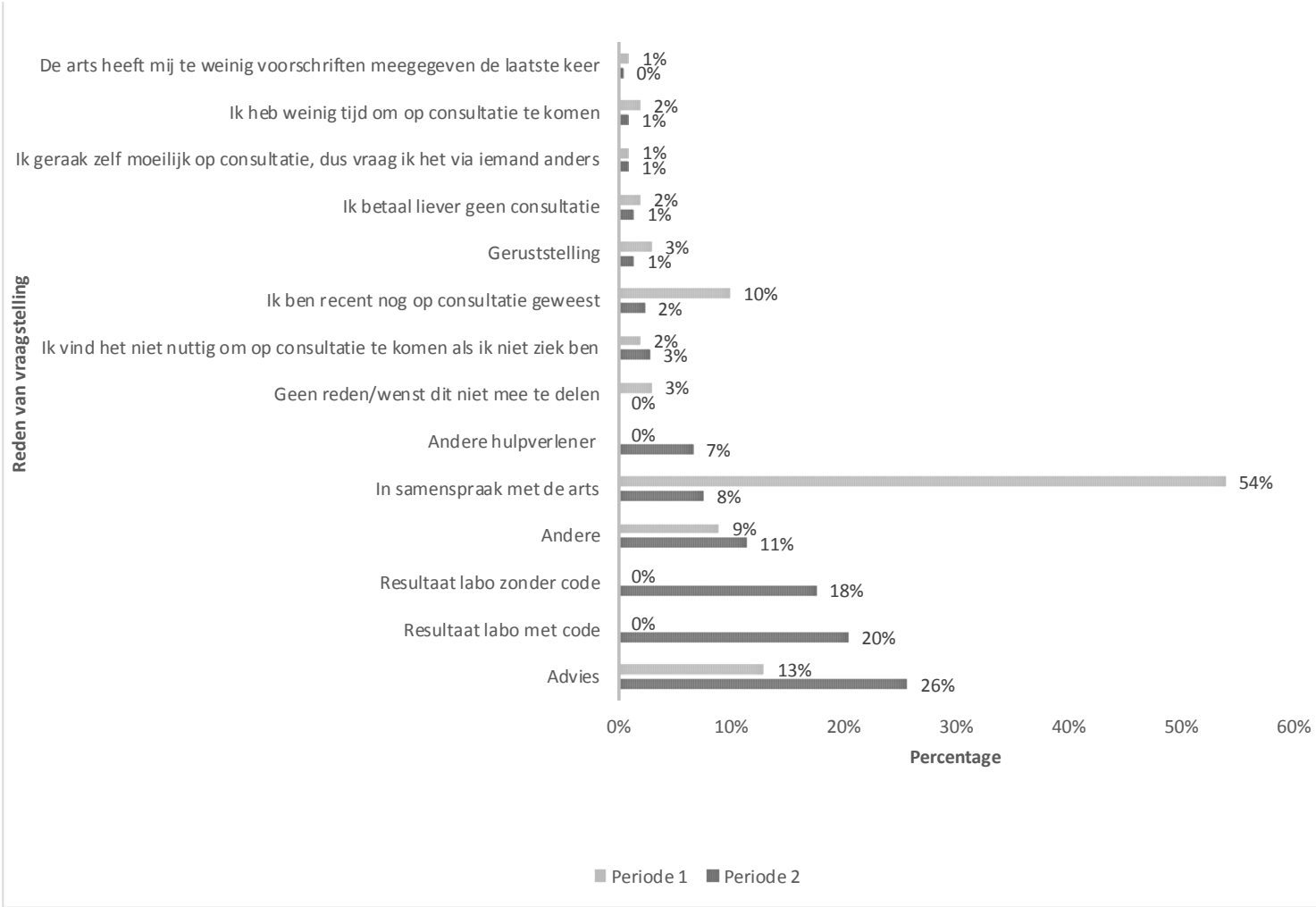
- Hoe lang is het geleden dat de patiënt die een vraag telefonisch of via e-mail stelt, zelf op consultatie kwam?



Figuur 13: Tijdstop tot de laatste consultatie, vergelijkend tussen periode 2 en periode 1

Van de patiënten die telefonisch of via e-mail een vraag stellen zijn er 64% in de laatste week nog op consultatie geweest. Bij 3% is het 6 maanden of langer geleden dat ze zelf op consultatie kwamen. De categorie geen patiënt bevat andere zorgverleners zoals apotheker, kinesist, psycholoog, verpleegkundige van het rusthuis,… Tijdens de eerste meetperiode was er blijkbaar minder overleg met deze zorgverleners want toen werden deze contacten niet geregistreerd. Dat tijdens de tweede meetperiode het elektronisch voorschrift net werd ingevoerd (januari 2017), is een bijkomende reden. Hierdoor waren er soms problemen bij de apotheker om de medicatie af te leveren. Dit was dan een reden om de arts op te bellen en te vragen om een nieuw voorschrift af te drukken.

- Wat is de reden voor deze vraagstelling?



