UNIVERSITEIT GENT

Communicatie en informatie-uitwisseling tussen huisarts en patiënt: Hoe kan het beter?

Verburgh Cathy, UGent

Promotor: Prof. Dr. Avonts Dirk, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2018

Dankwoord

Deze scriptie werd geschreven in het kader van de masterproef in de opleiding Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Gent.

Eerst en vooral dank aan mijn promotor Prof. Dr. Avonts voor de begeleiding en de nodige bijsturing van deze masterproef.

Daarnaast wil ik ook graag de artsen uit de praktijk en hun echtgenotes bedanken voor hun medewerking aan de bevragingen en registraties. Ook dank aan de patiënten die meegewerkt hebben tijdens dit project.

1. Inhoudstafel

1. Inhoudstafel 1
2. Abstract 3
3. Inleiding 4
3.1 Introductie 4
3.2 Beschrijving van de praktijk 5
3.3 Onderzoeksvragen 5
4. Methodologie 6
4.1 Oriënterend literatuuronderzoek 6
4.2 Praktijkonderzoek 7
4.2.1 Populatie 7
4.2.2 Prospectief observationeel onderzoek 7
4.2.3 Interventioneel onderzoek, mixed-methods 7
4.2.4 Opstellen verbeterplan 7
5. Resultaten 8
5.1 Welke kanalen om informatie uit te wisselen worden op heden (te weinig) gebruikt in de huisartspraktijk? Wat zijn de voor- en nadelen? Is er plaats voor het gebruik van sms en e-mail? 8
5.1.1 Literatuuronderzoek 8
5.1.1.1 Algemeen 8
5.1.1.2 Telefoon 9
5.1.1.3 Sms 10
5.1.1.4 E-mail 13
5.1.1.5 Patiëntenportaal – e-consult 15
5.1.1.6 Adviezen rond gebruik van communicatiekanalen, veiligheid en privacy 16
5.1.2 Registratie 17
5.1.3 Gebruik van communicatiekanalen in de praktijk (bevraging van de huisartsen) 20
5.1.4 Gebruik van communicatiekanalen in de praktijk (bevraging van de patiënten) 21
5.1.4.1 Redenen tot contact 21
5.1.4.2 Voorkeurskanalen voor contact 22
5.2 Wat is de mening van de huisartsen en patiënten rond het gebruik van de verschillende communicatiekanalen? 25
5.2.1 Bevraging van de huisartsen 25
5.2.1.1 Telefoon 25
5.2.1.2 E-mail 26
5.2.1.3 Sms 26
5.2.1.4 Website – patiëntenportaal 26

5.2.2 Bevraging van de patiënten 26
5.2.2.1 Telefoon 26
5.2.2.2 Online agenda 28
5.2.2.3 E-mail 29
5.2.2.4 Sms 31
5.2.2.5 Website – patiëntenportaal 32
6. Discussie en besluit: Hoe kan de uitwisseling van informatie tussen huisarts en patiënt buiten de consultatie geoptimaliseerd worden? 34
7. Referenties 39
8. Bijlagen 41

Abstract

Inleiding: Eén van de CANMEDS-rollen die een huisarts dient te vervullen is deze van communicator. Communicatie met de patiënt gebeurt zowel tijdens de consultatie als erbuiten via verschillende kanalen zoals telefoon, e-mail, sms, een website of patiëntenportaal. Het uitwisselen van informatie tussen arts en patiënt dient afgestemd te zijn op de patiënt.

Onderzoeksvragen: 1) Welke kanalen om informatie uit te wisselen worden op heden (te weinig) gebruikt in de huisartspraktijk? Wat zijn de voor- en nadelen? Is er plaats voor het gebruik van sms en e-mail? 2) Hoe kan de uitwisseling van informatie tussen huisarts en patiënt buiten de consultatie geoptimaliseerd worden? 3) Wat is de mening van de huisartsen en patiënten rond het gebruik van de verschillende communicatiekanalen?

Methode: Deze masterproef is een praktijk verbeterend project die gebaseerd is op twee delen: een literatuuronderzoek en een praktijkonderzoek. Dit laatste bestaat uit een registratie (prospectief observationeel onderzoek), vragenlijsten en het opstellen van een verbeterplan.

