Communicatie tussen huisarts en radioloog

Noodzaak of luxe?

Jeroen De Weirdt

Promotor: Prof. dr. J.M.L. Bosmans

Manamaproef ingediend tot het behalen van het diploma specialisatie in de huisartsgeneeskunde

Ugent Academiejaar: 2016-2017

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie ‘Communicatie tussen huisarts en radioloog, Noodzaak of luxe?’ waarin de samenwerking tussen huisartsen en radiologen onder de loep wordt genomen. Het onderzoek naar deze samenwerking werd uitgevoerd bij artsen in en rond Gent. Deze scriptie werd geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding 'specialisatie in de huisartsgeneeskunde' aan de Universiteit Gent. Van september 2015 tot mei 2017 ben ik bezig geweest met het onderzoek, de literatuurstudie en het neerschrijven van mijn bevindingen.

Samen met mijn promotor, Prof. Dr. J.M.L. Bosmans, heb ik de onderzoeksvraag voor deze scriptie geformuleerd. Na een uitgebreid kwalitatief onderzoek, heb ik deze kunnen beantwoorden. Tijdens dit onderzoek stonden mijn promotor, mijn begeleider Dr. Braekeveld, en ook mijn praktijkopleiders Dr. K. Klein en Dr. L. Vanmarsnille altijd voor mij klaar. Zij hebben steeds mijn vragen beantwoord en mijn inzichten verrijkt. Bij deze wil ik graag mijn begeleiders bedanken voor de fijne begeleiding en hun ondersteuning tijdens dit traject.

Naast de begeleiding zou ik tevens Dr. Braekeveld, Dr. Klein en Dr. Vanmarsnille, alsook de andere artsen van de huisartsenpraltijk 'Studentenartsen Ugent' willen bedanken voor hun geleverde inspanningen tijdens het eerste luik van het onderzoek. Voor het tweede luik van het onderzoek zou ik graag de geïnterviewde artsen bedanken voor hun tijd en welwillendheid om aan deze scriptie mee te werken.

Als laatste wil ik graag mijn vriendin, vrienden en familie bedanken voor de morele ondersteuning tijdens het schrijfproces. Hun begrip en motiverende woorden hebben mij geholpen om deze scriptie tot een goed einde te brengen.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Abstract

De samenwerking tussen huisarts en radioloog is gebaseerd op een systeem dat al lang bestaat. De huisarts vraagt een onderzoek aan, de radioloog voert dit uit, en brengt hierover verslag uit. Op het eerste zicht is hier uiteraard niets mis mee en wordt de patiënt geholpen, maar het gevaar schuilt in het feit dat gewoontes soms dreigen vast te roesten zonder nog voldoende in vraag gesteld te worden.
Als men echter wat dieper ingaat op dit systeem, wordt al vlug duidelijk dat hier nog veel ruimte is voor verbetering. We merken immers dat er tot op heden nog steeds veel suboptimale of overbodige beeldvorming wordt uitgevoerd, waardoor een groot deel van het beschikbare budget in de gezondheidszorg slecht gespendeerd wordt en patiënten soms nodeloos blootgesteld worden aan straling.
In deze scriptie gaan we na of er via een betere communicatie en samenwerking tussen huisarts en radioloog aan dit probleem gewerkt kan worden, en op welke manier.
Het onderzoek is opgesplitst twee delen. Eerst werd via een onderzoek in een groepspraktijk in de regio Gent nagegaan hoe er in de praktijk gewerkt wordt en waar de probleempunten liggen. Vervolgens werden, op basis van de bevindingen uit het eerste onderzoek, samen met reeds betaande literatuur, enkele onderzoeksvragen opgesteld. Deze vragen werden via interviews teruggekoppeld naar zowel de huisartsen als radiologen, om zo vanuit beide standpunten na te gaan of mogelijke handvaten aangereikt kunnen worden.
In deze praktijkstudie werd vastgesteld dat huisartsen vaak niet helemaal zeker zijn over de gekozen beeldvorming en dat zij bij twijfel maar zelden overleg plegen, met als gevolg dat er soms minder correcte beeldvorming plaatsvindt.
Onze bevindingen werden opgedeeld alsvolgt: De aanvraag van de huisarts, het verslag van de radioloog, het huidige systeem van informatie-uitwisseling, en de communicatie naar de patiënt toe. Binnen elk van deze onderdelen konden specifieke probleempunten worden aangehaald en oplossingen hiervoor worden voorgesteld via concrete acties.
We concluderen dat via een nauwere samenwerking en betere communicatie tussen beide partijen er een beter begrip kan ontstaan van de problemen en elkaars verwachtingen. Daarnaast kan dit ook bijdragen aan de algemene kennis en aan het leerproces bij de artsen.
Als dit gecombineerd wordt met een aanpassing en evolutie binnen het huidig digitaal netwerk geloven we erin dat het aantal suboptimale of overbodige aanvragen voor medische beeldvorming sterk verminderd kan worden, alsook dat de samenwerking tussen huisarts en radioloog optimaler kan verlopen, wat de patiënt alleen maar ten goede komt.

Inhoudsopgave

1. Inleiding

2. Methodologie

    2.1. Praktijkonderzoek
    2.2. Literatuur en interviews

3. Resultaten

    3.1. Onderzoek 1
    3.2. Onderzoek 2
        3.2.1. Aanvraag van de huisarts
            3.2.1.1. Indicatiestelling
                A. Richtlijnen
                B. Literatuur
                C. Feedback
                D. Bijscholing
            3.2.1.2. Klinische informatie voor de radioloog
                A. Het aanvraagformulier
                B. Gedeelde medische dossier
                C. Attitude van de radioloog
            3.2.1.3. Communicatie
        3.2.2. Verslag van de radioloog
        3.2.3. Informatie uitwisseling
        3.2.4. Communicatie naar patiënt
    3.3. Conclusie van de resultaten

4. Bespreking

    4.1. Algemeen
    4.2. Werkpunten voor de huisarts
        4.2.1. Indicatiestelling
        4.2.2. Klinische informatie
        4.3.3. Communicatie
    4.3. Werkpunten voor de radioloog
    4.4. informatie uitwisseling
    4.5. Communicatie naar patiënt toe

5. Aanbevelingen

6. Literatuurlijst

7. Bijlagen

1. Inleiding

Naast huisartsgeneeskunde heb ik ook steeds interesse gehad in de radiologie. In die mate zelfs dat ik er nog over nagedacht heb om mij in deze richting te specialiseren. Hierdoor heb ik ook als co-assistent gewerkt op de afdeling radiologie, ben ik op de hoogte van de indicatiestelling, alsook van de samenwerking tussen huisarts en radioloog vanuit het standpunt van deze laatstvernoemde.
Door praktijkervaring op te doen als HAIO, stel ik echter vast dat de samenwerking tussen beide partijen niet steeds optimaal verloopt, wat zowel aanleiding kan geven tot nadelen voor de patiënten als tot frustraties bij de artsen.
Via dit onderzoek wil ik graag nagaan waar de probleempunten juist liggen en handvaten aanreiken om deze samenwerking te verbeteren.

Gezien de beperkte resources was het onmogelijk om een grootschalig onderzoek uit te voeren om dit probleem in kaart te brengen. Daarom werd er beslist om het kwalitatief onderzoek te beperken tot de huisartsen en radiologen in de regio van Gent. Het onderzoek werd opgestart bij mijn voormalige opleidingsplaats bij de studentenartsen te Gent. Bijgevolg werd er in het onderzoek meer met jonge patiënten gewerkt. De patiëntenpopulatie in deze scriptie is echter niet de hoofdzaak. Waar ik mij bij dit onderzoek meer op zou willen focussen, is de samenwerking tussen huisarts en radioloog. Er werd navraag gedaan bij huisartsen en radiologen, zowel bij beginnende artsen of artsen in opleiding, als bij meer ervaren artsen.

Zowel voor mezelf als voor de artsen waarbij de prospectieve navraag werd gedaan, bleek dit een interessant onderwerp om eens nader te onderzoeken om zo de probleempunten in kaart te brengen. Op basis van de resultaten van dit onderzoek zouden persoonlijke werkwijzes en kennis aangevuld en aangepast kunnen worden om zo de samenwerking tussen beide partijen te optimaliseren.

Op wetenschappelijk vlak zijn rond dit onderwerp ook reeds studies uitgevoerd. Zo heeft professor Jan M.L. Bosmans van het UZ Gent reeds artikels gepubliceerd rond de verslaggeving van radiologen enerzijds, de verwachtingen van de aanvragende (huis)arts anderzijds, en manieren om de communicatie tussen beide partijen te verbeteren. {1, 2, 7} Verder onderzocht Grieve {4} de visie van de huisartsen op de beeldvorming, en Mangano {3} de verwachtingen van de patiënt na de beeldvorming.

Er is dus zeker al heel wat kennis voorhanden, maar zoals reeds eerder werd vermeld, wordt deze niet steeds in de praktijk toegepast. Via dit onderzoek wil ik, op basis van reeds uitgevoerde studies, nagaan hoe het er heden ten dage in de praktijk aan toe gaat en op die manier theorie en praktijk samenbrengen.

Praktisch gezien is het immers zo dat een goede samenwerking tussen beide partijen essentiëel is voor een goede gezondheidszorg waarbij zowel de patiënt, de arts als de maatschappij baat hebben. Gezien de huidige ontwikkeling van het digitaliseren van de gezondheidszorg, is het bovendien een uiterst geschikt moment om de huidige gang van zaken te bespreken, de hedendaagse problemen in kaart te brengen, zodat hier in de toekomst rekening mee gehouden kan worden.

Wanneer dit onderwerp nog voor de start van dit onderzoek werd voorgesteld, konden de artsen al bevestigen dat de huidige samenwerking zeker nog niet optimaal is. Dit werd dan ook gestaafd aan de hand van casussen waarbij er bijvoorbeeld een probleem is bij de aanvraag en indicatiestelling van de beeldvorming, het verslag van de radioloog, de communicatie tussen beide partijen of de houding naar de patiënt toe. Deze zullen verder nog uitgebreid besproken worden.

Met deze scriptie zou ik dan ook willen nagaan of er methodes zijn die de huidige manier van samenwerken tussen huisarts en radioloog kunnen verbeteren. Meer specifiek zou ik dit willen opsplitsen in de verschillende stappen die doorlopen worden bij de aanvraag van beeldvorming, namelijk: Hoe kan de doorverwijzing voor de juiste beeldvorming bij de huisarts verbeterd worden; Hoe kunnen de verslagen van de radioloog geoptimaliseerd worden; Hoe kan de informatieuitwisseling over de patiënten aangepast worden; En hoe kan er beter naar de patiënten toe gecommuniceerd worden. Dit zijn stuk voor stuk onderwerpen waarbij de communicatie tussen beide partijen een essentiële rol speelt.

2. Methodologie

Deze scriptie is gebaseerd op 2 soorten onderzoek.

2.1. Praktijkonderzoek

Het eerste onderzoek bestond uit een experimentele studie die werd uitgevoerd in de praktijk waar ik mijn eerste jaar als HAIO heb gewerkt. Hier bestond de populatie voornamelijk uit studenten.
Bij het onderzoek gingen we als volgt te werk:
Gedurende 6 maanden werd bij iedere aanvraag voor beeldvorming een extra document toegevoegd (zie bijlage 1) waarop een deel werd ingevuld door de aanvragende huisarts en een deel door de behandelende radioloog. Dit na informed consent van de patiënt.

Het deel van de huisarts bestond uit volgende vragen:
- Klacht + oorzaak
- Differentiaaldiagnose
- Welke aangevraagde beeldvorming?
- Twijfel bij de aangevraagde beeldvorming?
- Overleg i.v.m beeldvorming? Zoja, met wie, en wat was het resultaat?