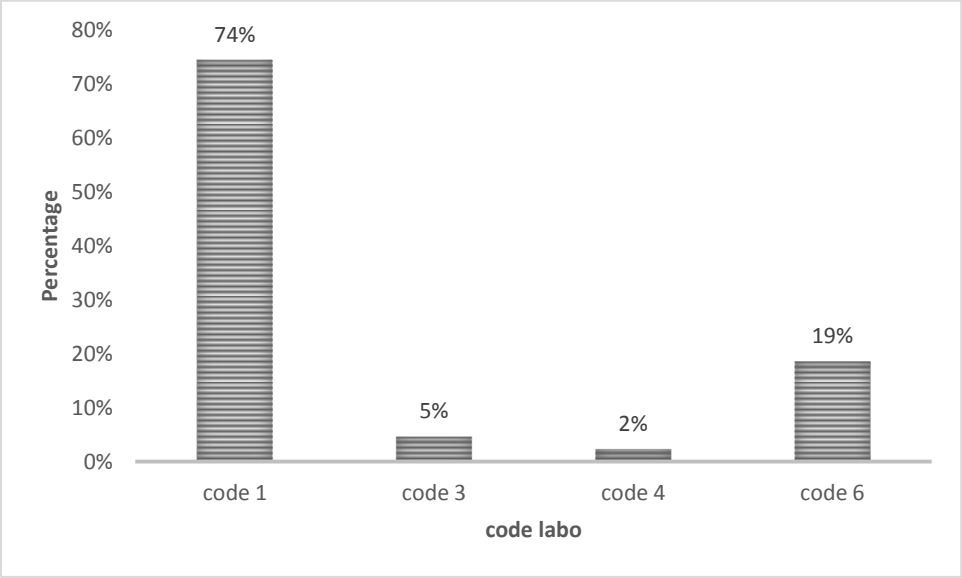
Figuur 14: Reden van vraagstelling naar attesten/ medische vragen buiten de consultatie momenten, vergelijkend tussen periode 2 en periode 1

Wanneer er een patiënt vraagt aan de secretaresse om een arts te spreken, wordt er nu steeds doorgevraagd wat de reden is, zodat er geen patiënten onnodig worden doorgeschakeld.

Het grootste deel van de registraties (38%) gaat nog steeds over het bespreken van laboresultaten. Er zijn nu echter 2 categorieën, bij 20% werd een code gekoppeld aan het resultaat van het labo, bij 18% werd de arts rechtstreeks doorgeschakeld, aangezien er geen code was genoteerd in het dossier van de patiënt. De categorie 'in samenspraak met de arts' is nu grotendeels vervangen door de categorieën 'resultaat labo met en zonder code'. Het valt echter op dat de som van deze categorieën (8%, 18% en 20%), 46% bedraagt en dus

duidelijk lager is dan de 54% bij de vorige registratie. Dit kan verklaard worden door de bewustwording van de collega's door deze masterthesis, aangezien het grootste deel van het aantal telefoons dat werd doorgeschakeld op onze eigen vraag was. Redenen om tijdens de tweede meetperiode af te spreken met de patiënt om te bellen of mailen (8%) zijn onder andere het invullen van attesten, wanneer de patiënt tijdens de consultatie zijn attest vergeten was. Of het bespreken van een resultaat van radiologie, wanneer er weinig afwijkingen worden verwacht/ het al zeer druk is in de praktijk die dag.

Naast het bespreken van laboresultaten, is de tweede meest frequente reden (26%) van vraagstelling voor advies. Op derde plaats (11%) staat de categorie andere. Voorbeelden van deze categorie zijn: Ik heb een vraag over een voorschrift, staat de juiste dosis genoteerd? Is het resultaat van radiologie al gekend? Is het mogelijk om een verslag af te drukken? Maar ook nieuws meedelen als: ik heb een afspraak voor een NMR, mijn dochter is bevallen,… Of patiënten die bezorgd zijn over hun moeder/partner, en dit willen laten weten aan de arts.