Resultaten: Uit zowel de literatuur als het praktijkonderzoek blijkt dat de telefoon het belangrijkste kanaal blijft om informatie uit te wisselen. De registratie toont dat er een gemiddelde is van 49,4 oproepen per dag. 20,2% hiervan valt tijdens het telefoonuurtje tussen 19-20u. Minder frequent worden de e-mail (3 e-mails t.o.v. 247 telefoonoproepen) en zelden wordt de sms gebruikt (geen tijdens de registratieperiode). Tevens is er een website met online agenda beschikbaar voor de patiënten: tijdens de registratieperiode werden 66 afspraken op deze manier vastgelegd.

De voor- en nadelen die de patiënten aangeven over het gebruik van sms of e-mail liggen in dezelfde lijn als deze teruggevonden in de literatuur. Als voornaamste voordelen van beide kanalen komen snelheid en flexibiliteit naar voor. Als nadelen ziet men onder andere het risico dat berichten bij de verkeerde persoon terecht zouden komen of voor misbruik van die kanalen.

De opinie van de huisartsen en de patiënten werden ook bevraagd: 76.7% van de bevraagde patiënten toonde, net als de artsen, weinig interesse in het gebruik van sms. Daartegenover gaf 60% van de patiënten aan dat ze e-mail wel als een nuttig kanaal zagen. Bij de artsen zijn de meningen verdeeld over het gebruik van e-mail: één arts is pro (en dan vnl. voor resultaten of administratieve zaken), de ander is contra. Over een patiëntenportaal waren de meningen verdeeld: slechts 43.3% van de patiënten toonde interesse.

Discussie – Besluit: Verschillende voorstellen tot optimalisatie werden gedaan, zoals het uitwerken van de triage van telefoonoproepen, het aansporen tot meer gebruik van de online agenda en het beschikbaar stellen van een praktijk e-mailadres.

3. Inleiding

3.1 Introductie

Aan de basis van een sterke arts-patiënt relatie ligt een goede communicatie. Maar wat houdt dit nu in? Bij het uitwisselen van informatie zijn verschillende aspecten belangrijk. Eerst en vooral moet het patiëntgericht gebeuren: het moet beantwoorden aan de noden, waarden en voorkeuren van de patiënt. Dit leidt op zijn beurt tot een hogere tevredenheid van de patiënt, een betere arts-patiënt relatie, de adviezen worden beter opgevolgd en uiteindelijk dan ook tot een betere gezondheid. (1)

De arts moet in een duidelijke taal spreken die afgestemd is op de patiënt met wie hij communiceert. Men dient dus de inhoud van de boodschap en de contacttaal aan te passen. Voorbeelden van enkele bedenkingen die moeten gemaakt worden:

- Is het gebruik van medisch jargon aangewezen?
- Wordt er niet te snel te veel informatie gegeven?
- Gebruikt men de standaardtaal of een dialect?
- Begrijpt de patiënt wel voldoende Nederlands of moet een andere contacttaal gekozen worden?

Een belangrijk aspect hierbij is de 'health literacy' (d.w.z. de gezondheidsvaardigheden) van de patiënt. Nutbeam (1998) en het WHO omschrijven dit als volgt: "De cognitieve en sociale vaardigheden die individuen gebruiken voor het verkrijgen, begrijpen en gebruiken van informatie met als doel het behouden/verbeteren van de eigen gezondheid en deze van de familie en de gemeenschap."(2)

Ook de communicatievaardigheden van de arts, zoals empathie en het actief luisteren, spelen een belangrijke rol bij het uitwisselen van informatie. Laagdrempeligheid is een ander aspect: de arts moet gemakkelijk bereikbaar zijn voor communicatie.

Het informatiekanaal zelf dient ook aangepast te worden aan de patiënt. Bij laaggeletterden of analfabeten vermijdt men bijvoorbeeld beter geschreven boodschappen. Bij personen met een auditieve beperking kan dit dan wel weer een oplossing zijn.

Artsen en patiënten kunnen op allerlei manieren communiceren. Naast de raadpleging is de telefoon op heden één van de meest gebruikte communicatiekanalen. Een telefoonregistratie werd reeds door verschillende HAIO's beschreven in hun masterproeven. Het gemiddeld aantal telefoonoproepen varieerde per praktijk: 37 (2 huisartsen en 1 HAIO) tot zelf 153 per dag (5 huisartsen en 1 HAIO). (3, 4)