Het deel van de radioloog bestond uit:
- Bevindingen beeldvorming
- Beeldvorming op zijn plaats in kader van de differentiaaldiagnose?
- Juiste beeldvorming aangevraagd?
- Voorgestelde actie i.v.m beeldvorming/ opvolging

De opzet van dit onderzoek was om een beeld te krijgen over de huidige stand van zaken over de samenwerking tussen huisarts en radioloog in de praktijk. Via deze documenten kon gekeken worden naar de huidige kennis rond indicatiestelling van beeldvorming bij

de huisarts, hoe een aanvraagformulier werd ingevuld, hoe zeker men was van deze beslissing, en of er eigenlijk overleg plaatsvond.
Wanneer deze informatie wordt vergeleken met de beoordeling van de radioloog, kan de eensgezindheid tussen beide partijen bepaald worden. Bij een ideaal samenwerkingsverband zouden beide delen van het document ongeveer overeen moeten komen. Indien niet, kan er gekeken worden waar de verschilpunten liggen.

Noot. Aangezien deze praktijk vast samenwerkt met een radioloog moet opgemerkt worden dat dit onderzoek en/of deze resultaten mogelijk niet representatief zijn voor een gemiddelde praktijk.

Noot 2. Er werd geen terugkerend document meegegeven bij terugkomst bij de huisarts. Dit onderzoek geeft dus geen informatie over de mening van de huisarts na beeldvorming en/of over het verslag.

Na deze 6 maanden werden deze documenten verzameld en de resultaten werden opgemaakt.

2.2. Literatuuronderzoek en interviews

Na het praktijkonderzoek ging men over tot de tweede stap van het onderzoek. Die bestond erin om de verkregen resultaten te toetsen aan de huidige literatuur en een paar probleempunten vast te stellen. Over deze probleempunten werden vervolgens interviews afgenomen van zowel de deelnemende partijen aan het onderzoek als externe partijen.
Over een periode van 6 maanden werden 15 artsen geïnterviewd. De resultaten werden neergeschreven. De artsenpopulatie bestond uit 4 radiologen en 11 huisartsen, waaronder zowel jonge artsen (in opleiding) als meer ervaren artsen. Allen waren tewerkgesteld in de regio Gent en omstreken.

Het opzet van dit onderdeel is de persoonlijke mening van artsen te leren kennen, nagaan wat zij als positieve -of negatieve punten ervaren, en of zij eventueel oplossingen kunnen aanreiken om de situatie te verbeteren.

Het totaalopzet maakt van deze studie een kleinschalige, lokale, kwalitatieve studie.

3. Resultaten

3.1. Resultaten van onderzoek 1

Na afloop van deel 1 van het onderzoek konden we 61 casussen verzamelen.
Deze werden als eerste ingedeeld op basis van de mening van de radioloog in verband met aangevraagde beeldvorming, en vervolgens per discipline.

	Beeldvorming kon beter of was overbodig.	Radioloog doet na beeldvorming een voorstel voor verdere uitwerking/beeldvorming.	Radioloog is akkoord zonder meer.	
Orthopedie	6	10	16	32
Interne geneeskunde	1	6	7	14
Urologie/ gynaecologie	0	6	9	15
	7	22	32	**61**

Uit deze tabel valt af te leiden dat in dit opzet:
- In 52% van de gevallen de radioloog volledig akkoord gaat met de huisarts.
- In 36% van de gevallen de radioloog een actie heeft voorgesteld
- In 12% van de gevallen de keuze van de beeldvorming niet correct was volgens de radioloog.

Vervolgens werd ook gekeken naar het document van de huisarts, en meer specifiek naar de zekerheid in verband met de keuze van beeldvorming. Is hier dan ook overleg over geweest? En dit op zijn beurt opnieuw te linken met de visie van de radioloog.

	Overleg met collega huisarts.	Overleg met radioloog.	Geen overleg.	
Beeldvorming juist.	1		7	8
Keuze beeldvorming gewijzigd.		2		2
Suboptimale beeldvorming uitgevoerd.			3	3
Onterechte beeldvorming.	1		1	2
	2	2	11	**15**

Uit de gegevens blijkt dat:

- In 25% van de gevallen de huisarts niet volledig zeker was over de gevraagde beeldvoming.
- Bij deze gevallen van twijfel werd maar in 4 op 15 gevallen overlegd. Dit was evenveel met de radioloog als met de collega huisarts.
- Na overleg met de collega huisarts werd in de helft van de gevallen nog een verkeerde keuze van beeldvorming aangevraagd.
- Na overleg met de radioloog werd in beide gevallen de keuze van beeldvorming nog gewijzigd.
- Bij 11 van de 15 gevallen werd geen overleg uitgevoerd. Wanneer er geen overleg plaatsvond, werd in 7 van de 11 gevallen toch een correcte beeldvorming aangevraagd, bij 3 van de 11 werd een suboptimale beeldvorming uitgevoerd, en bij 1 geval werd een onterechte beeldvorming uitgevoerd.

Vervolgens kan men ook kijken naar de casussen waar de huisarts geen twijfel had over de keuze beeldvorming (75%). Hier werd ook nog in 4% van de gevallen vastgesteld dat er overbodige of suboptimale beeldvorming werd uitgevoerd.

Noot 1.
Bij akkoord van de radioloog werd af en toe nog een onderscheid gemaakt met volledig akkoord en redelijk akkoord. Bij deze laatste werd na navraag bij radioloog verduidelijkt dat deze aanvraag voor beeldvorming niet verkeerd was, maar ook niet 100% volgens

EBM (bijvoorbeeld goed voor de geruststelling van de patiënt, maar eigenlijk niet echt nodig).
Aangezien dit onderscheid niet altijd werd gemaakt kan dit gegeven moeilijk geobjectiveerd worden en wordt dit dus ook niet verder beschreven. Wel kunnen we ervan uitgaan dat indien er nog meer rekening werd gehouden met deze factor, dat het aantal casussen met suboptimale of overbodige beeldvorming nog hoger zou liggen.

Noot 2.
Wat verder nog opvalt bij het onderzoek is dat bij meer klinische gegevens op het aanvraagformulier, meer feedback van de radioloog werd gegeven. Zowel op vlak van beeldvorming als op vlak van voorgestelde acties. De radioloog beweert bij te weinig klinische gegevens niet voldoende te kunnen weten om gefundeerde feedback te kunnen geven. Het valt bijvoorbeeld op dat bij de casussen waarbij de radioloog akkoord gaat zonder meer, er maar beperkte klinische informatie werd meegegeven door de huisarts.

Noot 3.
Zoals hoger vermeld, gaat het hier om een samenwerking tussen huisartsenpraktijk en gekende/ vaste radioloog en is dit dus mogelijk niet 100% representatief voor een meer 'standaard' praktijk.

3.2. Resultaten van onderzoek 2

Op basis van het bovenstaand onderzoek en haar resultaten, op basis van de casussen aangebracht door meewerkende artsen en op basis van literatuuronderzoek werden zo probleempunten aangehaald en besproken. Deze probleempunten kunnen we vergelijken met de deelvragen uit deze scriptie.
Zoals ook gebeurd is bij de interviews zal ik ook iedere deelvraag aanhalen via vermelde casussen.

3.2.1. Wat kan beter met de aanvraag voor beeldvorming van de huisarts?

Bij een hoofdtrauma na val had een patiënte veel hoofdpijn, een open wonde ter hoogte van het achterhoofd, en een gezwollen neus. In samenspraak met een collega arts werd besloten om een Rx schedel uit te voeren samen met Rx neus. De radioloog kon achteraf vermelden dat een Rx schedel geen correct onderzoek is om eventuele craniale letsels op te sporen. Een CT schedel is veel beter op zijn plaats hier bij nodige indicaties. Indien op voorhand de radioloog was gecontacteerd, was een onnodige Rx samen met onnodige straling hoogstwaarschijnlijk voorkomen.

Dr. A. Huisarts, persoonlijke communicatie 05/02/2016

Een jongeman werd met aanhoudende knielast doorgestuurd voor een MRI-scan van de knie. Bij klinisch onderzoek was een inflammatie van de patellapees vastgesteld, wat ook het resultaat was van de MRI-scan. De patiënt in kwestie had graag met 100% zekerheid geweten wat er scheelde.
Dit is een klinische diagnose. Beeldvorming zoals MRI was zeker overbodig. Een echo zou dan nog stap 1 zijn als men toch iets overweegt van beeldvorming. Dikwijls wordt ondanks beter weten in toch ingegaan op de eisen van de patiënt, wat overbodige kosten voor de gezondheidszorg met zich meebrengt.

Dr. B. Radioloog, persoonlijke communicatie 22/01/2016

Uit bovenstaande casussen blijkt dat er toch nog steeds wat problemen zijn met de aanvragen van de huisarts. Zo komen onder meer klinische indicatiestelling, klinische informatie op het aanvraagformulier als communicatie tussen arts en radioloog aan bod. Voor een duidelijker overzicht wordt de deelvraag nog eens opgesplitst.

3.2.1.1. Kan de klinische indicatiestelling bij de huisarts beter? En op welke manier kan dit aangebracht worden?

A. Richtlijnen.
Een correcte doorverwijzing is essentieel voor een goed werkend systeem van de medische beeldvorming. Zoals bovenstaande cases echter aantonen worden hier toch nog af en toe fouten tegen gemaakt.

> "Ik ben me ervan bewust dat wij als huisarts niet altijd perfect op de hoogte zijn van welke beeldvorming volgens de EBM al dan niet best wordt aangevraagd ... In onze praktijk hebben we daarom een lijst proberen opstellen met indicatiestelling voor beeldvorming bij verschillende soorten pathologie."
> Dr. D, persoonlijke communicatie 16/11/2016

Nog artsen proberen persoonlijk of praktijkgebonden op een gelijkaardige manier hun kennis over indicatiestelling bij beeldvorming wat bij te schaven.

Er bestaan echter reeds gedetailleerde richtlijnen over welke onderzoeken best uit te voeren zijn bij welke pathologie.

http://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/kwaliteit-van-zorg/goede-praktijken/richtlijnen

Via deze website of via de mobiele applicatie kunnen in een paar seconden richtlijnen gevonden worden per hoofdstuk. Hieronder zijn de hoofdstukken te zien waarop men kan doorklikken, gevolgd door een willekeurig voorbeeld van de richtlijnen.

Hoofdstukken	A. Hoofd	B. Hals
C. Wervelkolom	D. Bewegingsstelsel	E. Cardiovasculair stelsel
F. Thorax	G. Gastro-intestinaal stelsel	H. Urogenitaal systeem en bijnieren
I. Verloskunde en gynaecologie	J. Mamma aandoeningen	K. Trauma
L. Kanker	M. Pediatrie	N. Interventionele radiologie

Klinisch probleem	Onderzoek	Aanbeveling [classificatie]	Opmerkingen	Dosis
Heuppijn *(bij kinderen, zie 19M)*	RX	Geïndiceerd in eerste instantie [C]	Volstaat meestal voor diagnose van coxartrose.	I
	Echografie	Niet geïndiceerd in eerste instantie [C]	Kan, zelfs in geval van normale conventionele röntgenfoto's, een intra-articulaire vochtophoping of een periarticulaire aandoening aantonen.	0
	MRI	Gespecialiseerd onderzoek [B]	Onderzoek van osseuse- en synoviale afwijkingen (algoneurodystrofie, vermoeidheidsfractuur, botnecrose).	0
	Scintigrafie	Gespecialiseerd onderzoek [B]	Kan nuttig zijn bij negatieve RX.	II/III
17 D	Arthro-CT	Gespecialiseerd onderzoek [C]	Aantonen van beginnende chondropathie en letsels van het labrum.	III
Heuppijn: ischemische necrose	RX	Geïndiceerd [B]	RX is abnormaal indien gevorderde ziekte.	I
18 D	MRI of Scintigrafie	Geïndiceerd [B]	MRI of botscintigrafie is nuttig indien de conventionele RX normaal is, vooral bij hoog-risicopatiënten. Scintigrafie en MRI laten toe om andere, nog latente, necrosehaarden op te sporen.	0 II/III
Kniepijn zonder blokkering of bewegingsbeperking (klinisch suggestief voor gonartrose, of para-articulaire pathologie...) **19 D**	RX	Als routine niet geïndiceerd [C]	Laat toe femorotibiale en femoro-patellaire artrose en hun eventuele complicaties te identificeren en te kwantificeren. Ze zijn nodig voor preoperatieve stadiëring. Bij vermoeden van aseptische botnecrose van de condylus medialis of vermoeidheidsfracturen kan dezelfde diagnostische strategie gevolgd worden *(zie 24K).* Para-articulaire aandoeningen (tendinopathie, bursitis….) kunnen gemakkelijk met echografie aangetoond worden.	I

Bij het navragen bij de huisartsen of zij op de hoogte zijn van het bestaan van deze richtlijnen, volgt er geen uniform antwoord. Sommigen zijn hier weliswaar van op de hoogte maar gebruiken ze zelden of nooit. Anderen weten niet van hun bestaan af.

