ICHO VZW
INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

Universiteit Antwerpen

Informatiecontinuïteit in de huisartsenpraktijk: een registratie van ontbrekende medisch-specialistische verslagen

Masterproef

Verdedigd op 20 mei 2017

Manama opleiding tot Master in de huisartsgeneeskunde

Auteur: Joël Wouda, MD, huisarts in opleiding

Promotor: prof. dr. Roy Remmen, MD, PhD
Praktijkopleider: dr. Mie Branders, MD
Opleidingspraktijk: Geneeskunde voor het Volk, te Hoboken

Abstract

Doel. Medisch-specialistische verslagen ontbreken regelmatig in het elektronisch medisch dossier (EMD) van patiënten binnen de huisartspraktijk. Dit zorgt voor een breuk in informatiecontinuïteit en is nadelig voor het vloeiende verloop van het zorgproces met potentieel gevaarlijke consequenties voor de patiënt. Het doel is om te onderzoeken hoe groot dit probleem is en hoe we hier als praktijk het beste mee om kunnen gaan.

Methode. Registratie van het aantal consultaties waarbij de afwezigheid van een op dat moment relevant medisch-specialistisch verslag in het EMD van de patiënt werd opgemerkt door de aan het onderzoek deelnemende artsen binnen een multidisciplinaire huisartsenpraktijk in de periode van 13 mei tot en met 13 juni 2016.

Resultaten. Over de loop van 1369 raadplegingen kwam het 91 maal (6,7%) voor dat een bepaald verslag dat relevant was voor de aanmeldingsklacht in het EMD ontbrak. Als huisarts persoonlijk bellen om ontbrekende verslagen op te vragen lijkt het beste resultaat te geven.

Conclusie. Uit dit onderzoek blijkt dat bij ongeveer 1 op 15 consultaties een bepaald verslag relevant voor die consultatie ontbreekt in het EMD. Als een arts persoonlijk belt om ontbrekende verslagen op te vragen lijkt dit het beste resultaat te geven. Door de kleine aantallen in dit onderzoek is echter niet met zekerheid te zeggen wat de beste manier is om met dit probleem om te gaan. Delegeren van het opvragen van ontbrekende verslagen kan worden overwogen, maar is tijdrovend en duur. Beter zou zijn om in te zetten op preventiestrategieën eerder in het communicatietraject.

Index

I.	Inleiding en literatuur _____	p. 4
II.	Doelstellingen _____	p. 9
III.	Methode _____	p. 10
IV.	Resultaten _____	p. 12
V.	Discussie _____	p. 16
VI.	Conclusie _____	p. 19
VII.	Referenties _____	p. 20
VIII.	Bijlagen _____	p. 21

I. Inleiding en literatuur

In mijn zoektocht naar een geschikt onderwerp voor een thesis had ik in mijn eerste opleidingspraktijk al vlug mijn gedachten gezet op het onderwerp samenwerking – een van de binnen onze opleiding meer onderbelichte competetenties in het kader van het CanMEDS model. Ik stuitte tijdens mijn vooronderzoek in de literatuur op het proefschrift van Annette Berendsen. Dit vormde voor mij de voornaamste bron van inspiratie om verder met dit onderwerp aan de slag te gaan.

In de opleidingspraktijk waar ik mijn eerste opleidingsjaar heb doorlopen (Geneeskunde voor het Volk, te Hoboken) was op dat moment recent een project gelanceerd waarbij het opvragen van ontbrekende verslagen werd gedelegeerd aan onthaalmedewerkers. De collega-huisartsen in de praktijk zaten met het probleem dat er frequent verslagen van patiënten in het elektronisch medisch dossier (EMD) ontbraken, en samen met de soms moeilijke bereikbaarheid van bepaalde diensten en/of artsen leverde dit frustrerende situaties op.

In het kader van dit project, en in overleg met mijn praktijkopleider en promotor, viel de beslissing om onderzoek te doen naar de terugrapportage van specialist naar huisarts.

Continuïteit in de zorg

Men onderscheid in de continuïteit tussen zorgverlener en patiënt en tussen zorgverleners onderling drie verschillende aspecten: informatie-, management- en relationele continuïteit. Informatiecontinuïteit wordt gedefinieerd als het 'gebruik van informatie over eerdere gebeurtenissen en persoonlijke omstandigheden om het huidige zorgaanbod voor elk individu passend te maken'. Management continuïteit is de 'organisatie van een consistente en coherente benadering die zich aanpast aan de behoeften van de patiënt'. Relationele continuïteit is een 'continue therapeutische relatie tussen een patiënt en één of meer zorgverleners'.(1) De focus ligt in dit onderzoek op informatiecontinuïteit.

Drie casussen om het belang van informatiecontinuïteit te illustreren:

- Een jongeman van 20 jaar heeft recent een gastric sleeve ingreep o.w.v. morbide obesitas ondergaan. Hij komt elf dagen na de ingreep bij de huisarts op raadpleging om de draadjes te laten verwijderen. Bij navraag blijkt hij geen postoperatieve tromboseprofylaxe te hebben gehad omdat er geen thuisverpleging was georganiseerd vanuit het ziekenhuis. Je beschikt niet over een ontslagbrief.
- Een vrouw van 46 jaar heeft twee weken geleden een gastroscopie ondergaan i.v.m. persisterende maagklachten en komt ter bespreking van het resultaat. Er is geen verslag en je vraagt aan patiënte om zelf het ziekenhuis op te bellen om het verslag aan jou te laten bezorgen.
- Een werkloze vrouw van 34 jaar met een voorgeschiedenis van bipolaire stoornis komt voor een herhalingsvoorschrift voor antidepressiva en antipsychotica. Het gaat niet zo goed, ze is erg somber. Je denkt dat je misschien de medicatie moet aanpassen maar hebt als huisarts in opleiding weinig ervaring met de behandeling van bipolaire stoornis. Ze is ongeveer twee maanden geleden nog wel naar haar psychiater geweest maar je vind geen recente verslagen terug in haar dossier. Je belt naar het ziekenhuis en wacht maar liefst tien minuten aan de lijn alvorens je de assistent te spreken krijgt voor overleg.

Uit deze praktijkvoorbeelden blijkt het belang van informatiecontinuïteit vanuit de tweede naar de eerste lijn: patiënten komen voor bespreking van bevindingen of resultaten, maar deze kunnen op het moment van raadpleging niet verder geholpen worden door een tekorschietende informatievoorziening. Er kunnen ook potentieel gevaarlijke situaties ontstaan zoals in het eerste (gebrek aan nazorg) en derde voorbeeld (risico op medicatiefouten).

Anderzijds dient informaticontinuïteit ook vanuit eerste naar tweede lijn te verlopen in de vorm van inhoudelijk relevante en volledige verwijsbrieven. Uit onderzoek is gebleken dat de tevredenheid van specialisten over de inhoud van verwijsbrieven niet altijd even groot is.(2) Uit ander onderzoek is gebleken dat een interactieve samenwerkingsrelatie tussen huisarts en specialist kan leiden tot betere gezondheidsuitkomsten voor patiënten, bijv. een sterkere daling van het HbA_{1c} bij diabetici.(3)

Samenwerking en organisatie van de gezondheidszorg

Een doelmatige samenwerking tussen huisarts en specialist is van belang in het kader van de opvolging van chronische aandoeningen zoals diabetes mellitus, COPD en hartfalen, maar kan ook in acute situaties waarbij (kortdurend) nauwere opvolging vereist is zoals na een bevalling, psychiatrische opname, of traumatisch verkeersongeval van groot belang zijn. Er zijn door McPherson et al. een aantal voorwaarden voor effectief intercollegiaal overleg en samenwerking opgesteld (zie tabel 1).(4)

Duidelijke, onderling overeengekomen doelstellingen
Inzicht in de mogelijke bijdrage en rol van andere disciplines
Vaardig zijn in communicatie, samenwerking, overleg en conflicthantering
Een complementaire samenstelling van overlegpartners v.w.b. disciplines en rollen
Wederzijds vertrouwen en respect
De wil om kennis en expertise te delen
Openheid en zelfreflectie
Gezamenlijke bronnen en dossiers beschikbaar hebben

Tabel 1. Voorwaarden voor effectief intercollegiaal overleg tussen zorgverleners, cf. McPherson et al.