Er komen steeds meer kanalen om informatie uit te wisselen ter beschikking, maar deze

worden nog niet overal optimaal benut. Het gebruik van sms en e-mail is in deze 21ste eeuw bijvoorbeeld niet meer weg te denken. Dagelijks komen we met deze communicatiekanalen in contact. Uit een enquête van het FOD Economie bleek dat in 2015 81.8% van de Belgische huishoudens beschikte over een internetverbinding. In het jaar 2009 zou de gemiddelde Belg bijna 1500 sms-berichten gestuurd hebben. Het lijkt dan ook onvermijdelijk dat de huisartsen met deze communicatiemiddelen steeds vaker in contact zullen komen. De verschillende kanalen worden verder besproken bij resultaten. (5, 6)

Men moet er wel op bedacht zijn dat veel aspecten van het consultvoeren verloren gaan als de communicatie niet face-to-face gebeurt. Enerzijds valt het non-verbale gedrag, zoals lichaamshoudingen en gezichtsuitdrukkingen, weg. Daarnaast verliest men, behalve als men communiceert via telefoon, ook belangrijke aanwijzingen die anders door het gebruik van intonatie en manier van spreken, gegeven worden. Als laatste punt is er ook het verlies van visuele en olfactorische aanwijzingen zoals een opvallende lichaamsgeur, een mankende gang, een vreemd gedrag, etc.(7)

Dit kwaliteit verbeterend project dient om een beter inzicht te krijgen in de huidige communicatiekanalen in de huisartsenpraktijk. Aan de hand van deze analyse worden voorstellen gedaan om de informatie-uitwisseling te optimaliseren: d.w.z. een efficiëntere communicatie waarbij de boodschap volledig en correct aankomt, een betere toegang voor de patiënt en minder interferentie van de communicatiekanalen).

3.2 Beschrijving van de praktijk

De huisartsenpraktijk bestaat uit twee huisartsen en één huisarts in opleiding. De patiëntenpopulatie is zeer gevarieerd met leeftijden van jong tot oud. Er is geen medisch secretariaat of verpleegkundige. De telefoons worden overdag afwisselend opgenomen door de echtgenotes van de huisartsen. Elke avond tussen 19-20 uur is één van de artsen telefonisch beschikbaar voor de patiënten. Vanaf 20 uur gaat normaal gezien het antwoordapparaat aan. Afspraken kunnen telefonisch of via de website gemaakt worden. Het meedelen van resultaten gebeurt op consultatie, via de post, telefonisch of via e-mail.

3.3 Onderzoeksvragen

- Welke kanalen om informatie uit te wisselen worden op heden (te weinig) gebruikt in de huisartspraktijk? Wat zijn de voor- en nadelen? Is er plaats voor het gebruik van sms en e-mail?

- Hoe kan de uitwisseling van informatie tussen huisarts en patiënt buiten de consultatie geoptimaliseerd worden?
- Wat is de mening van de huisartsen en patiënten rond het gebruik van de verschillende communicatiekanalen?

4. Methodologie

4.1 Oriënterend literatuuronderzoek

Het eerste deel van deze masterproef bestaat uit een literatuuronderzoek naar de huidige stand van zaken van communicatie en -kanalen tussen huisarts en patiënt. Eerst werd gezocht binnen de richtlijnen van NHG en Domus Medica, dit leverde geen resultaat op. Vervolgens werd gezocht naar systematische reviews en uiteindelijk ook naar primaire bronnen via verschillende databanken: Pubmed, Google Scholar, CEBAM, Embase en LibHub (UGent). Hierbij werden als limieten 'full text available', 'English' en 'Dutch' gebruikt om enkel verstaanbare artikels te verkrijgen die online beschikbaar waren.