Figuur 15: Resultaten labo met code, periode 2

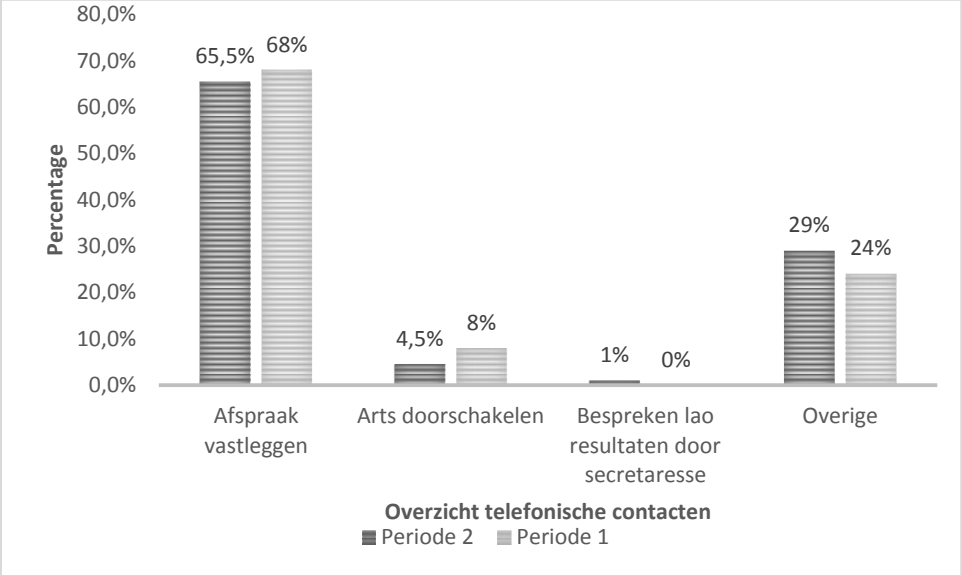
Na de interventie wordt er volgens deze registratie ongeveer iets meer dan de helft van de labo's gecodeerd. Dit lage percentage komt doordat tijdens de eerste 2 weken van de registratie het zeer druk was in de praktijk. Er werd immers geregistreerd tijdens de griepepidemie. Vandaar dat sommige collega's geen tijd vonden om de labo's op voorhand te bekijken en te coderen.

Zoals figuur 15 toont is code 1 de code die het meest gebruikt wordt (74%) en deze staat voor geen bijzonderheden. Op de tweede plaats (19%) staat code 6, patiënt doorschakelen. Code 3 en code staan voor een verhoogde cholesterol bij een gezonde patiënt en bij een patiënt met een verhoogd risicoprofiel.

Als herhaling de tabel met de resultaten van de registratieperiode 30/1/17 –24/2/17, nu echter gecorrigeerd voor de gecodeerde labo resultaten. We zien dat door het corrigeren voor de codes waarbij de arts NIET moet worden doorgeschakeld, dus code 1 tem 5, de artsen maar 4.5% meer worden door geschakeld.

Tabel 5: Overzicht telefonische contacten, met correctie voor de gecodeerde labo resultaten, periode 2

Totaal aantal telefonische contacten periode 2	N = 3312	%
Afspraken vastgelegd via telefoon	2171	65.5
Arts doorschakelen	150	4.5
Gecodeerde labo resultaten, zonder doorschakelen naar arts	35	1
Overige	956	29



Figuur 16: Overzicht telefonische contacten uitgedrukt in percentages, met correctie voor de gecodeerde labo resultaten, vergelijkend tussen periode 2 en periode 1

De artsen werden in de eerste meetperiode in 8% van het totaal aantal keer telefoon doorgeschakeld. Door de interventie met het coderen van de labo resultaten, waardoor de secretaresse de labo resultaten bij een groot deel van de patiënten zelf kan bespreken, deze waarde bijna gehalveerd is naar 4.5%. Bovendien werd maar iets meer dan de helft van de labo resultaten gecodeerd, omwille van tijdsgebrek tijdens de griepepidemie, dus de resultaten kunnen in de realiteit nog beter zijn.

Act: behouden?

Ondanks dat dit niet blijkt uit de registraties, verloopt het coderen van de labo resultaten in de praktijk vrij vlot. Zowel de artsen als beide secretaressen vinden het een handige manier om de artsen minder te storen tijdens de consultaties. Voor de artsen is het ook een bewustwording, wanneer er een verandering van de therapie wordt verwacht of een voorschrift moet gemaakt worden, zal men meteen een nieuwe afspraak plannen om de resultaten te bespreken. Wanneer een patiënt vroeger belde voor het resultaat van een bloedonderzoek en de behandelende arts was niet aanwezig, moest de patiënt terugbellen op een later moment, of besprak een collega het resultaat, maar dit was niet altijd vanzelfsprekend. Wanneer de behandelende arts nu afwezig is en er staat een code in het dossier, kan het secretariaat de patiënt meestal meteen verder helpen.

Er zijn ook een deel patiënten die niet bellen voor het resultaat. Bloedonderzoeken die preoperatief worden geprikt, of bij controles van HbA1c of INR, belt de arts zelf naar de patiënt indien er afwijkingen zijn. Wanneer de patiënt niks hoort, betekent dit het resultaat in orde was en dat er geen medicatie aanpassingen nodig zijn. Of ook patiënten die chemotherapie krijgen en rechtstreeks met het ziekenhuis overleggen of de volgende chemotherapie sessie mag doorgaan.

Wanneer er bij de artsen bevraagd wordt wat de redenen zijn om zich toch te laten doorschakelen, is dit het resultaat: Ten eerste opstarten/wijzingen van therapie, waarbij er een voorschrift moet opgesteld worden. ten tweede wanneer er bloed werd geprikt om de diagnose te verfijnen. En ten derde bij onrustige en bezorgde patiënten, waarbij je op voorhand weet dat ze toch gaan doorvragen tot ze de arts aan de lijn krijgen.