Dat samenwerking tussen eerste en tweede lijn echter geen vanzelfsprekendheid is blijkt uit recent Vlaams huisartsgeneeskundig onderzoek waarin de belemmerende en bevorderende factoren van kwaliteitsvolle chronische zorg d.m.v. een bevraging onder 1.300 huisartsen in kaart zijn gebracht. Onduidelijkheid over de onderlinge taakverdeling en een gebrek aan kennis en inzicht m.b.t. kennis en vaardigheden van collega's, tezamen met bezorgdheden rond manklopende en niet op de klinische praktijk toegespitste toepassingen in informatie- en communicatietechnologie (ICT), maakten deel uit van de in dit onderzoek naar voren gekomen voornaamste belemmerende factoren.(5) In een critical incident analyse van de (transmurale) samenwerking in het kader van het zorgtraject diabetes door Defreyne zijn gelijkaardige bevindingen naar voren gekomen.(6)

Om de samenwerkingsrelatie tussen huisarts en specialist te beschrijven worden er veel verschillende omschrijvingen gebruikt, o.a. transmurale zorg, seamless care (vrij vertaald: naadloze zorg), shared care (vrij vertaald: gedeelde zorg), zorgketens, en zorgnetwerken.(7) Er zijn hiernaast modellen beschreven die een poging doen om het zorgproces voor patiënten met chronische aandoeningen in een gestructureerd raamwerk te vatten, o.a. het Chronic Care Model waarin samenwerking tussen zorgverleners centraal staat in de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen.(8) Hierop voortbouwend zijn in Nederland verschillende multidisciplinaire richtlijnen en zgn. ketenzorgprogramma's opgesteld waarbij de actieve betrokkenheid van verschillende typen zorgverleners als essentieel voor het bereiken van bepaalde gezondheidsdoelen wordt beschouwd. In Vlaanderen zijn gelijkaardige initiatieven uitgerold in het kader van de zorgtrajecten en -paden. Ook het KCE heeft in 2012 in een position paper een op het Chronic Care Model geënte multidisciplinaire benadering van de organisatie van de zorg voor chronisch zieke patiënten voorgesteld.(9) De huisarts heeft in deze richtlijnen en voorstellen vaak een spilfunctie, en de specialist treedt hierbij eerder op in de functie van consultant.

Binnen de Nederlandse gezondheidszorg is er sprake van een duidelijke echelonering van de zorg in een 'eerste' en een 'tweede' lijn, cf. de Structuurnota Gezondheidszorg uit 1974 waarin de spil- en poortwachtersfunctie van de Nederlandse huisarts formeel werden uitgewerkt.(10) Een dergelijke organisatie van de zorg geeft weinig tot geen aanleiding tot concurrentievorming tussen de eerste en tweede lijn doordat de respectievelijke takenpakketten min of meer duidelijk afgelijnd zijn. In de

Belgische context is minder sprake van een dergelijke echelonering van de gezondheidszorg. Het principe van vrije artsenkeuze primeert binnen het wettelijk kader boven een trapsgewijze organisatiestructuur met de huisarts als 'poortwachter'. Dit laat patiënten toe om naar eigen inzicht medisch specialisten te consulteren, hetgeen kan leiden tot situaties waarbij patiënten met klachten die in principe door een huisarts behandeld kunnen worden bij een medisch specialist terecht komen. Een dergelijke organisatie laat meer marktwerking en onderlinge concurrentie toe hetgeen mogelijk een negatieve invloed heeft op het onderling vertrouwen tussen artsen en, hieruit voortvloeiend, de kwaliteit van samenwerking.(11)

Het deontologisch kader

In België is de deontologische 'Code van Geneeskundig Plichtenleer' van de tuchtrechtelijk bevoegde Orde der Artsen van kracht. Binnen titel 4 ('verhouding tussen artsen') handelt m.n. hoofdstuk 2 ('behandelende arts en consulent') rond het thema samenwerking, met hierin een aantal bepalingen en richtlijnen rond de plaats en inhoud van communicatie tussen zorgverleners m.b.t. medische informatie betreffende patiënten. De hieronder genoemde stellingen zijn gepubliceerd in 1975 en sindsdien niet meer herzien. De voor dit onderzoek meest relevante citaten uit dit hoofdstuk zijn:

- Art. 142, §2: "Teneinde de continuïteit van de verzorging te verzekeren, moet de consulent zo vlug mogelijk de door hem onderzochte of behandelde zieke naar zijn collega terugsturen en hem de uitslagen en gevolgtrekkingen van zijn onderzoekingen bezorgen."
- Art. 143: "Wanneer een zieke uit eigen beweging een gespecialiseerd practicus raadpleegt, vergt het belang van de patiënt dat de specialist navraag doet naar de naam van de huisarts aan wie hij de resultaten en besluiten van zijn onderzoek kan bezorgen."
- Art. 151, §3: "Op het einde van de ziekenhuisverpleging moet de behandelende arts ingelicht worden over het vertrek van zijn patiënt en een verslag ontvangen waarin onder meer de diagnose, de toegepaste therapie, de bereikte resultaten en de eventuele verdere zorgen staan opgetekend."

Hieruit blijkt dat de deontologische code voorziet in een aantal fundamenten waarop de communicatie tussen huisarts en specialist dienen te worden gebouwd.

Wetenschappelijke richtlijnen en literatuur over uitwisseling van informatie

Omdat enkel een organisatorisch of deontologisch kader geen garantie biedt voor efficiënte samenwerking is in 2000 vanuit het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) de richtlijn 'Informatieuitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen' opgesteld, voor het laatst herzien in 2008. Hierin wordt uiteengezet welke de verschillende redenen voor schriftelijke communicatie tussen huisarts en specialist zijn, binnen welke tijdspanne men bepaalde verslagen mag verwachten, en hoe men verwijs- en terugverwijsbrieven inhoudelijk kan vormgeven ter optimalisering van de informatieoverdracht.(12) Zie tabel 2 voor de in deze richtlijn volgens consensus bepaalde maximale verzendtermijnen van medisch-specialistische verslagen gericht aan de huisarts.

Soort verslag	Tijdspanne
Ontslagbrief na opname	24 u
Verslag na eerste raadpleging	24 u
Spoedverslagen	24 u
Operatieberichten	Dag van ingreep of max. 24 u na ontslag
Vervolgberichten bij medisch-specialistische opvolging	Jaarlijks of halfjaarlijks
Nagekomen uitslagen	Z.s.m. bij bekendwording en indien consequenties voor beleid

Tabel 2. Maximale verzendtermijnen voor verschillende soorten medisch-specialistische verslagen, opgesteld door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

De opvattingen onder huisartsen en specialisten over de kwaliteit van de onderlinge communicatie kunnen sterk verschillen, zoals bleek uit onderzoek van Berendsen et al. binnen de Nederlandse gezondheidszorg. In dit onderzoek kwam onder meer naar voren dat slechts 22,5% van de bevraagde huisartsen (N = 264) vindt dat de terugrapportage van de specialist op tijd bij hen aankomt. Hier staat tegenover dat 61,8% van de bevraagde specialisten (N = 232) vindt dat dit juist wel op tijd gebeurt.(13) Patiënten ervaren een laattijdig of niet ontvangen verslag ook als problematisch, mede gezien zij er vaak de voorkeur aan geven om na contact met een specialist bijkomende uitleg te ontvangen van de huisarts.(14) Een andere bevinding uit dit onderzoek is dat ca. 70% van zowel de bevraagde huisartsen als specialisten voorstander is van een gedeeld patiëntendossier.(13) Aansluitend hierop heeft Meuwissen in 2013 onderzoek verricht naar transmurale samenwerking in het kader van het zorgtraject diabetes, en hierbij als deelresultaat gevonden dat 86% van de 58 huisartsen en 60% van de 34 specialisten die deelnamen aan het onderzoek vonden dat de briefwisseling (zowel verwijs- als terugverwijsbrief) goed verliep.(15)