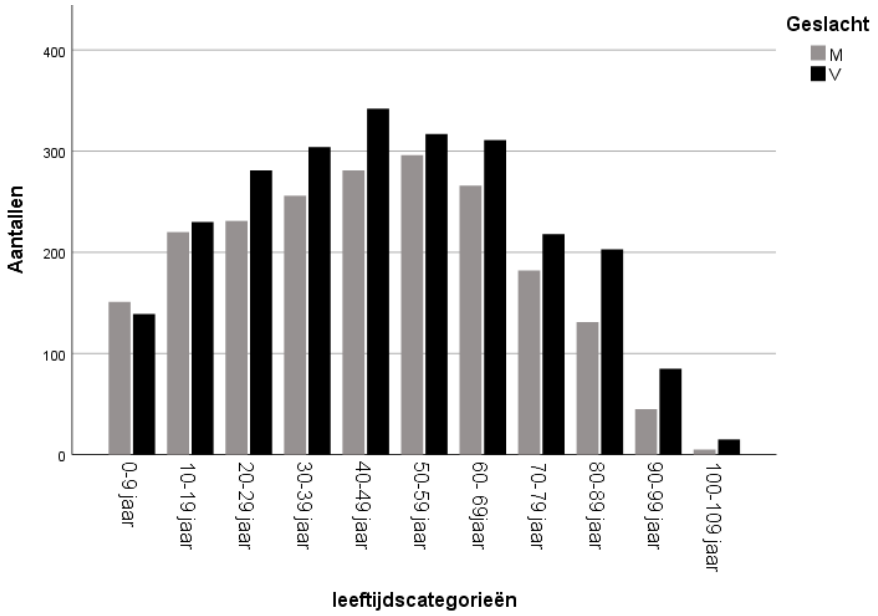
Verschillende Nederlandstalige en Engelstalige zoektermen werden gebruikt, enkele voorbeelden hiervan zijn: 'telefonische bereikbaarheid', 'eerstelijnszorg', 'huisartsenpraktijk', 'primary care', 'test results', 'telephone medicine', 'mobile text messaging', 'email', 'patient preferences'. Daarnaast werden via Pubmed ook MeSH-termen gebruikt zoals 'communication', 'general practitioners', 'telephone', 'cell phones', 'family practice', 'electronic mail', 'physician-patient relations', 'primary health care', etc. Het zijn vooral de RCT's, systematische reviews en kwalitatieve onderzoeken (voornamelijk interviews) die dus als basis dienen van het literatuuronderzoek. De nodige artikels werden geselecteerd na het lezen van de abstracts. Aan de hand de referentielijsten van deze artikels werden nog extra relevante studies gevonden.

Ook de databanken van de masterproeven van het ICHO werd doorzocht. Eén artikel werd teruggevonden in de tijdschriften van Huisarts Nu van Domus Medica. In kader van de ethische aspecten werden de KNMG-richtlijnen en de website en tijdschriften van de Orde van de Geneesheren geraadpleegd. Via EndNote werd uiteindelijk een overzicht van alle artikels gecreëerd.

4.2 Praktijkonderzoek

4.2.1 Populatie

De populatie van dit onderzoek bestaat uit de 3868 volwassenen[1] van de bestaande patiëntenpopulatie (met een GMD) van de praktijk en de twee huisartsen.



Figuur 1: Verdeling van de GMD-houdende populatie binnen de praktijk volgens leeftijd en geslacht

4.2.2 Prospectief observationeel onderzoek

Er gebeurde een registratie en analyse (SWOT-analyse) van de huidige communicatiekanalen in de huisartsenpraktijk. Op verschillende tijdstippen werden volgende zaken geregistreerd door de echtgenotes van de collega-artsen: Wanneer is er contact tussen artsen/medewerkers en patiënten? Hoe verloopt het contact? (Telefoon, e-mail, etc.) Wat is er reden van het contact? En wie is de persoon die contact neemt? (Leeftijd en geslacht.)

4.2.3 Interventioneel onderzoek, mixed-methods

De patiënten en de huisartsen uit de praktijk werden bevraagd aan de hand van een vragenlijst met open en gesloten vragen (18-tal) over de huidige manieren van informatie uitwisseling en over mogelijkheden tot verbetering. Deze resultaten werden vervolgens verwerkt aan de hand van SPSS.

4.2.4 Opstellen verbeterplan

Aan de hand van de bekomen resultaten, worden voorstellen tot optimalisatie van de huidige praktijkvoering gedaan.

[1] Dit is het aantal volwassenen met een GMD binnen de praktijk op 10 oktober 2017.

5. Resultaten

5.1 Welke kanalen om informatie uit te wisselen worden op heden (te weinig) gebruikt in de huisartspraktijk? Wat zijn de voor- en nadelen? Is er plaats voor het gebruik van sms en e-mail?

5.1.1 Literatuuronderzoek

5.1.1.1 Algemeen

Communicatie buiten de consultatie kan op heel wat verschillende manieren gebeuren, bijvoorbeeld via een telefoongesprek, een sms of een e-mail. Dit wordt soms geïnitieerd door de arts (vb. het meedelen van een resultaat) maar ook vaak door de patiënt zelf (vb. het maken van een afspraak). Het verloopt dus in twee richtingen: van arts naar patiënt en van patiënt naar arts. Elk informatiekanaal wordt verder in deze masterproef ook bekeken in die twee richtingen.