> "Ik heb inderdaad al eens gehoord dat er algemene richtlijnen zouden bestaan, maar om eerlijk te zijn, zelfs al zou ik er actief aan denken tijdens de consultatie, zou ik op één of andere manier weten waar ze te vinden, dan nog zou ik mijn tijd daar niet beginnen insteken om dat allemaal op te zoeken"
> Dr. E. Huisarts, persoonlijke communicatie 28/12/2016

Anderen halen ook aan dat dit naar de patiënten toe niet zo goed overkomt. Daarnaast berusten velen ook op de jaren ervaring en op het 'toch op veilig spelen'-principe. Hierdoor wordt dus onnodige en/of niet correcte beeldvorming nog steeds aangevraagd.

B. Literatuur.
Zowel radiologen als huisartsen zijn het erover eens dat het bestaan van de richtlijnen niet genoeg is, maar dat deze meer aan de man gebracht moeten worden om zo de basiskennis te verbeteren.

Een initiatief genaamd 'Focus on Medical Imaging' werd hiervoor opgezet als poging om toch deze richtlijnen iets meer aan de man te brengen. Dit omvat een driemaandelijks tijdschrift dat wordt opgestuurd naar de huisarts en waar telkens een bepaald thema wordt aangekaart. Zo zijn bijvoorbeeld pediatrische beeldvorming en beeldvorming bij hoofdpijn al aan bod gekomen.

> " Focus on Medical Imaging was in het begin een leuk initiatief. Een overzichtelijk tijdschrift waar frequente pathologie aan bod kwam, toen las ik dit graag. De laatste tijd is het me wel iets te nauw en specialistisch. Het belandt jammer genoeg meestal op de stapel papier."
> Dr. A, huisarts. Persoonlijke communicatie 31/01/2017

De meeste artsen kenden dit initiatief, maar deelden vaak dezelfde mening. Over het algemeen werd het tijdschrift wel doorgebladerd, maar niet steeds grondig gelezen. Het initiatief botst dus op gemengde gevoelens. Onderwerpen zoals hierboven vermeld werden als interessant ervaren en hiervoor waren de huisartsen dankbaar.

> "Wat voor mij persoonlijk heel interessant zou zijn is een tijdschrift dat om een bepaalde periode de huidige richtlijnen nog eens verduidelijkt. Weinig geïnteresseerde artsen zullen dit volgens mij links laten liggen, en zo worden de richtlijnen toch herhaald"
> Dr. F. Huisarts, persoonlijke communicatie 13/02/2017

Deze mening werd nog aangehaald. Momenteel is het een tijdschrift dat zowel voor huisartsen als voor radiologen is, maar als gevolg hiervan wat zweeft tussen algemene en meer gedetailleerde richtlijnen. Een afzonderlijk tijdschrift voor elk zou meer geapprecieerd worden.

C. Feedback.

Wat in de literatuur ook nog aan bod komt is het gebruik van het radiologisch rapport als hulpmiddel voor het verbeteren van de indicatiestelling voor beeldvorming bij huisartsen {2}. Meer specifiek houdt dit in dat de radioloog in de conclusie van het verslag beperkt advies geeft over welke beeldvorming in de toekomst beter zou zijn om gelijkaardige casussen aan te pakken.
Dit werd bijgevolg ook aan de geïnterviewde artsen gevraagd.

> "Feedback in het verslag kan ik zeker appreciëren. Zolang dit natuurlijk op vriendelijke wijze wordt aangebracht. Het is nooit leuk om geconfronteerd te worden met een minder goede beslissing, maar aangezien dit persoonlijk is en komt van iemand die je mogelijk kent, heeft dit dikwijls een grotere impact waardoor de kennis langer bijblijft."
> Dr. G. Huisarts, persoonlijke communicatie 06/01/2017

Deze stelling werd door alle geïnterviewde huisartsen bevestigd. Al is voor iedereen de manier waarop de boodschap wordt overgebracht belangrijk.
Radiologen staan ook achter dit idee, maar soms wordt in de praktijk enige terughoudendheid ervaren. Sommigen vrezen dat dit bij sommige huisartsen zal

opgenomen worden als een vorm van kritiek. Dit dan vooral bij huisartsen die al lang in het vak staan. Eén radioloog rapporteert inderdaad dat na een feedback in het verslag geen patiënten meer werden doorgestuurd door de huisarts in kwestie.
Een persoonlijke band tussen radioloog en huisarts zou een oplossing zijn om deze drempel te verlagen.

D. Bijscholing.

> "Er zijn inderdaad vele zaken die wat kunnen bijdragen aan het probleem omtrent indicatiestelling bij de huisarts, maar wil men het probleem grondiger aanpakken, dan moet dit via persoonlijke bijscholing. That's it.
> Andere vormen van teaching zijn veel te casusgericht en zo worden de grote lijnen over het hoofd gezien. Via bijscholing kunnen richtlijnen herhaald worden en via deze vorm heeft dit veel meer impact dan dat men de richtlijnen eens ergens zou lezen.
> Op dit moment wordt zo'n 15% van het totale budget van de gezondheidszorg gespendeerd aan foutieve of onnodige beeldvorming.
> Als ze dus in de gezondheidszorg miljoenen willen besparen, huur dan 3 dedicated teachers in die enkel maar lesgeven aan artsen. De kost hiervan zal bijlange na niet opwegen tegen de kosten die bespaard zullen worden."
> Mening van een expert, Dr. H . Radioloog. Persoonlijke communicatie 14/02/2017

Huisartsen geven ook aan dat via deze weg het meest wordt bijgeleerd en meegedragen naar de toekomst toe. Wanneer gepolst wordt of iedereen deze bijscholingen zouden bijwonen op vrijwillige basis, is de meerderheid enthousiast, maar er wordt gevreesd dat in combinatie met het drukke werkleven veel huisartsen dit niet altijd zouden kunnen realiseren. Een idee werd geformuleerd om bijscholingen hieromtrent ook te verplichten en/of zeker in rekening te brengen met accreditatiepunten.

3.2.1.2. Klinische informatie voor de radioloog

Een patiënt werd voor aanhoudende last aan de pols doorgestuurd voor het uitvoeren van een MRI-scan. Op de aanvraag ontbrak echter adequate klinische informatie. Hierdoor werd een miniem peesletsel ter hoogte van de duim gemist. Indien de radioloog had geweten waar de klachten zich situeerden, had deze dus iets grondiger naar dit gebied kunnen kijken en zo het letsel niet gemist.
Hierdoor heeft de patiënt nog lang met deze last rondgelopen, en is er uiteindelijk nog een tweede MRI-scan uitgevoerd moeten worden.

Dr. C. Superviserend radioloog, persoonlijke communicatie 03/03/2016

Wat echter zowel uit de literatuur, uit het onderzoek als uit de interviews naar voren komt, is dat de kwaliteit van het verslag enorm wordt beïnvloed door de aan- of afwezigheid van klinische informatie op het aanvraagformulier.

A. Het aanvraagformulier.

> "Bij een rechtstreeks onderzoek zoals bijvoorbeeld een echografie zijn duidelijke klinische inlichtingen zeker welkom, maar minder noodzakelijk. We kunnen het nog steeds aan de patiënt vragen. Wanneer bijvoorbeeld een scanner plaatsvindt gebeurt dit niet altijd wegens tijdgebrek, en zijn we volledig afhankelijk van het aanvraagformulier. Deze stellen jammergenoeg soms niet veel voor. Dan kunnen we enkel maar beschrijven wat we zien"
> Dr. C. Superviserend radioloog, persoonlijke communicatie 13/10/2016

Ook andere radiologen bevestigen dat de aanvraagformulieren door de huisarts of andere artsen soms heel beknopt zijn of soms te lang en niet ter zake doend (automatische extractie uit het digitale dossier).
Hierdoor wordt het voor hen soms heel moeilijk om een verslag op te maken dat voldoet aan bovesntaand format. Ook worden hierdoor soms dingen gemist omdat niet duidelijk vermeld is waarnaar gezocht moet worden. Waardoor dan soms nog extra onnodige beeldvorming plaatsvindt, de pathologie suboptimaal wordt behandeld of dat de patiënt onnodig lang blijft rondlopen met de klachten.
Zie het voorbeeld van bovenstaande casus waarbij op een MRI-scan van de duim een miniem peesletsel over het hoofd werd gezien omdat niet vermeld stond waar de patiënt last had.

Wat duidelijk wordt in het onderzoek en tijdens de interviews is dat adequate klinische informatie verschaffen een tijdrovende handeling is. Zeker tijdens het eerste deel van het onderzoek, aangezien daar de informatie op een officieel document moest geschreven worden als op het onderzoeksformulier.

> "Ik geef toe dat ik af en toe me beperk tot de essentie bij het noteren van klinische informatie. Een ongeduldige patiënt of een volle wachtzaal hebben hier dikwijls een invloed op."
> Dr. J. Persoonlijke communicatie. 26/01/2017

Tijdens het interview werd gepolst naar oplossingen hiervoor.

> "Misschien is het geen slecht idee om regelmatig eens te herhalen aan de huisarts dat dit zowel de radioloog, de patiënt als zichzelf ten goede komt. Een mogelijkheid zou kunnen zijn via positieve bekrachtiging in het verslag."
> Dr. B. Radioloog. persoonlijke Communicatie 20/12/2016

B. Gedeelde medische dossiers.

In tegenstelling tot de ziekenhuizen, waar er één medisch dossier per patiënt is, dat toegankelijk is voor alle behandelende artsen, is dit niet zo bij de huisartsen. Deze werken nog steeds met een persoonlijk medisch dossier dat niet gedeeld wordt behalve tussen de huisartsen binnen één groepspraktijk. Er bestaan al systemen waarbij een huisarts het medisch dossier van een patiënt uit het ziekenhuis kan raadplegen, maar omgekeerd bestaat dit nog niet. Indien er wel een systeem als dit zou bestaan waarbij een radioloog zowel vanuit het ziekenhuis als vanuit de privésector het medisch dossier

van de patiënt in kwestie zou kunnen bekijken, zou dit het probleem van adequate klinische informatie verschaffen kunnen oplossen. Mits dit natuurlijk wordt genoteerd in het medisch dossier.
Dit idee wordt tijdens de interviews algemeen goed ontvangen, zeker door de radiologen. Huisartsen staan hier ook positief tegenover, maar sommigen vrezen wat voor de privacy van hun patiënten, en zouden eerder opteren voor een systeem waarbinnen de arts zelf kan beslissen wat er gedeeld wordt met de radioloog of een andere specialist.
Dit zou echter wel in de nabije toekomst mogelijk zijn aangezien een gedeeld medisch dossier is opgenomen in de beleidsnota (Dr. H. Radioloog, mening van een expert, persoonlijke communicatie 14/02/2017)

C. Attitude van de radioloog.

De radioloog moet patiënt zelf nog eens zien.