9. Conclusie

Er werden tijdens de eerste meetperiode 83% van de contacten via telefoon, 15% via e-mail en 2% op de consultatie zelf geregistreerd. Tijdens de tweede meetperiode werden 88% van de contacten via telefoon en 12% via e-mail geregistreerd. Dit zijn vergelijkbare cijfers. Maar in absolute waarden is er wel een groot verschil, aangezien het tijdens de tweede registratieperiode veel drukker was in de praktijk : 5546 patiëntencontacten in de tweede periode tegenover 4129 tijdens de eerste periode. Zoals besproken komt dit door de periode van registratie (juni tegenover februari).

De artsen werden in de eerste meetperiode in 8% van het totaal aantal keer telefoon doorgeschakeld. Door de interventie met het coderen van de labo resultaten konden we dit bijna halveren naar 4.5%. Bovendien werd maar iets meer dan de helft van de labo resultaten gecodeerd, omwille van tijdsgebrek tijdens de griepepidemie, dus de resultaten kunnen in de realiteit nog beter zijn.

Ook bij het aantal attesten die gevraagd werden, zien we een halvering: 30 attesten tegenover 14 attesten tijdens de tweede registratieperiode. De meeste attesten werden gevraagd voor de leeftijdscategorie vijftigplussers. Dit is ook de groep die het meest naar de praktijk komt, 33% van alle registraties gebeurden in deze leeftijdsgroep. Tijdens de eerste registratieperiode werd er vooral naar geneesmiddelenvoorschriften gevraagd. Door de patiënten brief in de wachtzaal en het consequent niet meer meegeven van voorschriften na een telefonische vraag, is er een duidelijke daling van de vraag naar voorschriften. De groep vijftigplussers is voor een deel nog actief op de arbeidsmarkt en dus risico heeft op en arbeidsongeval en daarnaast ook meer risico heeft op een chronische aandoening, met langdurige arbeidsongeschiktheid als gevolg en dus nood aan een vertrouwelijk attest, nood aan kinesitherapie,...

Aangezien er in totaal maar 23 registraties zijn van geneesmiddelen voorschriften, is het moeilijk om een antwoord te formuleren op de vraag of er een relatie is met een pathologie waarvoor men vaker voorschriften vraagt. Van chronische medicatie worden vooral voor pijnmedicatie en antihypertensiva voorschriften gevraagd. Daarnaast vraagt men dit ook vaak voor de anticonceptiepil en antihistaminica. Voor acute medicatie worden voorschriften voor oog en oordruppels gevraagd, wanneer de symptomen herkend worden en het gebruik gekend is.

Het is opvallend dat de personen die een telefonische vraag of vraag via e-mail stellen, voor 71% tijdens de eerste meetperiode en 64% in de tweede meetperiode nog op consultatie kwam in de praktijk. Dit kunnen

we verklaren door de reden van de vraagstelling te bekijken. De meest frequente redenen zijn tijdens de eerste meetperiode in samenspraak met de arts (54%) en omwille van advies (13%). En tijdens de tweede meetperiode advies (26%), bespreken labo resultaten met code (20%), zonder code (18%) en in samenspraak met de arts (8%). Samengeteld hebben dus 67% en 72% van de redenen te maken met zaken die recent gebeurd zijn: een bloedonderzoek, urinetest, stoelgangonderzoek, bijkomende vragen bij een recente consultatie…

Het coderen van de labo resultaten verloopt goed. De meest gebruikte codes zijn code 1, geen bijzonderheden en code 6, patiënt doorschakelen. In de praktijk wordt er bij code 1 vaak nog wat commentaar genoteerd dat de secretaresse er kan bij vertellen. Voorbeelden zijn hiervan: infectieus bloedbeeld, ijzertekort met nood aan substitutie, voorschrift ligt klaar bij een patiënt die hiermee vertrouwd is, de naam van de bloedgroep,… Op die manier is het een handig systeem en worden er toch heel wat storende telefoons tijdens de consultaties vermeden. We beschouwen het dan ook als een geslaagd praktijk verbeterend project.

10. Dankwoord

Graag wil ik enkele mensen bedanken die hebben meegeholpen bij het tot stand komen van deze masterproef. Zonder de hulp van deze mensen zou ik dit werk niet tot een goed einde hebben gebracht.

In de eerste plaats wil ik graag mijn praktijkopleider Dr. Herman Hoet bedanken, alsook mijn andere collega's Dr. Elke De Boever, Dr. Jens Crokaert, Dr. Carmen Vanhaecke en de secretaressen Ann Van Parijs en Marie-Christine Foucart.

Dankzij hun medewerking konden we dit praktijk verbeterend project tot stand brengen. Het heeft van hen toch wel wat energie gevraagd om alle registraties uit te voeren op het secretariaat en de patiënten te informeren over de nieuwe werking.

Mijn promotor, professor Lieve Peremans, wil ik graag bedanken voor de begeleiding bij het uitwerken van het onderwerp en voor de feedback die ik mocht ontvangen bij het schrijven van deze scriptie.