In de volgende tabel wordt een overzicht gegeven van wat, volgens eerdere masterproeven, de belangrijkste redenen zijn tot communicatie buiten de consultatie.

Tabel 1: De meest frequente redenen tot communicatie buiten de consultatie in andere huisartspraktijken. (4, 8)

- *Resultaten van een bloed-/ urineonderzoek.*
- *Medische vraag (urgent of niet- urgent)*
- *Afspraak maken - aanvragen huisbezoek*
- *Algemene informatie betreffende de praktijk*
- *(Herhalings-) voorschrift nodig voor medicatie of kinesitherapie*
- *Resultaten van medische beeldvorming*
- *Opvolging van de gezondheidstoestand*

Er zijn reeds enkele studies gebeurd omtrent de voorkeuren van patiënten en artsen van de wijze waarop resultaten worden meegedeeld. Uit het onderzoek van Grimes et al. (Amerikaans onderzoek o.b.v. anonieme enquêtes uit 2009) blijkt dat de post de voorkeursmethode van de arts is om normale testresultaten op te sturen. In tweede instantie wordt het via e-mail verstuurd. Abnormale resultaten worden het vaakst besproken via de telefoon door de arts zelf of door een praktijkmedewerker. De onderzoekers maken geen onderscheid tussen de artsen op basis van geslacht of leeftijd.(9)

Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat de voorkeur van de patiënt voor normale resultaten uitgaat naar de post en als tweede optie naar een telefonisch contact met de praktijkmedewerker of

de arts. De patiënten krijgen het liefst hun afwijkende resultaten te horen via een telefoongesprek met de arts. Indien dit niet mogelijk is, kiezen ze voor een telefonisch contact met de praktijkmedewerker gevolgd door een consultatie in het kabinet van de arts. (9) In het onderzoek van Leekha et al. (een kwalitatief Amerikaans onderzoek uit 2009 o.b.v. enquêtes afgenomen bij patiënten in de eerstelijnszorg) prefereert 55% het resultaat te verkrijgen via een telefonisch contact (door de arts of een verpleegkundige), 20% een opvolgconsultatie en 19% via de post. (In dit onderzoek wordt geen onderscheid gemaakt tussen normale of abnormale resultaten.) (10)

Onderzoek wijst uit dat testresultaten niet altijd de patiënt bereiken. Ze worden vaak niet meegedeeld als de patiënt er zelf niet om vraagt. De belangrijkste oorzaken hiervan zijn triviale/onbelangrijke testresultaten of dat de patiënt op korte termijn toch naar de praktijk zou komen. Andere redenen zijn onbereikbaarheid van de patiënt, vergeetachtigheid en tijdsgebrek.(11) En dit terwijl de meeste patiënten, zo'n 92.5%, wel hun resultaten willen kennen of ze nu normaal of afwijkend zijn! Het vergeten van resultaten kan verschillende gevolgen hebben zoals medische fouten en een slechtere gezondheid van patiënten. Volgens een kwalitatieve studie van Litchfield et al. (Birmingham, 2015) leidt het bij sommigen ook tot een grote ongerustheid als de uitslag niet tijdig meegedeeld wordt. Het kan ook frustratie opwekken bij de patiënt indien gecommuniceerd wordt dat best een consultatie geboekt wordt om abnormale resultaten te bespreken en dat terwijl de eerstvolgende beschikbare afspraak pas binnen enkele dagen/weken is. (9, 12, 13)

Een andere optie is dat er gecommuniceerd wordt via een derde persoon zoals een secretaresse/ praktijkmedewerker. In hetzelfde onderzoek door Litchfield et al. geven sommige patiënten echter aan dat ze niet graag hebben dat de abnormale resultaten door praktijkmedewerkers worden besproken. Er zijn ook bezorgdheden omtrent confidentialiteit en geschooldheid. Het eerste omdat de medewerker zich vaak in een niet-afgesloten ruimte bevindt waardoor andere patiënten, die bijvoorbeeld in de wachtzaal zitten, het gesprek kunnen horen. Op vlak van een gebrek aan geschooldheid hebben patiënten het vooral moeilijk als de praktijkmedewerker het antwoord op hun vragen over de gekregen resultaten niet kent. (13)