> "Een heel eenvoudige manier om voldoende klinische informatie te verkrijgen als radioloog is om zelf de patiënt nog eens te gaan zien. Dat duurt nog geen minuut." Dr. H. Radioloog. Persoonlijke communicatie 14/02/2017

Ondanks dit niet steeds gebeurt (cfr bovenstaande casus), zijn ook radiologen hiermee akkoord dat dit zeker zijn nut zou hebben. De reden waarom dit soms niet gebeurt, heeft eerder te maken met tijdsgebrek of praktische overwegingen.

3.2.1.3 Communicatie.

CASUS

Een patiënte met een borstletsel werd door de huisarts naar de radioloog gestuurd om dit te controleren. Zowel echo als mammografie konden een verdacht letsel niet uitsluiten. De radioloog wou dit onderzoek vervolledigen met het uitvoeren van een punctie, maar wou dit niet doen zonder goedkeuring van de huisarts. De radioloog kon echter de huisarts niet bereiken, dus werd de patiënt teruggestuurd naar de huisarts met de resultaten en de kennis dat het letsel verder onderzocht moest worden. Na het weekend stond de patiënte terug bij de radioloog en wist nog steeds niets meer. De vrouw maakte zich hier duidelijk zorgen over.
Indien er een vlottere vorm van communicatie zou geweest zijn, had dit ongemak en deze onwetendheid voor de patiënt vermeden kunnen worden.

Dr. I, radioloog, persoonlijke communicatie 26/02/2016

Zoals ook blijkt uit het onderzoek, wordt maar heel zelden contact opgenomen met de radioloog alvorens de patiënt door te sturen voor beeldvorming. Zelfs al zou in het verslag dan feedback gegeven worden over de aanvraag, is dit nog steeds maar retrospectief en is het gevraagde onderzoek meestal al gebeurd. Huisartsen vermelden ook dat overleg op voorhand meer zou bijdragen aan toekomstige beslissingen dan wanneer feedback achteraf als voetnoot zou worden gegeven. Meestal gaat de aandacht dan meer naar het resultaat van de beeldvorming.

De literatuur {1} toont ook aan dat directe communicatie tussen huisarts en radioloog een must is voor een goede samenwerking.
Waarom gebeurt dit dan niet meer? Volgens de huisartsen is dit enerzijds omdat er soms (onterecht) geen twijfel is bij de aangevraagde beeldvorming, anderzijds omdat de communicatie niet steeds zo evident is.

Het eerste punt brengt ons weer bij de kennis over de juiste indicatiestelling bij beeldvorming en de opgebouwde ervaring en/of gewoontes van de huisarts. Dit blijkt dus een constante te zijn bij de bespreking van de doorverwijzing. Het tweede punt ligt soms meer praktisch.

> "In een ideaal scenario zou men bij twijfel omtrent beeldvorming de telefoon moeten kunnen opnemen om de vraag aan de radioloog te stellen. In de praktijk is dit niet altijd mogelijk. In het verleden heb ik dit al meermaals geprobeerd, maar dikwijls moet je eerst even aan de lijn wachten voor je de receptie kan bereiken, en vervolgens is de arts soms bezig met een onderzoek, en is het niet mogelijk om hem te spreken. Zo verlies je vlug 5 minuten tijdens een consultatie waarvoor 15 minuten gepland zijn. Uit praktische overwegingen doe ik dit tegenwoordig nog maar heel zelden."
> Dr. D. Huisarts, persoonlijke communicatie 16/11/2016

Deze gedachtegang komt bij verschillende huisartsen terug. Bij de radiologen worden ook gelijkaardige argumenten aangehaald (cfr bovenstaande casus). Het is niet altijd gemakkelijk om iemand op korte termijn te kunnen spreken.
Beide partijen zijn zich hiervan bewust, maar staan zeker positief tegenover een systeem dat een rechtstreekse, vlotte communicatie mogelijk zou maken.

Wanneer dit probleem werd aangekaart werden voorstellen gedaan voor alternatieven.

Zo is er bijvoorbeeld het idee van een rechtstreekse lijn tussen huisarts en radioloog die enkel hiervoor gebruikt zou worden. Dit zou de drempel al een groot stuk verminderen om een casus te bespreken. Het nadeel is dan wel dat hier dus meestal ook een aparte telefonie-installatie voor moet worden voorzien. En wat als we dit idee doortrekken naar andere specialisaties? Staat het kabinet dan binnen de kortste keren vol met telefoontoestellen? Voor sommigen een goed idee, anderen vinden het maar niets.
Een ander voorstel is contact opnemen via de persoonlijke gsm. Op die manier zouden extra toestellen overbodig zijn. In een setting waar een solo-huisarts nauw samenwerkt met een privé-radioloog werd dit idee aanvaardbaar bevonden. Echter wanneer men in een groepspraktijk werkt en/of samenwerkt met een radiologische afdeling in het ziekenhuis werd dit idee niet goed bevonden. Wisselende schema's en artsen zouden deze formule ineffectief maken.
Verder is er dan nog de grens tussen werk-en privéleven. Voor huisartsen die reeds langere tijd als solo-arts functioneren is dit minder een probleem, maar de meeste andere artsen houden dit toch graag gescheiden.

Voorgaande voorstellen lossen het probleem niet op voor wanneer een arts juist een ingreep of onderzoek aan het uitvoeren is en hierdoor dus niet bereikbaar is op het moment waarop overleg wenselijk is.

"Het is inderdaad niet zo dat als je de radioloog niet op het moment zelf kan bereiken, het geen optie is om later nog eens contact op te nemen om de situatie opnieuw uit te leggen. Eerlijkheidshalve moet ik toegeven dat ik dit ook niet doe. Meestal is de patiënt reeds vertrokken met de aanvraag en ga je verder met de volgende patiënt. Op drukke momenten heb je dan al zodanig veel aan je hoofd dat dit vergeten wordt."
Dr. J. Huisarts, persoonlijke communicatie 26/01/2017

Wanneer gevraagd werd naar oplossingen hiervoor kwam er een idee naar voor dat bestond uit het creeëren van een soort digitaal communicatieprogramma.
Dit zou eerder te vergelijken zijn met bestaande programma's zoals whatsapp of facebook waarop het mogelijk is om een gesprek aan te gaan (chatten) in zowel bijvoorbeeld een beperkte groep waar men veel mee samenwerkt als een persoonlijk gesprek. Wanneer een vraag gesteld wordt, krijgt de persoon of personen in kwestie een melding op de gsm of op de computer. Indien dit een gepast moment is, kan er direct op geantwoord worden, indien niet, dan blijft deze melding zichtbaar en is er veel minder kans dat de vraag vergeten wordt. Zo bevestigen de artsen.
Op deze manier zou alsnog de patiënt waarschijnlijk al vertrokken zijn met een voorschrift voor beeldvorming, maar kunnen voor de beeldvorming plaatsvindt toch nog aanpassingen gedaan worden aan het soort beeldvorming of eventueel zelfs naar de patiënt communiceren dat de beeldvorming toch overbodig is.
Vooral jongere artsen vinden dit een goed idee. Artsen die minder vertrouwd zijn met digitale communicatie zien dit dan weer niet zitten.
Ook wordt een argument gegeven dat men via een telefoongesprek de casus veel accurater zou kunnen uitleggen in korte tijd dan via een bericht.
Daarnaast zijn er ook nog de praktische problemen zoals beroepsgeheim en veiligheid die eens zouden bekeken moeten worden.

3.2.2. Wat kan beter in het verslag van de radioloog.

Bij aanhoudende last aan de schouder stuurde een huisarts een patiënt door voor een echo van de schouder. Het onderzoek werd uitgevoerd, en verslag werd doorgestuurd. Hierin werden alle structuren duidelijk beschreven, met vermelding van een hypo-echogene zone ter hoogte van de supraspinatus pees, zonder conclusie. Hierdoor moest ik nog eens contact opnemen met de radioloog voor een duidelijke diagnose.
Dr. G, Huisarts, persoonlijke communicatie 06/01/2017

Verschillende studies (o.a. A.J. Gunn {6}) hebben reeds plaatsgevonden over hoe het ideale verslag er zou moeten uitzien. Een algemeen consensus uit het standpunt van de huisarts is dat het verslag alsvolgt zou moeten worden opgemaakt:

- Klinisch in detail zonder het beschrijven van normale zaken.
- Geen vermelding van de gebruikte techniek (tenzij essentieel voor de interpretatie van de resultaten).
- Een betekenis formuleren bij de bevindingen en hun relevantie in de casus.
- Een antwoord voorzien op de vragen geformuleerd op de aanvraag.
- Een diagnose vermelden.

- Beeldvorming vergelijken met klinische toestand.
- De kans op de aanwezigheid van de aandoening.
- Advies in verband met verdere beeldvorming of verdere algemene aanpak

Deze feiten werden bevestigd door al de geïnterviewde huisartsen. Iedereen zou tevreden zijn met een verslag waarin deze zaken aan bod komen.
De radiologen zijn hier ook mee akoord, al zijn er af en toe ook ervaringen geweest met huisartsen die bijvoorbeeld de radioloog opbellen met de vraag waarom de afmetingen van een (normale) lever niet in het verslag staan (Dr. I, radioloog).
Zo blijkt dat er toch nog steeds verschillende visies bestaan over de verslaggeving, maar casussen zoals deze laatste zouden eerder een uitzondering zijn.

> "In praktijk zou dit heel aangenaam zijn om verslagen in deze format te ontvangen, maar de realiteit toont jammergenoeg dat we nog lang niet zo ver staan."
> Dr. K, Huisarts, persoonlijke communicatie, 14/11/2016

Ook radiologen beseffen dit. Zowel in de literatuur (Bosmans 2012) als tijdens de interviews wordt gepleit voor structurele verslaggeving.

> "Het is inderdaad zo dat er nu nog heel veel verschil aanwezig is tussen de verslagen van medische beeldvorming. Het ene verslag is al beter dan het andere. Daarom pleiten wij al jaren voor het invoeren van verslaggeving volgens een bepaald format.
> Gestructureerd dicteren moet een internationale trend worden. De weg hier naartoe is evenwel niet eenvoudig en bezorgt mij grijs haar.
> Wij starten hiermee in jaar 7 van de opleiding geneeskunde nog voor het begin van de opleiding radiologie. De studenten krijgen les hierover en ontvangen een lijst met vaak voorkomende onjuiste termen in de verslaggeving, en hun correcte verwoording.
> In het begin gaat dit goed, maar het probleem vormt zich dikwijls pas later. Eens de assistent-radiologen tewerkgesteld zijn in de periferie, vallen zij onder de verantwoordelijkheid van hun stageopleider. Deze hebben meestal een bepaalde methode ontwikkeld over de jaren heen en verwachten hetzelfde van de assistenten. Na een bepaalde tijd worden deze gewoontes dus overgenomen. Stageopleiders proberen bijscholen heeft niet veel succes. Een oude boom kan je niet rechtduwen. Jammergenoeg kan je een jonge boom wel scheeftrekken. En zo blijven we bezig.
> Een voorstel is dat hier een financiële regeling aan gekoppeld wordt. Bijvoorbeeld enkel betaling vanuit de regering voorzien als de verslagen in een bepaald format zijn. Eens er geld mee gemoeid is, zal het probleem vlug opgelost zijn."
> Mening van een expert, Dr. H, radioloog, 14/02/2017

Als dit voorgesteld wordt aan radiologen in de periferie, is niet iedereen even enthousiast. Hoewel ze voorstander zijn van het gestructureerd verslag, is de financiële maatregel voor sommigen een stap te ver. Een beperking van de professionele vrijheid en extra controle zou het beroep mogelijks nog stressvoller kunnen maken.