Schriftelijke communicatie in de opleidingspraktijk

Het grootste deel van alle schriftelijke communicatie komt via elektronische weg binnen, het gros via 'e-Health' en een klein deel via het reeds langer bestaande (commerciële) communicatieplatform 'Medimail'. Binnen de opleidingspraktijk maken we gebruik van het softwareprogramma Hector om deze berichten in te lezen en te integreren in het EMD van de patiënten. Hiernaast ontvangen we ook nog met enige regelmaat verslagen per post, en zo nu en dan brengt een patiënt zelf een verslag mee naar de raadpleging. Ten tijde van dit onderzoek maakte men in de opleidingspraktijk naast Sara-I geen gebruik van andere hubs.

e-Health

De Engelstalige term 'e-Health' (synoniem: 'e-gezondheid') is een parapluterm voor alle door de Belgische federale overheid gecoördineerde vormen van elektronische communicatie binnen de context van de gezondheidszorg. De overheid is bezig met het uitrollen van verschillende projecten (o.a. MyCareNet, Vitalink, Vaccinnet) die in principe een vlottere overdracht van medische informatie beogen, volgens het e-Health actieplan 2015-2018 dat op initiatief van de Belgische federale minister van Volksgezondheid en haar regionale collega's in 2015 werd gelanceerd.(16) Al deze verschillende vormen van informatieuitwisseling verlopen via een versleuteld communicatieplatform. Hierdoor kan men versnippering van informatie, bijv. door gebruik van incompatibele formats of communicatie via verschillende kanalen, vermijden.

Hiernaast is momenteel een landelijk (meta-)hub netwerksysteem actief. Hierbij kan een huisarts (of andere zorgverlener), mits met de geïnformeerde toestemming van de patiënt en bevestiging van de therapeutische relatie, alle relevante verslagen m.b.t. de patiënt inzien die opgesteld zijn door specialisten die werkzaam zijn in de ziekenhuizen die zijn aangesloten op een regionale hub. Voor de regio's Antwerpen en Gent is de naam van de respectievelijke hub het Collaboratief Zorgplatform

(CoZo), dat op zijn beurt weer in verbinding staat met de hubs van de andere regio's in Vlaanderen, Brussel en Wallonië en zo een landelijk dekkend netwerk vormt.

Het Sara-i webplatform van Ziekenhuisnetwerk Antwerpen (ZNA) staat hier enigszins los van. Hierbij is het mogelijk om alle interne verslagen binnen de omgeving van de bij ZNA aangesloten ziekenhuizen te raadplegen, zonder de geïnformeerde toestemming van patiënten maar wel middels bevestiging van de therapeutische relatie. Ook bestaat de mogelijkheid om verslagen vanuit het webplatform te integreren in het lokale EMD, maar dit is een omslachtig proces en geeft veel compatibiliteitsproblemen. GZA en UZA hebben vooralsnog geen verlijkbaar project, maar zijn wel net als ZNA aangesloten op CoZo.

Het (meta-)hubsysteem heeft in haar opzet de potentie om het principe van schriftelijke communicatie tussen zorgverleners te veranderen. Het is bij uitbreiding hiervan niet langer nodig om verslagen gericht te versturen: de huisarts is in principe in staat om alle benodigde verslagen via een beveiligde internetverbinding in te zien. Voorwaarden voor een efficiënt gebruik van dit systeem door huisartsen zijn een internetverbinding, (tijdige) beschikbaarheid van verslagen, en eventueel de mogelijkheid tot vlotte integratie van deze verslagen in het lokale EMD.

II. Doelstellingen

Samengevat is een effectieve intercollegiale samenwerking door schriftelijke communicatie tussen huisarts en specialist van groot belang – maar niet vanzelfsprekend. Om het probleem van ontbrekende medisch-specialistische verslagen in de opleidingspraktijk beter in kaart te brengen werden de volgende onderzoeksvragen in het kader van een praktijkverbeterproject opgesteld:

Hoe groot is het probleem van ontbrekende verslagen in de opleidingspraktijk?
Hoeveel verslagen ontvangen wij en in welk format (papier, elektronisch, et cetera)?
Wat is binnen onze praktijk de meest efficiënte manier om met ontbrekende verslagen om te gaan?

III. Methode

Er werd een reeks opeenvolgende stappen geformuleerd om de benodigde gegevens te verzamelen.

Hoeveelheid inkomende verslagen. In de periode 23 mei t.e.m. 10 juni 2016 (15 werkdagen) hebben de onthaalmedewerkers van de groepspraktijk in een Microsoft Excel spreadsheet bijgehouden hoeveel voor dit onderzoek relevante brievenpost er dagelijks binnenkwam. Dit betrof verslagen van raadpleging, opname, operatief ingrijpen, spoedbezoek, en onderzoeksresultaten (maar niet: resultaten van laboratoriumonderzoek).

Binnen de in de opleidingspraktijk gebruikte softwareomgeving is het niet mogelijk om de hoeveelheid ontvangen verslagen binnen een bepaalde periode te meten. Een schatting is wel te maken t.g.v. de tijdelijke registratie van het aantal verwerkte verslagen door de verpleegkundigen in onze groepspraktijk gedurende de maanden januari t.e.m. maart 2016 in het kader van een ander project in de opleidingspraktijk.

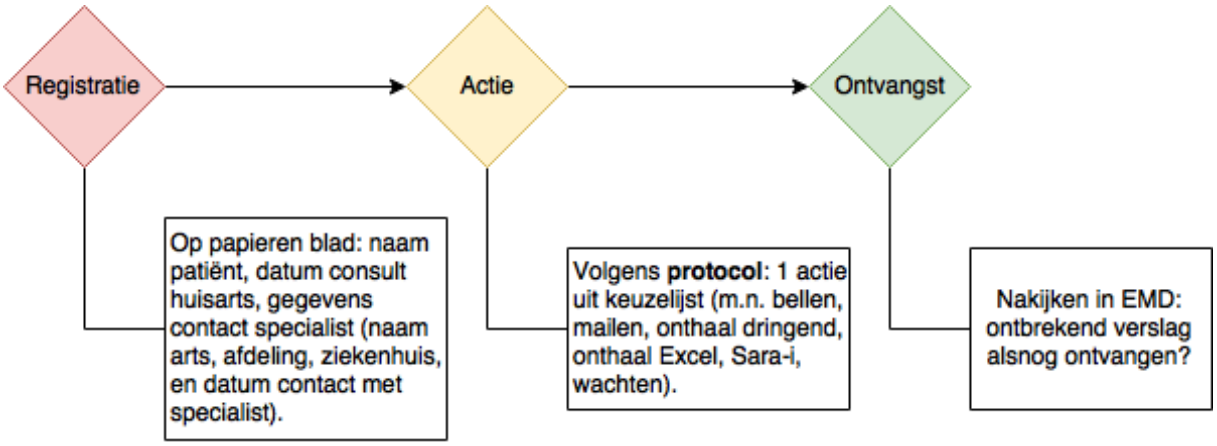
Verstuurde elektronische verslagen. Omdat het voor ons onduidelijk was hoeveel verslagen er in totaal naar de opleidingspraktijk werden verzonden heb ik deze gegevens opgevraagd bij de drie grote ziekenhuisnetwerken in de Antwerpse regio, m.n. Ziekenhuisnetwerk Antwerpen (ZNA), GasthuisZusters Antwerpen (GZA), en het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA).