5.1.1.2 *Telefoon*

Telefoonoproepen zijn één van de oorzaken waarom raadplegingen onderbroken worden in de huisartsenpraktijk. Zeker in praktijken die nog niet ondersteund worden door een (tele)secretariaat. Naar gelang de studie varieert het totaal aantal onderbroken raadplegingen van 10.2% tot zelfs 94%.(14, 15) Volgens een studie uit Ierland door O'Connor et al. (2007)

wordt tot de helft hiervan veroorzaakt door telefoonoproepen. Andere oorzaken zijn onder andere geklop op de deur van de consultatieruimte en gsm-gerinkel bij de patiënt. (15) Dit heeft verscheidene gevolgen voor zowel de arts, de patiënt als de consultatie. Het duurt langer om de taak, waar men mee bezig was, uit te voeren en er kunnen fouten gebeuren (vb.: foute dosis op voorschrift) doordat het denkproces van de arts verstoord wordt. Vijfenzestig percent van de patiënten uit het onderzoek van Dearden et al. (Cardiff, 1996) storen zich niet aan eventuele onderbrekingen van de consultatie. Twintig percent vindt wel dat onderbrekingen een slechte invloed hebben op de consultaties. Sommige patiënten vertonen meer stress, irritatie tot zelf frustratie. (14, 16)

Er zijn al verschillende onderzoeken gebeurd naar hoe men het aantal telefoonoproepen voor de huisarts tijdens de consultatie-uren kan terugschroeven. Enkele mogelijkheden die voorgesteld worden zijn: triage van de telefoonoproepen door een praktijkmedewerker of een antwoordapparaat met keuzemenu waarbij enkel nog dringende oproepen doorgaan naar de arts. Deze behoren ook nog tot de mogelijkheden: een telefoonuurtje, een terugbelspreekuur en een online afsprakensysteem. (4)
Het blijft echter belangrijk dat de praktijk goed bereikbaar is. Uit een Nederlandse peiling (Consumentenpanel gezondheidszorg, 2010) geeft bijna één derde van de patiënten aan dat men de praktijk moeilijk kan bereiken. Slechts 60% had bij de eerste poging contact en 7% had zelfs na herhaaldelijke pogingen niemand aan de lijn gekregen.(17)

Indien men toch communiceert via de telefoon zijn er enkele aandachtspunten die men in acht moet nemen: (18, 19)

- De gesprekken worden best gedocumenteerd in het dossier.
- De arts moet rekening houden dat men de expressie van de patiënt niet ziet.
- Indien het gesprek persoonlijke elementen bevat, moet eerst nagevraagd worden of de patiënt wel vrijuit kan spreken.
- Resultaten mogen niet meegedeeld worden aan gezinsleden zonder toestemming van de patiënt als deze op dat moment niet aan de telefoon kan komen.

5.1.1.3 *Sms*

Een nieuwere technologie die kan gebruikt worden om de informatie-uitwisseling te optimaliseren is de sms. Rond het gebruik van dit communicatiekanaal in de huisartsenpraktijk bestaan enkele Cochrane studies maar ze hebben weinig significante resultaten. Ze wijzen vooral op de nood aan nieuwe onderzoeken van goede kwaliteit. Zo is er de systematische review van Gurol-Urganci et al. (2012) over het gebruik van sms om resultaten te communiceren: hier werd slechts één RCT geïncludeerd waardoor de evidentie onvoldoende

is om conclusies te trekken. (Deze studie ging over het gebruik van sms voor het versturen van het resultaat van de prenatale screening naar Downsyndroom.)
In de review van Vodopivec-Jamsek et al. (2012) was er slechts één studie met een hoge graad van evidentie, deze onderzocht het effect van ondersteunde sms-berichten bij rookstop. Ze toonden aan dat deze wel een positief effect hebben op korte termijn: meer patiënten stopten met roken op 6 en 12 weken in vergelijking met de controlegroep. De overige geïncludeerde RCT's hadden slechts een laag niveau van bewijskracht. (20, 21)

Volgens een systematische review van Hall et al. (2015) blijkt dat 99% van de ontvangen tekstberichten geopend wordt door de patiënten. 90% hiervan wordt zelfs binnen de 3 minuten na ontvangst gelezen! (22)

Indicaties waar sms-berichten voor gebruikt kunnen worden zijn onder andere afspraakherinneringen, het bevorderen van therapietrouw bij de patiënt, psychologische steun en het monitoren van chronische aandoeningen zoals het opvolgen van de glycemiemetingen bij diabetespatiënten. De sms werd ook al gebruikt in het kader van gezondheidspromotie zoals rookstop (cf. supra), het verwittigen van partners bij de diagnose van een soa en bij ondersteuning van gewichtsverlies.(20, 22)