3.2.3. Kan de informatieuitwisseling beter?

Aansluitend bij bovenstaand idee omtrent het gedeeld medisch dossier, kunnen we ook wat verder ingaan op het elektronisch patiëntendossier. (Literatuur Bosmans 2013)
Tot op heden is er nog geen gedeeld patiëntendossier in het Belgisch systeem. Op vlak van medische beeldvorming, bestaan er echter toch al mogelijkheden om de beelden elektronisch te delen. Een eerste stap was dat de huisarts zich via login-gegevens kon aanmelden op het netwerk van een ziekenhuis, om zo de beelden en verslagen van patiënten uit dat ziekenhuis te zien. Deze methode was soms wat omslachtig en beperkte zich natuurlijk enkel tot één ziekenhuis. Daarna kwamen privé-instellingen met een programma op de markt, waarop meer regiogebonden verschillende ziekenhuizen, radiologen en artsen zich op konden inloggen om zo beelden en verslagen op te vragen of te delen. Van dat systeem wordt nu regelmatig gebruik van gemaakt wordt bij communicatie tussen radioloog en (huis)arts. Dit systeem is echter volgens de artsen nog niet optimaal, en wordt daarom niet altijd geraadpleegd bij bijvoorbeeld aanvragen van beeldvorming.

> "In vergelijking met vroeger zijn we natuurlijk al ver gekomen als het gaat om delen van onderzoeken, maar om eerlijk te zijn gebruik ik de bestaande programma's maar heel uitzonderlijk. Ik vind het soms nogal omslachtig en tijdsconsumerend om mij aan te melden bij het programma."
> Dr. E. Huisarts, persoonlijke communicatie 28/12/2016

Deze mening komt terug bij verschillende huisartsen. Zo kan het dus soms gebeuren dat onderzoeken dubbel worden aangevraagd en uitgevoerd door verschillende artsen omdat deze geen zicht hadden op voorgaande onderzoeken.

> "Deze programma's worden gerund door privé -instellingen die hun product verkopen. Afhankelijk van koper en verkoper wordt dus een database samengesteld. Op deze manier zijn er dus steeds verschillende databases naast elkaar. Al zijn deze meestal wel regiogebonden, van een algemene database is dus geen sprake.
> Een nationale database kan hiervoor een oplossing zijn.
> Op deze manier kan de interface ook gebruiksvriendelijker worden gemaakt. In principe moet een systeem in 5 seconden alles kunnen geven. Als de overheid nu eens 50 miljoen euro zou investeren in top-ingenieurs die alle medische programma's zouden integreren zijn alle problemen opgelost."
> Mening van een expert, Dr. H. Radioloog. Persoonlijke communicatie 14/02/2017

3.2.4. Kan de communicatie naar de patiënt toe beter.

Communicatie naar de patiënt toe werd niet onderzocht in deze studie, maar tijdens de interviews en in de literatuur was dit ook een punt dat dikwijls aan bod kwam.
De situatie is dikwijls dat de patiënt toch nieuwsgierig is over het resultaat van de beeldvorming en dit dan navraagt bij de radioloog. Sommige radiologen delen soms ook uit zichzelf graag het resultaat mee.
Indien het bijvoorbeeld gaat over of de patiënt al dan niet een fractuur heeft, maakt dit niet zoveel uit. Maar wat bij vaststellen van een tumor? Waar trekt men de grens?

Uit onderzoek uit de Verenigde Staten (Mangano 2014) blijkt dat patiënten die een CT - of MRI scan ondergingen voor zowel een normaal als een afwijkend resultaat, zij de voorkeur gaven aan een telefonisch contact met de aanvragende arts. Een kleine minderheid had graag de informatie te horen gekregen van de radioloog zelf.
Tijdens de interviews met de artsen werd dit ook nagevraagd.

Vooral bij echografische beeldvorming vinden de radiologen dit soms moeilijk.

> "Patiënten kunnen soms heel vastberaden zijn om het resultaat van het onderzoek te weten te komen. Vooral bij echografische beeldvorming, waar je dus in rechtstreekse communicatie staat met de patiënt, is dit het dan niet altijd even eenvoudig om niets te zeggen over het onderzoek.
> Bij resultaten van MRI of CT ligt het wat anders, daar kan tegen de patiënt gezegd worden dat de beelden nog bekeken moeten worden, en het resultaat zal volgen."
> Dr. B. Radioloog, Persoonlijke communicatie 22/01/2016

Los van het feit dat het dus niet steeds makkelijk is om het meedelen van de resultaten over te laten aan de huisarts, vinden zij wel dat dit de beste manier is. Al gaat de ene persoon er al wat verder in dan de ander.

> "Een radioloog die feedback geeft aan patiënt? Daar moeten we ons met hand en tand tegen verzetten, dat is niet zijn taak."
> Dr. H. Radioloog, persoonlijke communicatie 14/02/2017

Wel hoopt de radioloog dat er wel ook waarde gehecht wordt aan de feedback in het verslag.

Huisartsen geven de voorkeur aan persoonlijk het resultaat te kunnen bespreken met de patiënt. Bij de meesten wordt het ook als wat vervelend ervaren als de radioloog reeds het resultaat heeft medegedeeld. Als het gaat over banale zaken zoals bijvoorbeeld een inflammatie of een fractuur wordt hier minder waarde aan gehecht.

> "De huisarts kent de patiënt beter, is waarschijnlijk al even met het probleem bezig, en weet wat beter hoe dit best besproken wordt met de patiënt in kwestie. Als we zelf het resultaat kunnen mededelen aan de patiënt is het ook makkelijker om de behandeling zelf in handen te nemen. Het is toch wel vervelend als de radioloog -hoewel goedbedoeld- een behandeling voorstelt aan de patiënt, maar als je als behandelende huisarts kiest voor een andere richting.
> Dit wil niet zeggen dat de mening van de radioloog niet geapprecieerd wordt, een voorstel in het verslag krijgt zeker mijn aandacht."
> Dr. L. Huisarts, Persoonlijke communicatie

Verder werd ook gevreesd dat als een radioloog bijvoorbeeld de mededeling doet van een meniscusscheur, de patiënt direct naar de tweede lijn stapt, zodanig dat de huisarts wordt buitengesloten.

Wel zijn beide partijen het erover eens dat bij acute zaken die direct behandeld moeten worden, hierop een uitzondering mag bestaan.

Om dit probleem aan te pakken werd een ander voorstel gedaan tijdens de interviews.

> "Zou het geen idee zijn om op het aanvraagformulier twee extra zaken te plaatsen, bijvoorbeeld extra hokjes om aan te kruisen of de informatie mag meegedeeld worden aan de patiënt of niet. En of bij afwijkend resultaat de patiënt direct doorgestuurd mag worden naar het ziekenhuis of tweede lijn.
> Zo zou de radioloog ook iets makkelijker de patiënt kunnen afwimpelen wanneer deze vraagt naar het resultaat, maar wanneer de huisarts heeft aangeduid om deze informatie niet mee te delen."
> Dr. I. Radioloog, persoonlijke communicatie 26/02/2016

3.3. Conclusie van de resultaten.

In deze scriptie werd dus een antwoord gezocht op de vraag of er methodes zijn die de huidige manier van samenwerken tussen huisarts en radioloog kunnen verbeteren.
Bij deel 1 van het onderzoek lag de focus meer op hoe de samenwerking tussen huisarts en radioloog verloopt. Hierbij werd vastgesteld dat er tot op heden weinig communicatie plaatsvindt tussen beiden, naast het standaard verslag.
Zelfs al was er bij de huisartsen in 25% van de gevallen toch wat twijfel omtrent de keuze van beeldvorming, had slechts 27% van hen eens overleg gepleegd, waarvan ook slechts de helft met de radioloog.
De radioloog heeft nog in 12% van de gevallen incorrecte beeldvorming genoteerd en heeft in 36% van de gevallen na de beeldvorming een voorstel gedaan voor verdere uitwerking/beeldvorming.

Bij het tweede deel van het onderzoek werden met behulp van de literatuur probleem-punten aangehaald. Deze werden besproken tijdens de interviews met zowel de radiologen als de huisartsen. Hierbij werd de hoofdvraag opgedeeld in verschillende bijvragen.

De eerste vraag binnen dit onderzoek was hoe het aanvraagformulier van de huisarts geoptimaliseerd kon worden. Een eerste stap hierin blijkt het verbeteren van de indicatiestelling omtrent medische beeldvorming bij huisartsen. De geïnterviewde artsen stelden onder andere voor om de richtlijnen te raadplegen tijdens de consultatie of om ze op te frissen via tijdschriften aan huis. Hun voorkeur lag echter vooral bij persoonlijke bijscholing. Dit werd door alle partijen aangehaald als de beste manier om bij te leren.
Daarnaast zou op het aanvraagformulier duidelijke klinische info verschaft moeten worden, zodat de radioloog de situatie goed kan beoordelen en weet waar hij naar op zoek moet gaan. Vandaag de dag zou dit nog steeds niet altijd even goed gebeuren in de praktijk. Een voorgestelde actie nu die meer en meer haar opmars maakt en hieraan tegemoet zou kunnen komen, is het gebruiken van gedeelde medische dossiers.
Verder zou de radioloog de patiënt nog steeds eens zelf moeten zien om ook zo de juiste inschatting te kunnen maken naar de correcte keuze van beeldvorming en interpretatie toe.
Als laatse punt zou de communicatie tussen beide partijen beter moeten zodat bij twijfel op eenvoudige wijze raad gevraagd kan worden aan de radioloog of omgekeerd. Op dit moment vermelden de artsen dat dit in de praktijk niet zo vaak gebeurt, veelal uit

praktische overwegingen. Voorgestelde acties gaan van een directe lijn tussen beide partijen tot een digitaal platform waarop gewerkt kan worden.

De tweede onderzoeksvraag was of er zaken verbeterd konden worden in het verslag van de radioloog. De huisartsen binnen dit onderzoek waren van mening dat een goed verslag volgende zaken zou moeten bevatten:

- Klinisch in detail zonder het beschrijven van normale zaken.
- Geen vermelding van de gebruikte techniek (tenzij essentieel voor de interpretatie van de resultaten).
- Een betekenis formuleren bij de bevindingen en hun relevantie in de casus.
- Een antwoord voorzien op de vragen geformuleerd op de aanvraag.
- Een diagnose vermelden.
- Beeldvorming vergelijken met klinische toestand.
- De kans op de aanwezigheid van de aandoening.
- Advies in verband met verdere beeldvorming of verdere algemene aanpak

Zowel de literaire studies als de meningen van een expert of andere radiologen steunen het idee van gestructureerd rapporteren. Al hoeft dit niet per se in bovenstaand format. Tot op heden merken huisartsen hier nog steeds veel verschil in. Tijdens de opleiding van de radiologen wordt hieraan gewerkt, maar dit probleem aanpakken zou niet zo eenvoudig blijken te zijn. Een voorstel tot oplossing is een financiële regeling koppelen aan het verslag.

De derde vraag die we met dit onderzoek wilden beantwoorden was hoe de informatie-uitwisseling tussen radiologen en huisartsen verbeterd zou kunnen worden. Op het vlak van patiëntengegevens werd bevonden dat er een universelere, meer gebruiksvriendelijke database zou moeten zijn waarin de artsen uitgevoerde beeldvorming kunnen opzoeken. Bij voorkeur op nationaal niveau.