11. Referenties

1. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Squires D, Peugh J, Applebaum S. A Survey Of Primary Care Physicians In Eleven Countries, 2009: Perspectives On Care, Costs, And Experiences. Health Affairs. 2009;28(6):W1171-W83.
2. Davis K, Doty MM, Shea K, Stremikis K. Health information technology and physician perceptions of quality of care and satisfaction. Health Policy. 2009;90(2-3):239-46.
3. Ye JL, Rust G, Fry-Johnson Y, Strothers H. E-mail in patient-provider communication: A systematic review. Patient Education and Counseling. 2010;80(2):266-73.
4. van Uden CJT, Ament A, Hobma SO, Zwietering PJ, Crebolder H. Patient satisfaction with out-of-hours primary care in the Netherlands. Bmc Health Services Research. 2005;5:10.
5. Moth G, Huibers L, Christensen MB, Vedsted P. Drug prescription by telephone consultation in Danish out-of-hours primary care: a population-based study of frequency and associations with clinical severity and diagnosis. Bmc Family Practice. 2014;15.
6. McKinstry B, Watson P, Pinnock H, Heaney D, Sheikh A. Telephone consulting in primary care: a triangulated qualitative study of patients and providers. British Journal of General Practice. 2009;59(563):433-40.
7. Mohammed MA, Clements G, Edwards E, Lester H. Factors which influence the length of an out-of-hours telephone consultation in primary care: a retrospective database study. Bmc Health Services Research. 2012;12.
8. Deneyer M. Telegeneeskunde kan uw gezondheid ernstige schade aanrichten Advies van de Nationale Raad van de Orde der geneesheren, "Telefonisch advies door een arts - Ereloon". 2008.
9. Ghazanfar MN, Honore PH, Nielsen TRH, Andersen SE, Rasmussen M. Hospital admission interviews are time-consuming with several interruptions. Danish Medical Journal. 2012;59(12).
10. Slight SP, Howard R, Ghaleb M, Barber N, Franklin BD, Avery AJ. The causes of prescribing errors in English general practices: a qualitative study. British Journal of General Practice. 2013;63(615):E713-E20.
11. Cooper CL, Rout U, Faragher B. MENTAL-HEALTH, JOB-SATISFACTION, AND JOB STRESS AMONG GENERAL-PRACTITIONERS. British Medical Journal. 1989;298(6670):366-70.
12. Atherton H, Pappas Y, Heneghan C, Murray E. Experiences of using email for general practice consultations: a qualitative study. British Journal of General Practice. 2013;63(616):E760-E7.
13. Patt MR, Houston TK, Jenckes MW, Sands DZ, Ford DE. Doctors Who Are Using E-mail With Their Patients: a Qualitative Exploration. Journal of Medical Internet Research. 2003;5(2).
14. Nijland N, van Gemert-Pijnen J, Boer H, Steehouder MF, Seydel ER. Increasing the use of e-consultation in primary care: Results of an online survey among non-users of e-consultation. International Journal of Medical Informatics. 2009;78(10):688-703.
15. Rosen P, Kwoh CK. Patient-physician e-mail: An opportunity to transform pediatric health care delivery. Pediatrics. 2007;120(4):701-6.
16. Hansen CS, Christensen KL, Ertmann R. Patients and general practitioners have different approaches to e-mail consultations. Danish Medical Journal. 2014;61(6).
17. Oldham J. Telephone use in primary care - Programme to shape demand has been started in several practices. British Medical Journal. 2002;325(7363):547-.
18. Pinnock H, McKenzie L, Price D, Sheikh A. Cost-effectiveness of telephone or surgery asthma reviews: economic analysis of a randomised controlled trial. British Journal of General Practice. 2005;55(511):119-24.
19. McKinstry B, Hammersley V, Burton C, Pinnock H, Elton R, Dowell J, et al. The quality, safety and content of telephone and face-to-face consultations: a comparative study. Quality & Safety in Health Care. 2010;19(4):298-303.
20. Verhoeven F, van Gemert-Pijnen L, Dijkstra K, Nijland NN, Seydel E, Steehouder M. The contribution of teleconsultation and videoconferencing to diabetes care: A systematic literature review. Journal of Medical Internet Research. 2007;9(5).