Tabel 2: Voor- en nadelen van sms als communicatiemiddel in de huisartsenpraktijk, van arts naar patiënt (*) en van patiënt naar arts (**) (20, 23, 24)

Voordelen
- Snelle en persoonlijke vorm van communicatie (*)(**)
- Kan gebeuren in de taal van de patiënt (*)
- Lage kost van de sms (*)(**)
- Tijdsbesparing (zeker indien het automatisch kan gebeuren) (*)
- Kan gebruikt worden voor gezondheidspromotie/preventieve geneeskunde (*)
- Flexibiliteit (*)(**) *Communicatie wordt onafhankelijk van tijd en plaats.*
- Vermijden van onnodige consultaties (*)(**)
- Gemakkelijk voor dove/hardhorige patiënten (*)(**)

Nadelen

- Risico op privacy schending (**)

  Voorbeelden zijn: het onvoldoende beveiligd zijn van de gsm waardoor anderen de berichten kunnen lezen, het verliezen van de gsm van de arts of de patiënt, etc.

- Geen vergoeding voor de arts (*)(**)
- Verkeerd gebruik door de patiënt (**)

  Bijvoorbeeld: irrelevante berichten door patiënten of herhaaldelijke vraag naar voorschriften om consultaties in de praktijk te vermijden. Er moeten ook afspraken gemaakt worden rond wanneer er ge-sms't kan worden. (D.w.z. niet buiten de consultatie-uren.)

- Misverstanden (*)(**)

  Een bericht kan bijvoorbeeld naar een verkeerd persoon gezonden worden door een simpele typefout. Of doordat de inhoud van een sms bericht beperkt is, kan er soms onvoldoende uitleg bijgegeven worden waardoor het verkeerd geïnterpreteerd wordt.

- Geen non-verbale communicatie (*)(**)
- Niet iedereen heeft een gsm ter beschikking of kan een sms-bericht verzenden (*)(**)

  Dit kan om financiële redenen zijn, omdat men bijvoorbeeld niet met een gsm kan werken (oudere patiënten, analfabeten) of omdat men er niet in geïnteresseerd is.

- Verkeerd gsm-nummer (*)(**)

  Men moet regelmatig controleren of het gsm-nummer nog correct is en of er meerdere personen zijn die dezelfde gsm gebruiken.

- Niet voor urgente problemen (**)

  De sms is een snel communicatiekanaal maar de arts kan niet elk bericht onmiddellijk lezen, waardoor afspraken moeten gemaakt dat dit niet gebruikt wordt voor dringende of levensbedreigende problemen.

Volgende adviezen rond het gebruik van sms om informatie uit te wisselen worden gegeven:(23)

- Sms'en moeten steeds gedocumenteerd worden in het dossier van de patiënt met een korte inhoud, de datum en de tijd.
- Het gebruiken van afkortingen/ sms-taal moet vermeden worden om zo informaliteit en mogelijkse misinterpretatie door de andere partij te vermijden.

In sommige onderzoeken stelt men voor om een computer gebaseerd sms-programma te gebruiken. Dit zorgt voor een betere veiligheid, de sms'en zijn gemakkelijker documenteerbaar en er is meer respect voor de privacy en de werkuren van de arts. (23)

5.1.1.4 *E-mail*

Dagelijks worden zo'n 269 miljard e-mails verstuurd. Men schat dat bijna de helft van de wereldbevolking e-mail gebruikt en dat dit alleen nog maar zal oplopen de volgende jaren. (25) Newhouse et al. hebben onderzocht hoeveel e-mails in Europa verstuurd worden tussen patiënten en hun zorgverleners (arts, verpleegkundige of gezondheidszorgorganisatie): de Denen versturen het vaakst e-mail (50.70 %), de Fransen het minst (18.70%). De Belgen zitten er tussenin met 22.20%. (26)

Een kleine studie door Sittig toont aan dat veel verzoeken die de patiënt via de telefoon maakt, efficiënter kunnen afgehandeld worden via e-mail. (27)

De belangrijkste redenen voor patiënten om e-mail te gebruiken als communicatiemiddel met hun zorgverleners zijn: voorschriften, rechtstreekse communicatie met de arts, niet-urgente consultaties en het maken/annuleren van afspraken. (28)

Tabel 3: Voor- en nadelen van e-mail als communicatiemiddel in de huisartsenpraktijk, van arts naar patiënt (*) en van patiënt naar arts (**)(29-35)