Registratie ontbrekende verslagen. In de periode 13 mei t.e.m. 13 juni 2016 hebben 9 verschillende huisartsen (in totaal 6 FTE) binnen de opleidingspraktijk de consultaties waarbij een bepaald specialistisch verslag ontbrak geregistreerd. Men noteerde de gegevens en vervolgens welke 'actie' (volgens een protocol) ze hierop ondernamen. Op een later moment ging ik na of de verschillende ontbrekende verslagen alsnog ontvangen waren, en zo ja, op welk tijdstip. Zodoende kon ik afleiden of een bepaalde manier van omgaan (m.a.w. een bepaalde actie) met een ontbrekend verslag meer effectief is dan een ander; zie ook figuur 1.

Voor de registratie werd een papieren registratieformulier gebruikt, waar men de volgende gegevens op moest registreren: naam van de arts die de registratie uitvoert, de datum van het consult waarbij men een ontbrekend verslag ontdekte, de naam van de patiënt waar het ontbrekende verslag betrekking op heeft, het soort verslag dat ontbrak (men kon kiezen uit: 'spoed', 'raadpleging', 'onderzoek', 'opnameverslag', en 'operatieverslag'), de naam van de arts die het verslag verzonden zou moeten hebben alsook ziekenhuis en afdeling en de datum waarop het contact met de specialist plaats had gevonden, de op dat moment ondernomen actie (men kon volgens een protocol kiezen uit: 'bellen', 'mail', 'onthaal' – met toevoeging 'dringend' of 'Excel', 'sara-i', en 'wachten'), en indien van toepassing de datum waarop het ontbrekende verslag alsnog ontvangen zou zijn. Zie ook het registratieblad in bijlage.

M.b.t. het protocol voor de mogelijk te ondernemen acties bij een ontbrekend verslag: indien men ervoor koos om de opvraging van niet-dringende verslagen te delegeren naar het praktijkonthaal moest men kiezen voor 'Onthaal (Excel)', waarbij men de nodige gegevens in een aparte binnen de praktijk door iedereen gedeelde Excel spreadsheet kon noteren zodat de onthaalmedewerkers de opvraging op een moment konden uitvoeren dat voor hen uitkwam. Indien het een dringende opvraging betrof moest men de optie 'Onthaal (dringend)' kiezen, waarbij het verslag dezelfde dag nog telefonisch werd opgevraagd door een van de onthaalmedewerkers.

Indien men ervoor koos om het betreffende verslag op Sara-i op te zoeken kan men dit in het kader van dit onderzoek gelijkstellen aan de keuze om te wachten – er wordt geen actie ondernomen om het ontbrekende verslag in het EMD op te nemen, maar men vindt (mogelijk) wel de benodigde informatie terug.



Figuur 1. Schematisch overzicht van het registratieproces.

Aantal consultaties. Om zicht te krijgen op de frequentie van het ontbreken van verslagen tijdens consultaties heb ik het aantal uitgevoerde consultaties door de deelnemende huisartsen geregistreerd. Hiervoor heb ik gekeken naar de respectievelijke online agenda's van de betrokken artsen. Hierin kan men zien of een patiënt wel of niet op afspraak is geweest, mits de arts dit persoonlijk heeft aangegeven. Ik heb het aantal consultaties per arts en per dag waarbij stond aangegeven dat de patiënt op afspraak was geweest opgeteld om tot het totale aantal consultaties in de registratieperiode te komen. Huisbezoeken werden hierbij niet meegeteld.

Controle van onvangst van de opgevraagde verslagen. Op de data 6 en 13 september en 11 oktober 2016 heb ik in het EMD van de opleidingspraktijk (Medidoc, Corilus NV, Aalter) alle relevante dossiers geraadpleegd om te zien of de op het moment van registratie ontbrekende verslagen reeds ontvangen en in het EMD geïntegreerd waren, en op welke datum dit was gebeurd. Daarnaast heb ik op deze zelfde data ook de Excel spreadsheet waarin alle naar het onthaal gedelegeerde opvragingen stonden genoteerd ingekeken om datum van opvraging en ontvangst te raadplegen.

Verwerking van de gegevens. De verwerking van de data gebeurde m.b.v. Microsoft Excel. De aanvraag voor goedkeuring door het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen werd ingediend op 2 maart 2016 en goedkeuring van het onderzoek volgde op 11 april 2016 (referentienummer 16/12/147).

IV. Resultaten

Hoeveelheid inkomende verslagen

Brievenpost. In totaal ontvingen we 28 brieven per post binnen een periode van 15 dagen, wat neerkomt op gemiddeld 1,9 verslagen (c.q. 0,3 per FTE huisarts) via brievenpost per dag. De gemiddelde wachttijd tussen tijdstip van contact met specialist en tijdstip van ontvangst van het resp. verslag bedroeg 14 dagen. In totaal ging het om 11 verslagen van raadpleging, 3 onderzoeksverslagen, 1 opnameverslag en 13 verslagen in de categorie 'overige'.

Elektronische verslagen. In de maand januari zijn er door onze verpleegkundigen 358 elektronische verslagen verwerkt, in de maand februari betrof het 297 verslagen, en in de maand maart ging het over 278 verslagen. Dit komt neer op een gemiddelde van 311 elektronische verslagen per maand (n.b. gemiddeld 21,6 werkdagen per maand), en 14,4 per dag (d.w.z. 2,4 per FTE huisarts). Er zijn binnen deze registratie t.g.v. methodologische tekortkomingen geen cijfers beschikbaar over gemiddelde wachttijd tussen het tijdstip van contact met specialist en tijdstip van ontvangst van het resp. verslag. Zie ook tabel 3.

	Periode (dagen)	Volume	Gemiddeld/maand	Gemiddeld/werkdag
Brievenpost	15	28	57	1,9
Elektr. verslagen	92	933	311	14,4

Tabel 3. Ontvangen verslagen, zowel elektronisch als per brievenpost. Men vindt hier de registratieperiode in dagen, het totale volume ontvangen verslagen binnen de registratieperiode, en het op basis hiervan geschatte volume per maand en per werkdag.

Hoeveelheid verstuurde verslagen door de deelnemende ziekenhuizen

Specialisten werkzaam bij GZA (o.m. Sint Augustinus) verstuurden volgens de ontvangen rapportering binnen de registratieperiode 109 verslagen naar onze groepspraktijk. Specialisten werkzaam bij ZNA (o.m. Hoge Beuken en Middelheim) verstuurden volgens de ontvangen rapportering 88 elektronische verslagen en 21 verslagen per brievenpost, waarvan het grootste deel een kopie van een elektronisch verslag betrof. Van het UZA heb ik de gegevens niet op tijd ontvangen. Zie tabel 4.

Tabel 4	El. verslagen	% van maandelijks volume	Brievenpost	% van volume
GZA	109	35	-	-
ZNA	88	28	21	37

Tabel 4. Aantal verstuurde verslagen door de twee grootste ziekenhuisgroepen waar binnen de praktijk mee wordt samengewerkt. Het aantal elektronische verslagen en brievenpost vindt men terug, alsook het percentage van maandelijks volume (zie ook tabel 3).

Registratie ontbrekende verslagen

Registratie. In de registratieperiode zijn door de 9 aan het onderzoek deelnemende huisartsen gezamenlijk 1369 consultaties uitgevoerd. Tijdens 91 van deze consultaties (6,7%) werd een ontbrekend verslag geregistreerd. Hiervan vielen 7 registraties weg: in 4 gevallen ging het om een dubbele registratie van hetzelfde ontbrekende verslag; in 1 geval bleek de patiënt achteraf geen contact te hebben gehad met een specialist; 1 registratie viel buiten de registratieperiode; de genoteerde gegevens van 1 registratie waren onvoldoende volledig ingevuld om mee te kunnen worden genomen in de verdere gegevensanalyse. Het totale aantal ontbrekende verslagen dat in aanmerking kwam voor verdere verwerking kwam zo op 84.