21. LaVela SL, Gering J, Schectman G, Locatelli SM, Weaver FM, Davies M. Improving the quality of telephone-delivered health care: a national quality improvement transformation initiative. Family Practice. 2013;30(5):533-40.
22. McKinstry B, Watson P, Elton RA, Pinnock H, Kidd G, Meyer B, et al. Comparison of the accuracy of patients' recall of the content of telephone and face-to-face consultations: an exploratory study. Postgrad Med J. 2011;87(1028):394-9.
23. Salisbury C. Postal survey of patient's satisfaction with a general practice out of hours cooperative. British Medical Journal. 1997;314(7094):1594-8.
24. Simon GE, Ludman EJ, Tutty S, Operskalski B, Von Korff M. Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment - A randomized controlled trial. Jama-Journal of the American Medical Association. 2004;292(8):935-42.
25. Sittig DF, King S, Hazlehurst BL. A survey of patient-provider e-mail communication: what do patients think? International Journal of Medical Informatics. 2001;61(1):71-80.
26. Couchman GR, Forjuoh SN, Rascoe TG, Reis MD, Koehler B, van Walsum KL. E-mail communications in primary care: what are patients' expectations for specific test results? International Journal of Medical Informatics. 2005;74(1):21-30.
27. De Smet P, Dautzenberg M. Repeat prescribing - Scale, problems and quality management in ambulatory care patients. Drugs. 2004;64(16):1779-800.
28. Avery AJ. Repeat prescribing in general practice. British Medical Journal. 2011;343.
29. Cox S, Wilcock P, Young J. Improving the repeat prescribing process in a busy general practice. A study using continuous quality improvement methodology. Quality in Health Care. 1999;8(2):119-25.
30. Geneesheren Od. Medisch consult en postorderverkoop van geneesmiddelen via internet Tijdschrift van de nationale raad 'Orde van Geneesheren' 19 augustus 2000 TNR nr 90, p 132000.
31. Lillis S, Lord H. Repeat prescribing--reducing errors. J Prim Health Care. 2011;3(2):153-8.
32. Van Puymbroeck L. Het bestuderen van voorschriften geleverd buiten het arts-patiëntencontact. België: Universiteit Gent;. 2013.
33. Saastamoinen L, Enlund H, Klaukka T. Repeat prescribing in primary care: a prescription study. Pharmacy World & Science. 2008;30(5):605-9.
34. http://recip-e.be/home-nl 2014. Geraadpleegd 2 februari 2017.

12. Bijlagen

Bijlage 1: Patiënten brief

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Titel: Communicatiemiddelen tussen artsen en patiënten buiten de consultatie-uren

Beste patiënt,

In onze praktijk loopt een kwaliteitverbeterend project waarin de communicatie tussen artsen en patiënten buiten de consultatiemomenten zal worden onderzocht. In een eerste fase werd er een literatuuronderzoek uitgevoerd waarbij de huidige communicatie, namelijk de face-to-face consultatie tegenover communicatie via telefoon/e-mail tussen artsen en patiënten werd onderzocht op gebied van tevredenheid en veiligheid.

De resultaten hiervan zouden wij in de periode van juni 2016 tot december 2016 graag toepassen en evalueren in uw huisartsenpraktijk. Meer concreet zullen de vragen naar medisch advies en het leveren van medische attesten buiten de consultaties bekeken worden. Deze vragen zullen gedurende vier weken geregistreerd worden. Daarbij hoort er een korte meerkeuzevraag waarin er gepeild wordt naar de reden van de vraag naar het medisch advies of een medisch attest buiten de consultatie momenten.

De gegevens van de studie zullen strik vertrouwelijk verwerkt worden. Deze gegevens zullen enkel gebruikt worden voor het onderzoek in onze praktijk.

Uw deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit, op welke wijze ook, een invloed heeft op uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts. Het is echter wel belangrijk voor ons om zoveel mogelijk informatie te verzamelen, om een zo correct mogelijk beeld te krijgen van de situatie. Met behulp van dit onderzoek hopen we de communicatie tussen artsen en patiënten te verbeteren in onze praktijk.

Hoewel het in het geheel niet te verwachten is dat u door het onderzoek schade zou kunnen oplopen, is er een verzekering afgesloten. Uw deelname aan het onderzoek is natuurlijk kosteloos. Er is geen vergoeding voorzien voor de deelnemers. Deelname aan deze studie zal uw geen therapeutisch voordeel opleveren.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kan u steeds contact opnemen met dokter Carolien Polfliet.

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Huisartsenpraktijk Medibrug

Dr. Herman Hoet
Dr. Elke De Boever
Dr. Jens Crockaert
Dr. Carmen Vanhaecke
Dr. Carolien Polfliet

Communicatiemiddelen tussen artsen en patiënten buiten de consultatie-uren

Versie 1, 17/2/2016

Naam onderzoeker:

Registratie periode 1 / 2

	Naam Patiënt	Geboorte datum	M/V	Tel	E-mail	Cons	Voorschrift (naam medicatie)	Attest	Medische vraag (onderwerp)	Reden? 1-2-3-4-5-6	Laatste consult
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											

Legende:

Tel/ E-mail/ Cons:	VS / AO / Medische vraag	Reden?
Registratie via telefoon/ e-mail / consultatie	Voorschrift (naam medicatie)/ Arbeidsongeschiktheid / Medische vraag (onderwerp)	1: ik ben recent nog op consultatie geweest, maar nu is mijn medicatie op 2: ik betaal liever geen consultatie 3: ik heb weinig tijd om op consultatie te komen 4: de arts heeft mij te weinig voorschriften mee gegeven de laatste keer 5: ik vind het niet nuttig om op consultatie te komen als ik niet ziek ben 6: ik geraakt zelf moeilijk op consultatie, dus vraag ik mijn attest via iemand anders 7: andere

Bijlage 3: Protocol

Introductie

In de huisartsenpraktijk in Zingem waar het onderzoek zal plaatsvinden zijn alle consultaties na afspraak. Er zijn 5 artsen werkzaam en er is een full time secretariaat aanwezig. Alle consultaties worden steeds telefonisch of via e-mail aangevraagd of vastgelegd tijdens een vorige consultatie. Voor de resultaten van een labo-onderzoek mag men steeds de arts telefoneren op een afgesproken tijdstip. Indien gewenst mag men ook via e-mail het resultaat van een bloedonderzoek opvragen.