Tot slot proberen we nog een antwoord te formuleren op onze laatste onderzoeksvraag, namelijk: Wat kan er beter in de communicatie naar de patiënt toe? Hierin kunnen we besluiten dat een huisarts toch steeds de resultaten van de uitgevoerde beeldvomring moet meedelen aan de patiënt, dit wordt niet bevonden als de taak van de radioloog.

4. Bespreking

4.1. Algemeen.

Zoals eerder vermeld, is dit onderzoek niet representatief voor de samenwerking tussen huisarts en radioloog op grote schaal. Een beperkte groep patiënten en een selecte groep artsen kwamen aan bod in deze studie om zo een beeld te kunnen schetsen van hoe het eraan toegaat in de praktijk in de regio Gent anno 2015-2016.
Verder zijn de resultaten in het eerste onderzoek niet representatief voor een gemiddelde huisartsenpraktijk, aangezien dit werd uitgevoerd bij een studentenpopulatie. Het opzet van dit onderzoek was echter om de communicatie tussen huisarts en radioloog na te gaan, dus de gedetailleerde resultaten van het eerste deel zijn eerder van ondergeschikt belang.

Wat, op basis van het eerste onderzoek, echter wel een belangrijk vertrekpunt vormde, was het feit dat er tot op heden maar weinig overleg plaatsvindt tussen de huisarts en de radioloog in de praktijk. Zelfs bij twijfel omtrent beeldvorming zal er niet vlug om advies gevraagd worden, maar zal de patiënt toch eerder direct doorverwezen worden naar de radioloog. Hierdoor zijn er zelfs binnen dit kleinschalige onderzoek gevallen vastgesteld van sub-optimale of overbodige beeldvorming.
Hoewel we dit, in het kader van het eerste onderzoek, vaststelden in één praktijk, kunnen we, na de afname van de interviews, ook concluderen dat dit ook in andere praktijken het geval is.
Als deze trend dus wordt doorgetrokken naar regionaal of nationaal niveau en over een langere tijdspanne, zou dit dus moeten resulteren in heel veel gevallen van foutieve beeldvorming. Dit ten koste van de patiënt en van het gezondheidssysteem. Dit laatste werd ook bevestigd in het interview met een expert die aangaf dat 15% van het totale budget van de gezondheidszorg hieraan opgaat. Dit is een probleem waar dus zeker aan gewerkt kan worden.

Zoals valt af te leiden uit bovenstaande resultaten, hebben we, op basis van het onderzoek en de literatuurstudie, het probleem opgedeeld in verschillende onderdelen met bijbehorende werkpunten.

4.2. Werkpunten van de huisarts.

4.2.1. Indicatiestelling van de huisarts

Het eerste werkpunt ligt voornamelijk bij de huisarts.
Zoals ook blijkt uit het onderzoek is de huisarts niet altijd zeker van welke beeldvorming nu best wordt aangevraagd voor een specifieke pathologie, en of deze überhaupt wel een meerwaarde biedt.
De basis voor de oplossing van dit probleem ligt in het bijschaven van de algemene kennis rond indicatiestelling bij beeldvorming. Tot op heden berusten veel huisartsen, zeker diegene met reeds jaren ervaring, op hun praktijkervaring en gewoontes.
Hoewel het hier natuurlijk niet om zware medische fouten gaat, blijkt toch dat deze beslissingen niet steeds comform zijn met de hedendaagse richtlijnen.
Tijdens het onderzoek werd hiernaar gevraagd, en zoals in de resultaten te lezen valt, zijn de meeste huisartsen hiermee akkoord.

De oplossingen die voorgesteld werden, lijken zeker haalbaar.
Er moet natuurlijk rekening met gehouden worden met het verschil in persoonlijkheid en werkwijze van de huisartsen. Zoals ook blijkt uit de interviews, stoot een voorstel van de ene arts op weerstand bij de andere. Net daarom is het noodzakelijk om verschillende werkwijzen te kunnen aanbieden waardoor de huisartsen een persoonlijke keuze kunnen maken van hoe zij te werk gaan.

Als eerste werd het opzoeken van de richtlijnen besproken. Zoals blijkt uit de interviews is niet iedere arts op de hoogte van het bestaan van richtlijnen omtrent medische beeldvorming, of weet men niet waar men deze kan vinden.
Het meer bewust maken van het bestaan van deze richtlijnen bij de huisartsen zou dus al een stap in de goede richting kunnen zijn. Zoals op te merken valt in de interviews, is niet iedereen een grote voorstander van deze manier van werken omdat het niet zo goed zou overkomen naar de patiënt toe, maar het zou meer deuren kunnen openen voor huisartsen die dit niet als een probleem ervaren.

Een tweede voorgestelde oplossing is het aanpassen van een reeds bestaand concept, namelijk 'Focus on Medical Imaging'. Zoals aangehaald tijdens het onderzoek, is dit tijdschrift vandaag de dag zowel naar artsen als radiologen gericht, waardoor geen van beide partijen hier echt iets aan heeft. Het uitbrengen van een tijdschrift waarin basis-richtlijnen worden voorgesteld, kon op positieve feedback rekenen en zou zeker bekeken worden door de geïnterviewde artsen.

Wat zowel door huisartsen, radiologen als door de expert rond deze materie het effectiefst lijkt voor het bijschaven van de indicatiestelling bij beeldvorming, is bijscholing. Voorgaande voorstellen zouden zeker ook helpen, maar er bestaat natuurlijk de kans dat deze initiatieven toch niet worden benut omwille van de hierboven vermelde redenen. Via persoonlijke bijscholing zou de aandacht meer gevestigd kunnen worden op de problematiek als vertrekpunt, en zoals de artsen bevestigen, zullen zij meer opsteken via deze manier van teaching.
Als dit echter in praktijk bekeken wordt, zal het echter niet volstaan om enkel deze lesmomenten te organiseren. Zoals uit het onderzoek blijkt, zullen sommige artsen op vrijwillige basis en uit interesse deze momenten bijwonen, waar anderen van mening zijn dat zij hiervoor geen tijd vinden. Het idee van de expert om via de overheid lesgevers in te huren en deze momenten verplicht te maken, zou hiervoor dus een oplossing kunnen zijn. Zo'n initiatief zou een relatief kleine kostprijs hebben, maar zou daarentegen veel geld binnen de gezondheidszorg kunnen besparen door via deze weg meer foutieve vormen van beeldvorming te voorkomen. De enige moeilijkheid van dit voorstel is dat dit van op regionaal of nationaal niveau moet georganiseerd worden, en volgens de expert is dit niet altijd evident. Vandaar wordt gevreesd dat dergelijke maatregel niet zo snel toegepast zal kunnen worden.

4.2.2. Klinische informatie delen

Een volgend topic dat in de interviews aan bod kwam, is de soms beperkte klinische informatie die de radioloog ontvangt van de huisarts. Zoals uit de interviews blijkt, is het niet steeds evident voor de radioloog om beelden te interpreteren zonder goed te weten waar ze naar op zoek moeten gaan. Hierdoor kan het gebeuren dat zaken over het hoofd worden gezien (cfr casus MRI pols).

Een eerste stap in de goede richting is dat de huisarts de aanvraag zou moeten voorzien van de nodige klinische informatie. Radiologen vermelden dat dit niet steeds het geval is. Sommige huisartsen geven toe dat dit door tijdsgebrek maar heel summier wordt ingevuld. Daarom werd er voorgesteld dat er, naast het klassieke aanvraagformulier, extra mogelijkheden zouden moeten bestaan om aan voldoende klinische informatie te komen.
Het eerste en meest vanzelfsprekende voorstel is dat de radioloog de patiënt zelf eens even moet zien. Dit gebeurt volgens de radiologen nog veel te weinig. Via een kort gesprek met de patient en eventueel een paar klinische testen, verkrijgt de radioloog direct meer klinische informatie. Of de radioloog dit al dan niet doet, ligt natuurlijk aan de attitude van de arts in kwestie. Vandaar dat werd voorgesteld om dit tijdens de opleiding toch ook meer te benadrukken.
Een andere optie is, zoals hierboven beschreven, een gedeeld medisch dossier. In ziekenhuizen is dit reeds lang van toepassing, maar dit is niet het geval bij perifere praktijken. De expert gaf aan dat een algemeen gedeeld dossier werd opgenomen in de beleidsnota Gezondheidszorg van Maggie De Block, dus is men op goede weg om dit in de toekomst te realizeren.
Of dit een eenvoudige opdracht zal zijn is natuurlijk weer een andere vraag. Zeker als we zien hoeveel problemen er tot op heden nog zijn met verschillende programma's te integreren. Het voorstel van de expert om een paar top-ingenieurs hiervoor aan het werk te zetten en op nationaal niveau één programma te maken dat alles integreert, lijkt niet zo een slecht idee. Natuurlijk werkt dit alleen op voorwaarde dat het medisch dossier ook goed wordt aangevuld door de arts.

4.2.3. Communicatie

Tenslotte willen we nog de aandacht vestigen op een betere vorm van communicatie tussen huisarts en radioloog, waardoor er makkelijker overleg kan plaatsvinden, met een betere indicatiestelling en keuze voor beeldvorming als gevolg.
Zoals blijkt uit het onderzoek, wordt dit door de geïnterviewde huisartsen (en radiologen) maar heel zelden gedaan, meestal uit praktische overwegingen.
Bij voorstellen om dit eenvoudiger te maken, merken we meer uiteenlopende ideeën en minder eensgezindheid op. Veel hangt blijkbaar af van de persoonlijkheid van de arts.
Het voorstel van een digitaal communicatieprogramma krijgt meer steun bij vooral de jongere artsen. Artsen die iets minder vertrouwd zijn met een digitale werkwijze, vinden dit idee dan weer maar niets.
Ook de opvatting over de scheiding van het werk -en het privéleven speelt een rol. Een solo-arts zal zich al iets soepeler opstellen naar bereikbaarheid, terwijl de jongere artsen die deel uitmaken van een groepspraktijk, deze scheiding iets beter willen bewaken.
Indien het praktisch haalbaar zou zijn, lijkt een rechtstreekse telefonische verbinding tussen de artsen nog op het meeste steun te kunnen rekenen.
Men is het er wel algemeen over eens dat de drempel om contact op te nemen met de radioloog of met de huisarts verlaagd wordt als de artsen elkaar persoonlijk kennen.

4.3. Werkpunten voor de radioloog.

Ook bij de verslaggeving zijn er zaken waar de radioloog aan kan werken. Dit kwam niet aan bod in het eerste deel van het onderzoek, maar de resultaten zijn vooral gebaseerd op de interviews en de literatuur.

Voor een goed verslag is de klinische informatie die de radioloog ontvangt alvast essentieel. Zo kan een radioloog veel gerichter zijn bevindingen beschrijven in correlatie met de pathologie van de patiënt en de vraag van de huisarts.
Hoe het verslag wordt opgesteld hangt dan weer af van de radioloog zelf. Zowel in de literatuur als bij de interviews met de artsen en de expert wordt het idee van gestructureerd rapporteren geformuleerd. Zoals eerder vermeld, omvat dit dus een aantal vaste zaken die men zou moeten terugvinden in het verslag, beschreven volgens een bepaalde methode. Idealiter zou iedere radioloog zijn verslagen op deze wijze opstellen. In de hedendaagse praktijk blijkt dit echter nog niet steeds aan de orde.
Zoals ook de expert vermeldt, is het niet zo vanzelfsprekend om dit probleem aan te pakken. Hoewel hieraan tijdens de opleiding aandacht wordt geschonken, wordt opgemerkt dat de meeste radiologen in opleiding vervallen in gewoontes aangeleerd door de stagemeester in de periferie. Aangezien op dit punt geen controle meer wordt uitgevoerd over de aangeleerde methode van rapporteren, ontstaat er een systeem dat zichzelf onderhoudt.
Aangezien er een groeiende aandacht is voor dit onderwerp, wordt door de betrokkenen een positeve trend ervaren omtrent de verslaggeving. Willen we echter volledig meegaan in deze universele trend van gestructureerd rapporteren, zullen er misschien financiële maatregelen moeten getroffen worden, zo vreest de expert. Dit is volgens sommige artsen een brug te ver, maar acties die op heden ondernomen zijn om de manier van rapporteren aan te passen bij radiologen die al lang in het vak staan, bleken onvoldoende effectief.
Naast deze vaste structuur zouden de huisartsen ook graag een positief geformuleerde feedback in het verslag zien, indien voor die casus een andere vorm van beeldvorming meer aangewezen zou zijn.