De details van de verschillende soorten verslagen, van welke afdeling en uit welk ziekenhuis ze afkomstig waren vindt men in tabel 3. In de categorie overige: van de afdelingen fysische geneeskunde, gastro-enterologie, neurochirurgie, oogheelkunde, reumatologie, en de

revalidatiekliniek ontbrak telkens 2 verslagen; van de afdelingen endocrinologie, geriatrie, algemene heelkunde, algemeen interne, kinderpsychiatrie, oncologie, en de pijnkliniek ontbrak telkens 1 verslag.

Soort verslag	#	%	Afdeling	#	%	Ziekenhuis	#	%
Raadpleging	52	62	*Spoedeisende hulp*	10	12	*ZNA*	38	45
Spoedverslag	10	12	*Cardiologie*	8	10	*GZA*	20	24
Ontslagbrief	10	12	*NKO*	7	8	*UZA*	16	19
Onderzoeksresultaten	10	12	*Neurologie*	7	8	*Privé*	5	6
Operatieverslag	2	2	*Orthopedie*	7	8	*?*	2	2
			Gynaecologie	6	7	*AZ Monica*	1	1
			Pneumologie	6	7	*KLINA*	1	1
			Radiologie	5	6	*Sint Amedeus*	1	1
			Psychiatrie	4	5			
			?	3	4			
			Dermatologie	3	4			
			Overige	19	23			

Tabel 5. Aantal ontbrekende verslagen per afdeling en ziekenhuis, in absolute aantallen en als percentage op het totaal (N = 84).

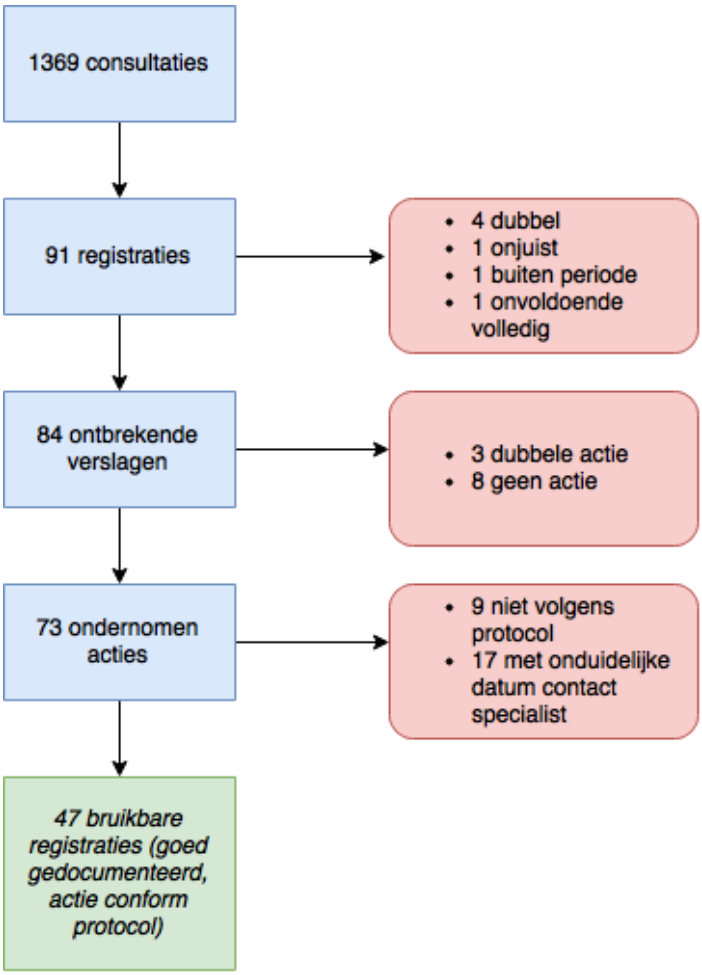
Acties. Bij 76 van de 84 registraties van ontbrekende verslagen stond een actie vermeld, waarbij in 3 gevallen een dubbele actie werd ondernomen (bijv. tegelijkertijd zelf mailen en tevens telefonisch laten opvragen door een onthaalmedewerker). Er was dus sprake van 73 'unieke' acties.

Hiervan waren 9 acties niet volgens protocol gebeurd: in 5 gevallen werd de opvraging gedelegeerd naar het onthaal, maar zonder te vermelden of dit dringend of via de Excel spreadsheet was gebeurd; in 3 gevallen heeft de arts gevraagd aan de patiënt om zelf het verslag op te vragen; in 1 geval had de patiënt het in het EMD ontbrekende verslag zelf bij zich, en was verdere actie niet nodig. In totaal 64 acties waren dus volgens protocol gebeurd en konden verder worden meegenomen in de analyse.

Bij 38 van de 64 acties volgens protocol is een opvraging door de registrerende arts of opdracht tot opvraging via het onthaal gebeurd. Dit gebeurde door zelf te bellen (N = 12) of dit via het onthaal te laten doen (dringend per telefoon, N = 0; niet dringend via gedeelde Excel spreadsheet, N = 26). In 12 gevallen werd Sara-i geconsulteerd, en in 14 gevallen besloot de registrerende arts af te wachten.

Bij 19 van de 64 registraties bleek de datum waarop het contact met de specialist had plaatsgevonden onvoldoende precies te zijn geformuleerd, bijv. 'zomer 2015' of 'september'. Hierbij kon dus geen tijdsinterval worden berekend tussen het contact met de specialist en ontvangst van het correlerende verslag.

In totaal 47 registraties (52% van de oorspronkelijke 91 registraties) bleken dus uiteindelijk voldoende goed te zijn uitgevoerd (m.n. een 'unieke' actie en een precieze datum waarop het contact met de specialist had plaatsgevonden) om voor verdere analyse te worden meegenomen. Zie figuur 2 voor een schematisch overzicht van dit selectieproces.



Figuur 2. Selectieproces van de registraties die gebruikt werden in de analyse.

Ontvangen verslagen en wachttijden. Ten gevolge van de 47 goed gedocumenteerde acties zijn uiteindelijk in totaal 21 verslagen toegekomen. Hiernaast zijn nog 6 verslagen ontvangen waarbij tijdens registratie van het ontbrekend verslag geen duidelijke ondernomen actie was geformuleerd of deze niet volgens het protocol was gebeurd.

Van de 9 ontbrekende verslagen waarbij werd gekozen om als registrerende huisarts zelf te bellen zijn er 6 toegekomen. Hierbij was het gemiddelde tijdsinterval tussen datum van consult bij registrerende arts en datum van ontvangst van het ontbrekende verslag 15 dagen. Het gemiddelde tijdsinterval tussen de datum waarop het contact met de specialist had plaatsgevonden en de datum waarop wij het betreffende opgevraagde verslag ontvingen bedroeg 92 dagen.

Van de 16 ontbrekende verslagen waarbij werd gekozen om de opvraging te delegeren aan het onthaal via de Excel spreadsheet zijn er 9 toegekomen. Hierbij was het gemiddelde tijdsinterval tussen datum van consult bij registrerende arts en datum van ontvangst van het ontbrekende verslag 21 dagen. Het gemiddelde tijdsinterval tussen consultatie bij de registrerende huisarts en opvraging door het onthaal bedroeg 43 dagen. Het gemiddelde aantal dagen tussen opvraging door het onthaal en ontvangst van het verslag kwam negatief uit en bedroeg minus 23 dagen. Het gemiddelde tijdsinterval tussen de datum waarop het contact met de specialist had plaatsgevonden en de datum waarop wij het betreffende opgevraagde verslag ontvingen bedroeg 33 dagen. Er waren 2 van de 16 verslagen niet op de Excel spreadsheet terug te vinden, en 2 verslagen waren op het moment van raadplegen van de Excel spreadsheet in september nog niet aangevraagd door het onthaal.

Van de 10 ontbrekende verslagen waarbij werd gekozen om als registrerende arts het ontbrekende verslag zelf op Sara-i te zoeken zijn er 3 toegekomen. Hierbij was het gemiddelde tijdsinterval tussen datum van consult bij registrerende arts en datum van ontvangst van het ontbrekende verslag 38

dagen. Het gemiddeld aantal dagen tussen de datum waarop het contact met de specialist had plaatsgevonden en de datum waarop wij het verslag ontvingen bedroeg 45 dagen.