In de praktijk zijn er dus duidelijke afspraken in verband met het telefoon en e-mail verkeer. De artsen zelf worden hier normaal niet echt mee belast tijdens hun consultaties. Maar regelmatig wensen de patiënten de artsen toch persoonlijk te spreken aan de telefoon om bepaalde vragen te stellen. Dit wordt door de artsen soms als storend ervaren indien dit regelmatig voorvalt. De arts is de concentratie kwijt tijdens de consultatie, en als men veel vragen heeft, loopt de consultatie mogelijk uit, waardoor de volgende patiënten die een afspraak hadden moeten wachten. Patiënten vragen regelmatig medische attesten (voorschriften, arbeidsongeschiktheid,...) aan de telefoon. De patiënt wordt dan doorverbonden met de arts tijdens de consultatie, zodat deze hier over kan beslissen. Via e-mail vraagt men soms medische attesten of medische vragen. Deze worden dan beantwoord door de arts aan wie de e-mail geadresseerd is. Op consultatie worden deze extra vragen ook gesteld voor andere patiënten dan waarvoor de consultatie gereserveerd was. Deze vragen naar medische attesten wordt soms ervaren als een extra werklast voor de artsen. Ook kan de kwaliteit van zorg niet gewaarborgd worden indien de arts een medisch attest schrijft of een medische vraag beantwoordt, zonder dat de patiënt gezien werd.

Het onderzoek is een kwaliteitsverberend praktijkproject en heeft als doel na te gaan hoe we de communicatie tussen artsen en patiënten buiten de consultatiemomenten kunnen optimaliseren. Meer concreet willen we de vraag naar medische attesten en medische vragen buiten de consultaties verminderen.

Onderzoeksvraag

Hoe kunnen we in onze praktijk het aantal telefonische en vragen via mail voor een attest of voorschrift beperken in onze praktijk?

Methode

Er wordt gestart met een **literatuurstudie** om de huidige communicatie, namelijk de face-to-face consultatie tegenover communicatie via telefoon/e-mail, tussen artsen en patiënten te onderzoeken op gebied van tevredenheid en veiligheid.

Voor het literatuuronderzoek zullen we een antwoord formuleren op de volgende vragen:

Wat is internationaal het huidig gebruik van telefoon en e-mail als communicatiemiddel tussen artsen en patiënten?

Wat zijn mogelijke voor en nadelen van e-mail of telefonische consultaties, zowel voor artsen als patiënten?

Hoe veilig zijn telefoonconsultaties?

Wat zijn de huidige richtlijnen in verband met herhaalvoorschriften zonder consultatie? Is dit toegestaan in België? Wat zijn mogelijke voor- en nadelen?

Veldonderzoek

Alle collega's van de praktijk zullen meewerken aan het onderzoek. In een eerste fase wordt een overleg georganiseerd om het project in de praktijk toe te lichten. Zo creëren we voldoende draagvlak om dit project tot een goed einde te brengen

Nadien zal er gedurende 4 weken prospectief een registratie plaatsvinden (zie bijlage 1). Het doel van de registratie is om na te gaan welke vragen patiënten via mail of telefonisch stellen en wat de redenen zijn voor deze vorm van communicatie.

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle patiënten, die via telefoon of e-mail contact opnemen met de praktijk, met de vraag voor een medisch attest of advies. Ook de medische attesten of vragen die tijdens een consultatie moment wordt gesteld, maar die geen verband houden met de patiënt waarvoor de consultatie was gereserveerd, zullen worden opgenomen in het onderzoek. Na de periode van registratie zal er geobjectiveerd worden hoeveel vragen de patiënten via mail of telefonisch gesteld hebben en bekeken worden hoeveel deelnemers er waren aan het onderzoek. Tijdens de registratie zal de naam en voornaam van de patiënt worden genoteerd samen met de geboortedatum. Zo kan de patiënt geïdentificeerd worden, om de leeftijdsgroep te bepalen en op te zoeken wanneer de patiënt zelf de laatste keer op consultatie kwam. Nadien worden deze gegevens gecodeerd gebruikt en wordt er niet meer verwezen naar de identiteit van de patiënten. Op het registratieformulier wordt er ook aangekruist op welke manier de patiënt in aanmerking kwam om deel te nemen aan het onderzoek. Wanneer er een voorschrift wordt gevraagd, zal de naam van het product genoteerd worden. Wanneer er een medische vraag wordt gesteld, zal de vraag genoteerd worden.

Kwantitatief willen we het aantal medische attesten en medische vragen buiten de consultatie momenten registreren. Nadien worden volgende zaken nagegaan:

- Is er een bepaalde leeftijdsgroep waarvoor men meer attesten vraagt?
- Is er een relatie met een pathologie waarvoor men vaker voorschriften vraagt?
- Hoe lang is het geleden dat deze patiënten, waar men het attest voor vraagt, zelf op consultatie kwamen?
- Hoeveel procent van de registraties gebeurde via telefoon, e-mail en op de consultatie zelf?
- Hoeveel procent van het totaal aantal contacten zijn dit?