Mijns inziens zou de combinatie van bovenstaande zaken om zowel de aanvraag als het verslag te optimaliseren, een systeem op gang kunnen brengen waarin zowel de huisarts als de radioloog wordt aangemoedigd en beloond om dit zo goed mogelijk te doen. Een degelijke aanvraag zou in een beter verslag kunnen resulteren en/of een goed verslag zal meer uitnodigend zijn om bij de volgende aanvraag (opnieuw) te werken via een goed aanvraagformulier. Daarnaast denk ik dat de samenwerking tussen beide partijen op deze manier ook aangenamer zal verlopen.

4.4. Informatie uitwisseling.

Een derde besproken topic was de informatie-uitwisseling. Hieromtrent ligt de conclusie in dezelfde lijn als bij het delen van klinische inlichtingen. Momenteel zijn de databases nog in handen van verschillende zelfstandige ondernemingen. Als gevolg hiervan zullen de programma's naast elkaar werken en is het moeilijk om deze te integreren in de bestaande medische programma's. Een reden waarom deze programma’s in de praktijk nog niet altijd evenveel gebruikt worden. De geïnterviewde partijen steunen allen het idee van één programma op nationaal of minstens regionaal vlak. Zoals ook de expert vermeldt, zou iedereen voordeel hebben als van de regering uit een paar top-ingenieurs de opdracht zouden krijgen om de medische programma's te integreren, databases inclusief. En dit liefst op een gebruiksvriendelijke wijze. Op deze manier zouden veel problemen zoals onder andere ook het delen van klinische informatie, opgelost zijn.

Dit is natuurlijk een ideaalbeeld. Rekening houdend met de maatschapelijke situatie in België, vrezen zowel ikzelf als de geïnterviewde artsen dat een soortgelijk programma nog niet voor de nabije toekomst zal zijn.

4.5. Communicatie naar de patiënt toe.

Als laatste punt werd de communicatie naar de patiënt besproken. Hier zijn momenteel ook nog geen richtlijnen voor, waardoor dit afhankelijk is van de persoonlijke visie van de behandelende artsen. Dit kan soms aanleiding geven tot frustratie bij de artsen en onduidelijkheid voor de patiënt.
De bevindingen omtrent dit onderwerp zijn opnieuw vooral gebasseerd op de literatuur en op de interviews, aangezien deze topic niet werd behandeld in het eerste deel van het onderzoek.
Zoals we kunnen zien bij de resultaten van deze scriptie bestaat de algemene consensus dat het resultaat van de beeldvorming moet worden medegedeeld aan de patiënt door de huisarts. Met uitzondering van acute zaken die een vlugge doorverwijzing vereisen. Bijna alle artsen delen deze mening, maar zoals blijkt uit de interviews is dit vooral voor de radiologen in praktijk niet zo evident aangezien patiënten soms sterk kunnen aandringen om het resultaat te horen. Het voorstel om op het aanvraagformulier de keuzemogelijkheid toe te voegen waarop de huisarts kan kiezen of het resultaat mag medegedeeld worden aan de patiënt of niet, zou het voor de radioloog iets eenvoudiger kunnen maken.

Daarnaast werd ook vermeld tijdens het onderzoek dat er een risico bestaat wanneer de patiënt het resultaat te horen krijgt van de radioloog, hij of zij misschien direct contact zou opnemen met een specialist, waardoor de huisarts de controle over de patiënt en zijn behandeling verliest.
Een patiënt weet niet steeds wat een huisarts wel of niet kan, waardoor de beslissing om direct de specialist te consulteren soms overbodig is. Indien dit vaak zou voorkomen, zou dit kunnen leiden tot nog langere wachttijden in de tweede lijn en hogere kosten voor de maatschappij. Dus ook vanuit dit standpunt, lijkt het beter om de huisarts het resultaat te laten meedelen zodat hij of zij de opvolging van het probleem zelf mee kan sturen.

Nog een voordeel van de diagnose te laten vertellen door de huisarts, is dat er op deze wijze geen verwarring ontstaat bij de patiënt tussen verschillende behandelingen. Zoals artsen ook hebben aangegeven, komt de patiënt soms bij de huisarts met reeds een behandeling in gedachten, aangezien ze de mening van de radioloog hebben gevraagd. Indien de huisarts dan toch zou beslissen om een andere behandeling voor te stellen, door bijvoorbeeld betere achtergrondkennis van de patiënt, kan dit soms de huisarts in een vervelende situatie brengen, en/of onduidelijkheid veroorzaken bij de patiënt.

Als besluit kunnen we samenvatten dat er zeker nog ruimte is om de samenwerking tussen huisarts en radioloog te verbeteren.

5. Aanbevelingen

De werkpunten die uit dit onderzoek naar voor kwamen kunen we nog eens samenvatten in een paar aanbevelingen naar de toekomst toe.

Om de doorverwijzing van de huisarts te verbeteren.

-A. De algemene kennis rond indicatiestelling van medische beeldvorming bij huisartsen moet verbeteren. Dit kan via verschillende maatreglen.

1. Beter bekend of toegankelijk maken van bestaande richtlijnen. Dit kan via verschillende wegen. Tijdens in de opleiding; via mondelinge uitleg; via email; via post etc. De richtlijnen zijn op zich vrij toegankelijk en komen met bijhorende applicatie voor op de smartphone. Wanneer deze beter gekend zijn, zal dit hopelijk meer geraadpleegd en toegepast worden.

2. De radioloog mag feedback geven in het verslag, indien er geen optimale beeldvorming werd aangevraagd voor de pathologie. Indien dit op positieve wijze wordt verwoord, vinden huisartsen dit niet aanstootgevend en zal dit meegenomen worden in de toekomst.

3. Een periodiek tijdschrift gericht naar huisartsen waar per onderwerp de richtlijnen nog eens in worden herhaald zonder meer. Een aanpassing aan het bestaande tijdschrift 'Focus on Medical Imaging' bijvoorbeeld.

4. De meest effectieve manier om kennis bij te schaven is via personal teaching. Bijscholingen organiseren, bij voorkeur georganiseerd op nationaal niveau en eventueel deels verplicht maken, zou een grote meerwaarde kunnen hebben. Zowel voor het budget van de gezondheidszorg als voor de patiënt.

B. De radioloog degelijke klinische informatie bezorgen.

1. Meer onder de aandacht brengen dat de huisarts via iets meer moeite om de aanvraag goed in te vullen, er een grotere kans bestaat op een beter verslag van de beeldvorming met een duidelijkere uitleg of aanbevelingen omtrent de pathologie.

2. Zoals reeds opgenomen in de beleidsnota, zou een gedeeld medisch dossier moeten worden ingevoegd, ook buiten het ziekenhuismilieu, waardoor klinische gegevens nog eens kunnen geraadpleegd worden indien nodig.

3. De radioloog moet de patiënt zelf nog eens zien voor de beeldvorming plaatsvindt. Via een kort gesprek en eventueel een summier onderzoek weet deze ook direct waar hij of zij naar op zoek moet gaan.

C. Betere voorzieningen voor directe communicatie tussen beide partijen.

1. Een directe lijn tussen artsen waardoor eenvoudig en snel een vraag kan gesteld worden indien nodig.

2. Het gebruiken van een digitaal communicatieprogramma tussen een selecte groep artsen die nauw samenwerken om zowel op het moment zelf of achteraf een vraag te kunnen stellen of te beantwoorden.

3. De samenwerking verloopt vlotter wanneer zowel radioloog als huisarts elkaar persoonlijk kennen.

Optimaliseren van het verslag.

Nog meer aandacht voor gestructureerd rapporteren. Onderzoek heeft aangetoond welke elementen in een verslag een meerwaarde kunnen bieden. Iedere radioloog zou via een vaste structuur deze zaken moeten kunnen beantwoorden. Blijvende aandacht hiervoor tijdens de opleiding, blijven herhalen bij de praktiserende radiologen, en eventueel invoeren van een financiële maatregel indien dit niet gebeurt, zou ervoor kunnen zorgen dat ook in België en/of Vlaanderen deze internationale trend gevolgd kan worden.

Informatieuitwisseling tussen artsen en/of instellingen.

In het tijdperk waar alles gedigitaliseerd wordt, gebeurt dit nog steeds vrij veel door privé-instellingen, waardoor compatibiliteit soms bemoeilijkt wordt. Het ideaal scenario zou zijn dat vanuit de overheid een algemeen programma wordt ontwikkeld die alle medische programma's integreert. Heel veel problemen zouden hiermee kunnen opgelost worden, en op langere termijn zou dit financieel waarschijnlijk ook veel interessanter zijn.

Communicatie naar de patiënt toe.

De diagnose van de beeldvorming zou moeten worden medegedeeld aan de patiënt via de huisarts. Dit is niet de taak van de radioloog. Hierdoor blijft de huisarts meer in controle van de behandeling en kan hij of zij naargelang het type patiënt voor de meest optimale behandeling kiezen.

Een uitzondering is bij acute gevallen die dringende doorverwijzing vereisen.

Eventueel kan op het verslag standaard een keuzemogelijkheid worden aangeboden waar de huisarts kan kiezen of de radioloog de diagnose mag meedelen of niet. Dit maakt het ook wat makkelijker voor de radiologen om opdringerige patiënten te overtuigen.

6. Literatuurlijst.

1. J.M.L. Bosmans, D. Schrans, D. Avonts, J.M. De Maeseneer: Communication between general practitioners and radiologist. Opinions, Experience, Promises, Pitfalls. JBR-BTR, 2014, 97:325-330.

2. L.B.O. Jans, J.M.L. Bosmans, K.L. Verstraete, R. Achten: Optimizing communication between the radiologist and the general practitioner. JBR-BTR, 2013, 96:388-390.

3. M.D. Mangano, A. Rahman, G. Choy, D.V. Sahani, G.W. Boland, A.J. Gunn: Radiologists' rol in the communication of imaging examination results to patients: Perceptions and preferences of patients. AJR, 2014, 203:1034-1039.

4. F.M. Grieve, A.A. Plumb, S.H. Khan: Radiology reporting: A general practitioner's perspective. The British journal of Radiology, 2013, 83:17-22.

5. J.M.L. Bosmans, L. Peremans, M. Menni, A.M. De Schepper, P.O. Duyck, P.M. Parizel: Structured reporting: if, why, when, how-and at what expense? Results from a group meeting of radiology professionals from eight countries. Insights Imaging, 2012, 3:295-302

6. A.J. Gunn, D.V. Sahani, S.E. Bennet, G. Choy: Recent measures to improve radiology reporting: Perspectives from primary care physicians. J Am Coll Radiol, 2013, 10:122-127.