Van de 12 ontbrekende verslagen waarbij werd gekozen om af te wachten zijn er 4 toegekomen. Hierbij was het gemiddelde tijdsinterval tussen datum van consult bij registrerende arts en datum van ontvangst van het ontbrekende verslag 7 dagen. Het gemiddeld aantal dagen tussen de datum waarop het contact met de specialist had plaatsgevonden en de datum waarop wij het verslag ontvingen bedroeg 11 dagen.

Van de in totaal 84 geregistreerde ontbrekende verslagen zijn er uiteindelijk in totaal 27 alsnog toegekomen. Het tijdsinterval tussen de datum van raadpleging bij de huisarts en datum van ontvangst van het verslag bedroeg hierbij gemiddeld 21 dagen. Het tijdsinterval tussen het contact met de specialist en ontvangst van het verslag bedroeg gemiddeld 50 dagen. Zie tabel 6 voor een schematisch overzicht van deze gegevens.

	Registraties	Ontvangen	%	Δ1	Δ2
Bellen	9	6	66	14,8	91,7
Onthaal (Excel)	16	8	50	21,0	33,0
Sara-i	10	3	33	37,7	44,7
Wachten	12	4	25	6,8	11,0
Totaal (geregistreerd)	**47**	**21**	**45**	**19,0**	**47,0**
Totaal (ontbrekend)	**84**	**27**	**32**	**21,0**	**50,0**

Tabel 6. Overzicht van de verschillende ondernomen acties, de hoeveelheid ontvangen verslagen, en de respectievelijke wachttijden Δ1 en Δ2 in dagen. Δ1: gemiddeld tijdsinterval tussen consult huisarts en ontvangst verslag in dagen; Δ2: gemiddeld tijdsinterval tussen contact specialist en ontvangst verslag in dagen.

V. Beschouwing

Beantwoording onderzoeksvragen

Het probleem van ontbrekende verslagen komt frequent voor. Tijdens de registratieperiode bleek tijdens 6,7% van de consultaties een op dat moment relevant bevonden verslag te ontbreken, ofwel circa 1 op 15 consultaties. Uiteindelijk bleek dat er van de 84 contacten met een medisch specialist die ter sprake kwamen en waarvan een verslag ontbrak tijdens de consultaties er uiteindelijk van 68% nooit een verslag is toegekomen.

Binnen de in de opleidingspraktijk bestaande softwareomgeving (m.n. Medidoc en Hector) bestaat geen mogelijkheid tot datalogging. Hierdoor is het niet mogelijk om cijfers op te vragen over het aantal ontvangen verslagen binnen een bepaalde periode. Het was echter wel mogelijk om een schatting te doen o.b.v. eerder verzamelde gegevens. Hierbij kwam men op een gemiddeld aantal ontvangen elektronische verslagen van 311 per maand, ofwel 14,4 per werkdag. Een schatting van de hoeveelheid ontvangen papieren verslagen was te maken o.b.v. een korte registratie door de onthaalmedewerkers. Hierbij kwam men op een (geëxtrapoleerd) gemiddeld aantal verslagen per brievenpost van 57 per maand, ofwel 1,9 per werkdag. Per ziekenhuisgroep kan men stellen dat het relatieve aandeel ontbrekende verslagen afkomstig van ZNA groter was dan bij GZA (ZNA 45%, tegenover GZA 24%), maar dat voor het relatieve aandeel naar onze praktijk verstuurde verslagen het omgekeerde waar was waarbij ZNA 28% tegenover GZA 35% van het maandelijks volume elektronisch ontvangen verslagen. Over het UZA valt geen uitspraak te doen omdat ik de gegevens helaas te laat heb ontvangen om ze te kunnen verwerken voor dit onderzoek.

Omdat dit onderzoek werd uitgevoerd in slechts één praktijk en een periode van enkele weken is niet met zekerheid te zeggen welke opvraagmethode het meest efficiënt, dan wel het snelst is. Uit de gegevens die we hebben verzameld valt desondanks op dat persoonlijk bellen als huisarts de hoogste opbrengst geeft en de kortste wachttijd. Als huisartsen zelf bellen is de opbrengst iets hoger met een verschil van 16% en de wachtperiode iets korter met een verschil van 6,2 dagen dan wanneer een onthaalmedewerker dit doet. Als men passief reageert op een ontbrekend verslag is de opbrengst lager, maar de wachttijd als men eenvoudigweg afwacht is echter opvallend laag. Dit kan een toevalsbevinding zijn, gezien de periode tussen het contact met specialist en raadpleging bij huisarts in die categorie ook het laagst is. Overigens werd er in de loop van de registratieperiode nauwelijks tot geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid om specialisten of ziekenhuisafdelingen per mail te contacteren.

Vergelijking met de literatuur

De resultaten uit dit onderzoek zijn niet te vergelijken met cijfers uit de literatuur omdat deze niet voorhanden zijn. Mocht dit wel het geval zijn dan zou de vergelijking alsnog zeer moeilijk zijn in verband met de contextgebonden aard van deze gegevens.

De meest recente herziening van de Code van Geneeskundige Plichtenleer door de Orde der Artsen stamt uit het jaar 1975. Ondertussen zijn we meer dan 40 jaar verder en is de deontologische Code voor het grootste deel ongewijzigd gebleven. De informatisering heeft in de afgelopen twee decennia een enorme vlucht genomen: de computer vond steeds meer toepassingen en werd steeds gebruiksvriendelijker, en het internet heeft zijn ingang gevonden bij het grote publiek. Dit heeft geleid tot bijzonder snelle manieren van informatieoverdracht die de brievenpost voor een groot deel overbodig heeft gemaakt. De oprichting van hub-systemen die het delen van informatie tussen artsen over de verschillende 'lijnen' heen mogelijk maken zetten het principe van medische communicatie in een nieuw licht. Daarnaast gaan er steeds meer stemmen op om patiënten directe inzage in hun EMD te verschaffen. Deze ontwikkelingen vragen om een hernieuwde kijk op de communicatie tussen huisarts en specialist.

Sterktes en zwaktes van dit onderzoek

Er zijn theoretische modellen beschreven die als raamwerk kunnen dienen voor samenwerking en in de deontologische Code van Geneeskundige Plichtenleer is hier een hoofdstuk aan gewijd. De kracht van dit onderzoek ligt in de pragmatische opzet om te kijken naar hiaten in deze samenwerking, m.n. de grootte van het probleem van het niet (tijdig) verzenden van medische verslagen van specialist naar huisarts, de poging om dit probleem te kwantificeren, en te zoeken naar manieren om hier als individuele huisartsenpraktijk mee om te gaan. Het betreft een sterk contextgebonden onderzoek, daar het de ervaringen van één huisartsenpraktijk betreft in de Antwerpse regio.

M.b.t. de methodologie en betrouwbaarheid van de gegevens zijn een paar opmerkingen te maken. Het totale aantal consultaties betreft een schatting, omdat sommige artsen meer secuur werken dan anderen bij het noteren van aanwezigheden in het online agendasysteem. De kans is groot dat het totale aantal door mij opgetekende consultaties een onderschatting van de reëele hoeveelheid betreft.

De gegevens waar ik gebruik van heb gemaakt om het aantal ontvangen elektronische verslagen in te schatten waren niet opgesteld in het kader van dit onderzoek, maar is in het kader van een eerder project gebeurd. Dit project was ontstaan door de grote toevloed aan elektronische verslagen waarbij de praktijkverpleegkundigen een groot deel van de invoering van gegevens vanuit de ontvangen verslagen op zich namen. De registratie was oorspronkelijk gedaan om een idee te krijgen van de grootte van de werkdruk die zou ontstaan voor de verpleegkundigen als ze alle inkomende elektronische verslagen zouden verwerken.