Bijkomend willen we de reden van de vraagstelling achterhalen. Concreet zal men aan de patiënten vragen waarom men het medisch attest of het medisch advies vraagt buiten de consultatie uren aan de hand van een meerkeuzevraag:

1: ik ben recent nog op consultatie geweest, maar nu is mijn medicatie op
2: ik betaal liever geen consultatie
3: ik heb weinig tijd om op consultatie te komen
4: de arts heeft mij te weinig voorschriften mee gegeven de laatste keer
5: ik vind het niet nuttig om op consultatie te komen als ik niet ziek ben
6: ik geraakt zelf moeilijk op consultatie, dus vraag ik mijn attest via iemand anders
7: andere

Het nummer van het bijpassend antwoord zal op het registratie formulier genoteerd worden. Indien de patiënt andere kiest, zal de reden genoteerd worden.

Praktische organisatie

De meeste registraties zullen op het secretariaat gebeuren.

- Wanneer een patiënt telefonisch contact opneemt met de praktijk met de vraag voor een medisch advies of een medisch attest:
  De patiënt wordt over het onderzoek geïnformeerd en er wordt verwezen naar de website van de praktijk waar er een informatieformulier (zie bijlage 2) beschikbaar is. Deze informatie zal ook uithangen in de wachtzaal. Nadien wordt door de secretaresse de toestemming gevraagd: “Mogen de gegevens van dit gesprek, in het kader van een kwaliteit verbeterend project, vertrouwelijk gebruikt worden?”

- Wanneer een patiënt een e-mail stuurt naar de praktijk met de vraag voor een medisch advies of een medisch attest:
  De patiënt zal door de praktijk worden opgebeld. Nadien verloopt de procedure hetzelfde als hierboven beschreven.

Alle 5 de artsen beschikken ook over registratieformulieren.

- Wanneer er tijdens de consultatie een medisch attest of een medische vraag wordt gesteld die geen verband houdt met de patiënt waarvoor de consultatie gereserveerd was:
  De arts informeert de patiënt over het onderzoek en verwijst naar een informatieformulier dat in de wachtzaal uithangt of naar de website. De toestemming wordt door de arts gevraagd: “Mogen er gegevens van deze consultatie, in het verband van een kwaliteit verbeterend project, vertrouwelijk gebruikt worden?”.

Na de registratie volgt er een **visgraatanalyse**. Aan de hand van deze informatie en op basis van literatuuronderzoek zal er een **interventie** gepland worden met als doel de vraag naar medische attesten of vragen buiten de consultaties te verminderen.

De patiënten zullen over deze interventie geïnformeerd worden via de website van de praktijk en via info in de wachtzaal. Nadien volgt er opnieuw een periode van vier weken registratie aan de hand van hetzelfde registratie formulier. De resultaten van beide registratie perioden zullen vergeleken worden aan de hand van beschrijvende tabellen. Nadien kan er dan geëvalueerd worden of er na de interventie effectief minder medische attesten en medische vragen worden gesteld buiten de consultatiemomenten.

Bijlage 4: Goedkeuring ethisch comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. L. Peremans

UA
Huisartsgeneeskunde

Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Communicatiemiddelen tussen artsen en patiënten buiten de consultatie-uren (manama Polfiet Carolien)

Belgisch Registratienummer: B300201628441

datum	ons kenmerk	contactpersoon
18/04/2016	16/12/144	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 18/04/2016.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- Informatie- en toestemmingsformulier NL dd. 17/02/2016
  Versie 1
- Protocol dd. 17/02/2016
  Versie 1
- Diverse dd. 17/02/2016
  Registratiedocument, versie 1

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:

- Startdatum inclusie patiënten
- Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
  - Nooit opgestart
  - Vroegtijdig stopgezet
  - Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874 619 503

datum
18/04/2016

ons kenmerk
16/12/144

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 4/01/2016.
Deze studie werd besproken op vergadering van 18/04/2016.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	+
Leden EC UZA			
BERVOETS An	Dermatoloog	V	+
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	+
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	+
HUIZING Manon	Oncoloog	V	-
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	-
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	-
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	+
VAN GENECHTEN Nancy	Verpleegkundige	V	-
VAN REEMPTS Patrick	Neonatoloog	M	+
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	+
VERLOOY Joris	Pediater	M	+
Toegevoegde leden UA			
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	-
DECKERS Lara	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	-
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	+
Uitgenodigde Experten			
HENS Kristien	Ethicus	V	+
LEMMENS Katrien	Farmacoloog	V	+
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	-
MAMPAEY Els	Psychologe	V	-
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	+
NORGA Koenraad	Pediater	M	-
STRUYF Filip	Kinesitherapeut	M	-
THEUNIS Bea	Apotheker	V	-
VAN BOGAERT Peter	Docent UA - verpleeg- en vroedkunde	M	-

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in
the deliberations for this trial.
The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.