7. J.M.L. Bosmans, L. Peremans, A.M. De Schepper, P.O. Duyck, P.M. Parizel: How do referring clinicians want radiologist to report? Suggenstions from the COVER survey. Insights Imaging, 2011, 2:577-584

8. E.M. Winpenny, C. Miani, E. Pitchforth, S. King, M. Roland: Improving the effectiveness and efficiency of outpatients sevices: a scoping review of interventions at the primary-secondary care interface. Journal of health services research and pollicy. 2017, 22:53-64

7. Bijlagen.

Bijlage 1. Invulfiche huisarts

Voornaam/ Geslacht/ Geboortedatum	Klacht + Oorzaak	Differentiaal Diagnose	Welke beeldvorming?	Twijfel bij beeldvorming? Waarom?	Overleg voor beeldvorming? Met wie? Resultaat?

Bijlage 2. Invulfiche Radioloog

Bevindingen Beeldvorming	Beelvorming op zijn plaats in kader van differentiaal diagnose?	Juiste beeldvorming aangevraagd?	Voorgestelde acties ivm beeldvorming/ opvolging

Bijlage 3. IFC

Informatiebrief voor de deelnemers aan proeven

Titel van de studie:

Communicatie tussen Huisarts en Radioloog. Noodzaak of luxe?

Nummer van de studie:

Project 2016/0480

Doel van de studie:

Men heeft u gevraagd om deel te nemen aan een klinische studie.
In dit onderzoek is het te bedoeling om na te gaan of een betere communicatie tussen huisarts en radioloog kan leiden tot een betere outcome voor de patiënt en voor de artsen.
Het kan zeker voorkomen dat een huisarts niet altijd even zeker is over de beslissing om over te gaan tot beeldvorming of niet, of dat er twijfel bestaat over het type beeldvorming.
Daarom zou ik willen nagaan of een betere communicatie kan leiden tot een andere beslissing bij huisartsen (heden of toekomst) en of zij hiervan ook bijleren en hun denkpatroon i.v.m. beeldvorming aanpassen.
De betere outcome voor patiënten kan gaan van een beter passend onderzoek, tot geen onnodige beeldvorming moeten ondergaan, tot niet nodeloos tweemaal naar de radioloog moeten gaan voor een tweede onderzoek etc.

Beschrijving van de studie:

Concreet wordt bij uw aanvraag voor beeldvorming een extra invulformulier bijgevoegd waar zowel huisarts als radioloog notities op maken. Om deze daarna te vergelijken en te bespreken. Op deze manier hopen we een paar conclusies te kunnen trekken die zowel de arts als de patiënt ten goede komen.

De studie loopt ongeveer tot eind 2016. Voor u persoonlijk loopt de studie normaalgezien tot op het moment dat u bij de radioloog gaat, en bijgevoegd document bij de aanvraag afgeeft, of iets langer indien er voor het stellen van diagnose nog verdere beeldvormende onderzoeken zouden nodig zijn

Er zullen in totaal tussen de 100 en 300 personen aan deze studie deelnemen.

Wat wordt verwacht van de proefpersoon?

We vragen enkel dat het bijgevoegde blad wordt afgegeven aan de radioloog. Indien er echter bijkomende beeldvorming zou moeten gebeuren voor verdere oppuntstelling, zouden wij ook vragen dit via onze praktijk te doen, of indien niet mogelijk, dit ons toch telefonisch te laten weten.

Deelname en beëindiging:

De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis.
Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen onmiddellijk therapeutisch voordeel. Uw deelname in de studie kan wel helpen om in de toekomst patiënten beter te kunnen helpen.
U kan weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie en/of behandeling met de onderzoeker of de behandelende arts.
Uw deelname aan deze studie zal worden beëindigd als de arts meent dat dit in uw belang is. U kunt ook voortijdig uit de studie worden teruggetrokken als u de in deze informatiebrief beschreven procedures niet goed opvolgt of u de beschreven items niet respecteert.
Als u deelneemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen. Als u de studie voortijdig verlaat, zal u worden gevraagd om naar het studiecentrum te komen voor een laatste evaluatie.

Procedures:

Zoals hoger vermeld, wordt bij uw aanvraag voor beeldvorming een extra blad gevoegd, dat zal dienen als middel van communicatie tussen huisarts en radioloog. En hopelijk kunnen wij hier conclusies uit trekken

Risico’s en voordelen:

Er worden geen risico's verwacht bij deze studie. De standaard procedure voor beeldvorming wordt gevolgd, met enkel afgeven van extra blad aan de radioloog. Bijgevolg wordt er ook geen direct bijkomend voordeel verwacht voor u aangezien deze studie zich eerder focust op de lange termijn communicatie/ bijscholing voor huisartsen en radioloog

U hebt het recht op elk ogenblik vragen te stellen over de mogelijke en/of gekende risico’s van deze studie. Als er in het verloop van de studie gegevens aan het licht komen die een invloed zouden kunnen hebben op uw bereidheid om te blijven deelnemen aan deze studie, zult u daarvan op de hoogte worden gebracht. Mocht u door uw deelname toch enig nadeel ondervinden, zal u een gepaste behandeling krijgen.
Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan dit ziekenhuis en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Kosten:

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor U.

Vergoeding:

Extra vergoeding wordt niet voorzien aangezien de routine niet afwijkt van standaard, en u de normale behandeling zal krijgen die het best lijkt voor de huisarts.

Vertrouwelijkheid:

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal u persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.
Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden hebben rechtstreeks toegang tot Uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen stemt U in met deze toegang.
Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en gecodeerd (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier).
Verslagen waarin U wordt geïdentificeerd, zullen niet openlijk beschikbaar zijn. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven.
Wij zullen uw huisarts op de hoogte brengen van uw deelname aan deze studie – tenzij u hier bezwaar tegen heeft.

Letsels ten gevolge van deelname aan de studie:

De onderzoeker voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel tengevolge van deelname aan de klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar.

Contactpersoon:

Als er letsel optreedt tengevolge van de studie, of als U aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt U in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met:

De Weirdt Jeroen
Telefoonnummer praktijk: 09/2647020

Toestemmingsformulier

Ik, _____ heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers aan proeven" pagina 1 tot en met 4 gelezen en er een kopij van gekregen. Ik stem in met de inhoud van het document en stem ook in deel te nemen aan deze studie.

Ik heb een kopij gekregen van dit ondertekende en gedateerde formulier voor "Toestemmingsformulier". Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, en de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico's en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie, en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen, ook op medische vragen.

Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de toeziende arts. Ik zal hem/haar op de hoogte brengen als ik onverwachte of ongebruikelijke symptomen ervaar. Ik bevestig dat ik de toeziende arts zal inlichten over eventuele geneesmiddelen, van welke aard ook, die ik in de maand voorafgaand aan de studie heb gebruikt, momenteel gebruik of van plan ben te gebruiken, ongeacht of ze al dan niet werden voorgeschreven.

Men heeft mij ingelicht over het bestaan van een verzekeringspolis in geval er letsel zou ontstaan dat aan de studieprocedures of aan de toediening van het (de) geneesmiddel(en) is toe te schrijven.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Ik mag me op elk ogenblik uit de studie terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoeker.

Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid, ras en seksuele leven worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de toeziende arts die verantwoordelijk is voor de verwerking.

Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Commissie voor Medische Ethiek of bevoegde overheden, mijn gegevens mogelijk willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren. Door dit document te ondertekenen, geef ik toestemming voor deze controle. Bovendien ben ik op de

hoogte dat bepaalde gegevens doorgegeven worden aan de opdrachtgever. Ik geef hiervoor mijn toestemming, zelfs indien dit betekent dat mijn gegevens doorgegeven worden aan een land buiten de Europese Unie. Ten alle tijden zal mijn privacy gerespecteerd worden.

Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.

Naam van de vrijwilliger: _____

Datum: _____

Handtekening:

Ik bevestig dat ik de aard, het doel, en de te voorziene effecten van de studie heb uitgelegd aan de bovenvermelde vrijwilliger.

De vrijwilliger stemde toe om deel te nemen door zijn/haar persoonlijk gedateerde handtekening te plaatsen.

Naam van de persoon
die voorafgaande uitleg
heeft gegeven: _____

Datum: _____

Handtekening:

Bijlage 4. Protocol

Communicatie tussen arts en radioloog. Noodzaak of Luxe?

In dit onderzoek is het te bedoeling om na te gaan of een betere communicatie tussen huisarts en radioloog kan leiden tot een betere outcome voor de patiënt en voor de artsen
Het kan zeker voorkomen dat een huisarts niet altijd even zeker is over de beslissing om over te gaan tot beeldvorming of niet, of dat er twijfel bestaat over het type beeldvorming.
Daarom zou ik willen nagaan of een betere communicatie kan leiden tot een andere beslissing bij huisartsen (heden of toekomst) en of zij hiervan ook bijleren en hun denkpatroon ivm beeldvorming aanpassen. De radioloog wordt op deze manier ook opnieuw weer meer bij de kliniek betrokken, en zal misschien hierdoor ook op zijn beurt dingen bijleren/ anders bekijken.
De betere outcome voor patiënten kan gaan van een beter passend onderzoek, tot geen onnodige beeldvorming moeten ondergaan, tot niet nodeloos tweemaal naar de radioloog moeten gaan voor een tweede onderzoek etc.

Concreet:
Wanneer tijdens een consultatie beeldvorming overwogen wordt, zal door de behandelende arts (na mondeling uitleg en IFC) een blad worden ingevuld met een paar vragen (zie bijlage).
Voornaam en geboortedatum worden vermeld op het blad louter om deze casus tijdens het bespreken te kunnen terugvinden. Verder zijn alle gegevens anoniem.
Wanneer beslist wordt om over te gaan tot beeldvorming, zal dit blad samen met het aanvraagblad voor de beeldvorming meegegeven worden aan de patiënt om vervolgens aan de radioloog te worden afgegeven. Op de achterkant van dit blad staan dan weer een paar vragen voor de radioloog.
Indien beslist wordt om geen beeldvorming te doen, maar er toch twijfel was, wordt het blad aan mij (de onderzoeker) bezorgd. Dit zal ik dan ook achteraf bespreken met de radioloog of aan de hand van kliniek/oorzaak/ differentiaal diagnose het misschien toch beter was om beeldvorming uit te voeren.
Vanzelfsprekend kan ook nog steeds tijdens de consultatie telefonisch overleg plaatsvinden bij grote twijfel van de huisarts.
Deze resultaten worden dan regelmatig besproken tussen de radioloog en mezelf, en tussen de artsen onderling.
Aan de hand van deze casuistiek wordt dan gekeken of deze manier van aanpakken een verschil zou maken met beeldvorming zonder overleg, en of de patiënt hier beter zou uitkomen. Verder wordt ook bij zowel huisartsen als radioloog door middel van intervieuws gepolst naar hun ervaringen bij deze aanpak. En of zij hiervan hebben bijgeleerd.

Bijlage 5. Goedkeuring Ethische Commissie

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Radiologie
Dr. Jan BOSMANS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0480	02-mei-16	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Communicatie tussen huisarts en radioloog. Noodzaak of luxe. (MaNaMa Jeroen De Weirdt)

Belgisch Registratienummer: B670201628341

* Adviesaanvraagformulier dd. 1/03/2016 (volledig ontvangen dd. 24/03/2016)
* Protocol
* Diverse
  - Invulformulier voor huisarts
  - Invulformulier voor Radioloog
* Vragenlijsten
  - Interviewguide artsen
* Antwoord onderzoekers ontvangen via mail dr. Jeroen De Weirdt dd. 19/04/2016 op opmerkingen (2de telefonisch contact met prof.dr. R. Rubens) naar aanleiding van het onvolledige antwoord ontv. dd. 14/04/2016
* Informatie- en toestemmingsformulier (aangepaste versie ontvangen op 19/04/2016)

Advies werd gevraagd door:
Dr. J. BOSMANS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 25/04/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 25/04/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 25/04/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 25/04/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 17/05/2016

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 17/05/2016

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

J.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0480	02-mei-16	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2016/0480

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Dr. J. BOSMANS - UZ Gent - Radiologie

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be