De deelnemende registrerende huisartsen hebben zich niet altijd strikt aan de instructies gehouden, conform de eerdergenoemde 'dubbele acties' en hun notities waren niet altijd volledig. Vaak onbrak ook een specifieke datum waarop het contact tussen patiënt en specialist had plaatsgevonden. Dit kan voor een deel aan problemen met het zich herinneren van zulke zaken bij de patiënt liggen.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Een ontbrekend verslag is niet enkel lastig voor de dokter maar vooral voor de patiënt. In theorie zijn er een aantal negatieve effecten te bedenken: de patiënt moet op een ander moment terugkomen voor de bespreking van zijn/haar resultaten, of bepaalde informatie ontbreekt in het dossier waardoor bijv. een medicatiewijziging niet wordt doorgevoerd met potentieel gevaarlijke gevolgen. Het kan interessant zijn om in toekomstig onderzoek te kijken naar de werkelijk door de patiënt ervaren effecten.

De verschillende oorzaken waardoor sommige verslagen niet ontvangen worden is tevens een interessante piste voor verder onderzoek: wat zijn de redenen dat een verslag niet opgesteld, niet (tijdig) verstuurd, of niet ontvangen wordt? Ook hier zijn meerdere hypothesen te bedenken: weinig tijd voor de specialist om verslagen op te stellen; weinig interesse in samenwerking met de huisarts; lange wachtperiodes vooraleer validering van door arts-assistenten opgestelde verslagen plaatsvindt; de huisarts staat niet geregistreerd als behandelend arts binnen het ziekenhuis; de vroeger behandelende arts is niet meer werkzaam in de huisartsenpraktijk waar de patiënt is ingeschreven; er is geen goede IT-infrastructuur binnen ziekenhuis of huisartsenpraktijk; er is geen duidelijk wettelijk, wetenschappelijk of deontologisch kader waarin specifieke verzendtermijnen staan vermeld. De redenen zullen per individuele situatie verschillend zijn en het is de moeite van het onderzoeken waard om deze individuele barrières op het spoor te komen om hier zodoende beleidsmatig op te kunnen anticiperen. Informatiecontinuïteit is essentieel voor de goede werking van een huisartsenpraktijk. Een ondersteunende richtlijn rond de inhoud en verzendtermijnen van medische communicatie opgesteld door bijv. het KCE zou hier een positieve bijdrage aan kunnen leveren. Hiernaast zou men de huidige Code van Geneeskundige Plichtenleer van de Orde der Artsen tegen het licht kunnen houden, met de

recente ontwikkelingen in onze moderne samenleving in het achterhoofd. Ook hier zou verder onderzoek naar gedaan kunnen worden. Men zou SMART doelstellingen kunnen formuleren waarnaar gestreefd dient te worden (SMART is een acroniem voor: specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdsgebonden), bijv. 95% van de opnameverslagen dient binnen 2 dagen in het EMD van de vaste huisarts te zijn opgenomen.

Omdat de opzet van dit onderzoek zo sterk contextgebonden is en de resultaten niet per definitie generaliseerbaar zijn kan het interessant zijn om gelijkaardige registraties te doen in Vlaanderen om zo een beter idee te krijgen van individuele situaties in andere regio's en provincies. Ten slotte kan men onderzoek doen naar de situaties waarbij de schriftelijke communicatie wel goed verloopt en waarom dit juist in die situatie wel goed gaat, bijv. in situaties waarbij duidelijke afspraken rond samenwerking en opvolging worden gemaakt tussen zorgverleners zoals in het kader van de reeds bestaande zorgtrajecten voor diabetes mellitus en chronische nierinsufficiëntie.

Aanbevelingen voor de praktijk

Op basis van de resultaten kan men voorzichtig stellen dat het opvragen van verslagen door het onthaal minder efficiënt is dan het zelf bellen door artsen, maar desondanks effectiever dan wachten. Er valt dus iets voor te zeggen om dit werk te delegeren naar het onthaalpersoneel. Iets dat echter in de resultaten naar voren kwam is dat het soms lang duurde voordat de onthaalmedewerkers toekwamen aan het opvragen van niet-dringende verslagen. Dit kwam naar voren in het aantal dagen tussen registratie en opvraging, en hieraan gerelateerd het negatieve resultaat bij de berekening van het gemiddeld aantal dagen tussen opvraging door onthaal en ontvangst, te weten minus 23 dagen. Dit kan verklaard worden door het spontaan ontvangen van een verslag voordat de opvraging heeft kunnen plaatsvinden, en het vervolgens niet aanpassen van de gedeelde Excel spreadsheet om aan te geven dat het ontbrekende verslag reeds ontvangen is en dus niet meer opgevraagd hoeft te worden. Indien de opleidingspraktijk van deze manier van opvragen een gewoonte wil maken is het noodzakelijk om voldoende tijd te voorzien in het werkschema van het onthaalpersoneel.

VI. Conclusie

Het komt regelmatig voor dat een medisch-specialistisch verslag niet aanwezig is in het elektronisch medisch dossier van huisartsen. Dit zijn problematische situaties, zowel voor patiënt als huisarts: men verliest tijd met het opvragen en er kunnen o.a. (medicatie)fouten gebeuren en overbodige onderzoeken plaatsvinden. Er zijn verschillende manieren om met een dergelijke situatie om te gaan: een dokter kan zelf contact opnemen met een arts of afdeling of dit delegeren aan personeel, een dokter kan gebruik maken van een hub-systeem, of simpelweg afwachten.

In dit onderzoek zijn enkele tendensen naar voren gekomen m.b.t. de efficiëntie van de verschillende manieren waarop je met een ontbrekend verslag kan omgaan. Zelf bellen lijkt het meest efficiënt om op korte termijn een ontbrekend verslag alsnog in bezit te krijgen. Delegeren is ook een mogelijkheid, maar dan moet het betrokken personeel hier voldoende tijd voor hebben binnen het werkschema. Door de kleinschalige opzet van het onderzoek zijn deze stellingen echter niet hard te maken.

Al met al lijkt nog veel mis te lopen in de communicatie tussen huisarts en specialist. Hopelijk draagt dit onderzoeksproject bij tot een verbetering van de efficiëntie van informatieoverdracht tussen specialist en huisarts.

Dankwoord en geslaagdheid van dit onderzoek als praktijkverbeterproject

De enthousiaste deelname van alle betrokken collega's van Geneeskunde voor het Volk Hoboken aan dit onderzoek was een erg leuke ervaring: merci! Ook de samenwerking met mijn promotor verliep zeer voorspoedig, en zijn enthousiasme en snelle reacties waren steeds een impuls in de goede richting om gemotiveerd aan de slag te blijven. Tevens dank aan mevr. Benedikte Desmidt (ZNA), dr. Luc Van Looy (GZA), en dr. Léon Luyten (UZA) om mij een aantal gegevens vanuit de databases van hun resp. ziekenhuizen ter beschikking te stellen.

Als praktijkverbeterproject was dit onderzoek misschien minder volledig dan men zou willen: er is o.w.v. tijdgebrek geen sprake van een duidelijke verbeterstrategie, implementatie en nameting. Gezien de beperkte hoeveelheid onderzoeksresultaten is het ook niet mogelijk om harde uitspraken te doen over de efficiëntie van bepaalde manieren om om te gaan met ontbrekende verslagen. Desondanks heb ik wel een globaal idee kunnen uitwerken, en op basis van de beperkte resultaten enkele concrete adviezen kunnen formuleren. De ultieme boodschap als het gaat over ontbrekende verslagen is echter geheel in lijn met een van de basisprincipes van de geneeskunde: voorkomen is beter dan genezen.

VII. Referenties

1. Berendsen AJ, Majella de Jong G, Meyboom-de Jong B, Dekker JH, Schuling J. Continuïteit en coördinatie van de zorg: ervaringen en voorkeuren van patiënten die zijn verwezen naar de specialist - een kwalitatief onderzoek. Uit: Samenwerking tussen huisarts en specialist: wat vinden de patiënten en de dokters? Proefschrift: Rijksuniversiteit Groningen; 2009.
2. Bertels S. Cardiovasculair risicomanagement: gedeelde zorg huisarts en specialist: stand van zaken in de praktijk versus de optimale situatie. ICHO masterproef, 2015.
3. Foy R, Hempel S, Rubenstein L, et al. Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. Ann Intern Med. 2010;152:247-58.
4. McPherson K, Headrick L, Moss F. Working and learning together: good quality care depends on it, but how can we achieve it? Quality in Health Care. 2001;10(Suppl. ii):ii46-ii53.
5. Goderis G, D'hanis G, Merckx G. Hoe zien zorgverleners de organisatie van de chro- nische zorg? Resultaten van een bevraging onder 1300 zorgverleners. Huisarts Nu. 2016(45):107-11.
6. Defreyne S. Hoe verloopt de samenwerking in het zorgtraject diabetes type 2? Een critical incident analyse in de regio centraal West-Vlaanderen. Huisarts Nu. 2016(45):66-70.
7. Biesheuvel B. Gedeelde zorg: betere zorg. Rapport van de Commissie modernisering curatieve zorg. 1994.
8. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA. 2002;288(14):1775-9.
9. Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België. KCE rapport 190S. 2012.
10. Van Osselen E, Helsloot R, Van der Werf G, Van Zalinge E. Van isolement naar organisatie: samenwerken in de huisartsenpraktijk. Huisarts en Wetenschap. 2016;59(7):5.
11. Heymans I. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten in het voordeel van de patiënt: enkele perspectieven. Minerva. 2010;9(10):109.
12. Buiting C, Khing N. Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen. NHG Richtlijn. 2008.
13. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WHGM, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J. How do GPs and specialists value their mutual communication? A survey. BMC Health Services Research. 2009;143(9).
14. Berendsen AJ, Majella de Jong G, Meyboom-de Jong B, Dekker JH, Schuling J. Transition of care: experiences and preferences of patients across the primary/secondary interface – a qualitative study. BMC Health Services Research. 2009;62(9).
15. Meuwissen R. De transmurale communicatie bij het opstarten van het zorgpad Diabetes Mellitus type 2 en het Huis voor Chronische Zorg (in de regio Sint-Truiden). ICHO masterproef, 2013.
16. De Block M. Actieplan e-gezondheid 2015-2018. Federaal ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 2015.

VIII. Bijlagen

1. Ondezoeksprotocol
2. Goedkeuring EC
3. Registratieblad

Doelstelling en verantwoording. In de praktijk blijkt er een gebrek aan informatie-continuïteit door regelmatig ontbreken van verslagen van medisch specialisten in de GMDs van onze patiënten. Het idee bestaat dat dit probleem toeneemt. Achteraf opvragen van verslagen door artsen en/of onze praktijkmedewerkers kost veel tijd, gebeurt per telefoon of e-mail, en heeft een negatief effect op de efficiëntie van ons werk. De algemene vraag die we in deze thesis stellen is: hoe groot is dit probleem binnen onze praktijk?

Onderzoeksvraag: wat is de grootte van dit probleem binnen de huidige opleidingspraktijk?

I. Binnenkomende verslagen: in welk format (bijv. elektronisch, papier, fax)?
II. Hoe regelmatig ontbreekt er een benodigd verslag tijdens een consultatie, en welke actie ondernemen we daarbij om deze ontbrekende verslagen alsnog binnen te krijgen (o.a. zelf bellen/mailen, delegeren naar praktijkmedewerkers, afwachten)?
III. Hoeveel verslagen komen hierna toch binnen, en hoe lang moet men hierop wachten?

Onderzoeksopzet.

- Periode van 2-4 weken registreren van hoeveelheid en soort binnenkomende verslagen (overigens geen rekening houdend met de inhoud van deze verslagen). Dit zal in de periode april-mei 2016 plaatsvinden.
- Periode van 2-4 weken registreren van ontbrekende verslagen en ondernomen actie in het contact met patiënten, samen met collega's in de groepspraktijk waar ik momenteel werk. Dit zal in de periode mei-juni 2016 plaatsvinden.
- Registreren hoeveel opgevraagde verslagen er alsnog binnenkomen en op welke termijn, met een maximale duur van 2 maanden. Dit zal in de periode mei t.e.m. juli 2016 plaatsvinden.

Aantal deelnemers en methode van rekrutering. Dit onderdeel is hier n.v.t., omdat de onderzoeksopzet juist is om de grootte van het probleem van ontbrekende verslagen in kaart te brengen. Wel is het de bedoeling om de collega's van de groepspraktijk waar ik momenteel werk als HAIO bij het onderzoek te betrekken en hen te vragen om mee te helpen bij het registreren van tijdens consultaties ontbrekende verslagen. Ik ga op 7/4 mijn onderzoek voorstellen op de medische vergadering van onze praktijk, en vragen om deelname van alle collega's (ca. zeven in totaal).

Duur van de studie. Normaal gesproken zou het een registratieperiode van ca. 2-4 weken inhouden, afhankelijk van de voorlopige resultaten na 2 weken. Registratie zou moeten plaatsvinden in de periode mei 2016. Hierna zou een fase van analyse van de gegevens ingaan, waarna het schrijven van de eigenlijke thesis aan bod komt. Deze moet afgerond zijn tegen mei 2017.

Interventies en metingen: welke en aantal. Het gaat hier om 3 verschillende registraties (zie kopje 'onderzoeksopzet'). In het eerste geval een registratie van alle binnenkomende verslagen met een duur van ca. 2-4 weken, in het tweede geval een registratie van alle tijdens consultaties gebleken ontbrekende verslagen, in het derde geval een registratie van alle alsnog binnengekomen verslagen na opvraging.

Statistische verwerking van gegevens. Dit onderdeel is vooralsnog niet uitgewerkt.

Ethische overwegingen (veiligheid). In principe gaat het om een onderzoek over samenwerking tussen huisarts en specialist, en hoeft er met patiënten niet gedaan te worden op het vlak van bevraging of andersoortig onderzoek – er is op het vlak van veiligheid geen gevaar voor de gezondheid of de privacy van patiënten of collega's. Alle gegevens zullen op een geanonimiseerde manier worden verwerkt om tot het eindresultaat te komen.

Verzekering. N.v.t.

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

Universiteit Antwerpen

ETHISCH COMITE

Prof. dr. R. Remmen

UA
Huisartsgeneeskunde

gebouw R317
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Terugrapportage door de specialist: een praktijkverbeterproject (manama huisartsgeneeskunde Joël Wouda)

datum	ons kenmerk	contactpersoon
11/04/2016	16/12/147	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 11/04/2016.

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

- CV onderzoeker
  dr. Wouda
- Protocol dd. 22/03/2016
  v1.2

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:

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

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Van Reempts
Waarnemend voorzitter Ethisch Comité

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

Universiteit Antwerpen

datum	ons kenmerk	contactpersoon
11/04/2016	16/12/147	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 4/01/2016.
Deze studie werd besproken op vergadering van 11/04/2016.

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

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

Registreren van ontbrekende verslagen

Thesis manama Huisartsgeneeskunde, Joël Wouda

Registratieperiode 17 mei t.e.m. 13 juni 2016

Naam arts	Datum consult	Naam patiënt	Soort verslag[1]	Arts	Afd.	Ziekenh.	Datum verslag	Actie[2]	Datum ontvangst

[1] *Soort verslag (kies uit): SPOED – RAADPLEGING – ONDERZOEK – OPNAMEVERSLAG – OPERATIEVERSLAG*

[2] *Actie (kies uit): BELLEN (d.w.z. naar ZH/specialist) – MAIL (idem) – ONTHAAL (voeg toe: dringend of excel) – SARA-I – WACHTEN*

Universiteit Antwerpen

ICHO vzw INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

GENEESKUNDE VOOR HET VOLK