Voordelen

- E-mail kan gebruikt worden om EBM-informatie door te geven aan de patiënt. (*)
  Links naar nuttige en betrouwbare websites en informatie op het niveau van de patiënt kunnen bijvoorbeeld gemaild worden.
- Goedkoop (*)(**)
- Gemakkelijk voor dove/hardhorige patiënten (*)(**)
- Flexibiliteit: wanneer het je uitkomt (*)(**)
- Kan opgeslagen worden (*)(**)
- Ontvangstbevestiging is mogelijk (*)(**)
- Het zou kunnen leiden tot minder onnodige face-to-face consultaties. (*)(**)
  Een RCT uit Noorwegen toonde een grotere daling van het aantal raadplegingen in de interventiegroep (zij kregen toegang tot een onlineberichtensysteem) t.o.v. de controlegroep (geen toegang). (P= 0.034) Er was geen significant verschil op vlak van telefoonoproepen tussen beide groepen.(34)
- Een e-mailadres blijft vaker hetzelfde (in vergelijking met een gsm-nummer) (*)
- Verhoogde toegankelijkheid van de zorg. (**)
  CAVE: Dit is tevens ook een nadeel, hoewel dit steeds minder voorkomt hebben niet alle patiënten toegang tot e-mail (sociale ongelijkheid).
- (Reis)tijd kan bespaard worden (*)(**)
- Minder gêne om persoonlijke vragen te stellen aan de arts (**)
- Preventieve geneeskunde/ gezondheidspromotie (*)

Naast de sms is ook de e-mail een ideaal middel om herinneringen te versturen i.k.v. preventieve geneeskunde zoals vaccinaties, uitstrijkjes, evaluatie van het cardiovasculair risico, etc. (29)
Een oplossing op vlak van veiligheid zou kunnen zijn dat men een online server gebruikt voor mail tussen de arts en zijn patiënten waarbij een login en paswoord worden toegewezen die hij/zij dan naar believen kan veranderen.

Nadelen:

- Risico op virussen, spam, hacking (*)(**)
- Risico op privacy-schending (foutief e-mailadres, niet-versleutelde e-mail, …) (*)(**)
- E-mail komt niet op heden automatisch in het dossier. (**)
- Geen non- verbale aanwijzingen (*)(**)
- Onzekerheid over wanneer e-mail bekeken wordt (*)(**)
- Schrik voor overvloed aan e-mails (toename van de workload) (**)
- Geen vergoeding voor de arts (*)(**)
- Niet voor urgente problemen (**)
- Patiënten verwachten soms een snelle respons die niet altijd haalbaar is (**)

  Negentig percent van de patiënten uit een studie door Couchman et al. wil bijvoorbeeld respons op hun e-mail binnen de 24 uur! Meer dan vijftig percent wil dit zelf binnen de 8 uur. Slecht tien percent gaf aan dat ze gerust langer dan 48 uur konden wachten op een antwoord. Het is dus van belang om op voorhand duidelijk te communiceren dat niet alle e-mails meteen bekeken en beantwoord worden. De KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) raadt aan om gebruik te maken van een ontvangstbevestiging waarbij de patiënt meteen (of toch binnen de 24 uur) bericht krijgt met daarin vermelding binnen welke termijn de arts zal antwoord geven op de gestelde vraag. De Orde der Geneesheren raadt aan om bij afwezigheid een automatisch antwoord in te stellen met de verwijzing naar andere beschikbare zorg.(28, 30, 35))
- Het kan de sociale ongelijkheid vergroten.(*)(**)

  In een review besluiten Ye et al. dat het gebruik van e-mail samenhangt met het gezinsinkomen en dat de patiënten die e-mails versturen naar hun arts vaker jong zijn, een diploma hebben en minder frequent tot etnische minderheden behoren. (33)
- Klinisch onderzoek is niet mogelijk (**)
- Medico-legale problemen (*)

  Een informed consent is van belang vooraleer men e-mailt met een patiënt. Men moet de patiënt informeren over de risico's bij het e-mailen. De patiënt moet ook de toestemming geven tot het versturen van de e-mail naar zijn e-mailadres. (Dit wordt best in het dossier genoteerd.)

5.1.1.5 *Patiëntenportaal – e-consult*

Naast e-mail is er ook nog een andere mogelijkheid om via het internet te communiceren met patiënten: het patiëntenportaal. Dit portaal geeft patiënten de toegang tot bepaalde gegevens uit hun elektronisch medisch dossier. Daarnaast kan het ook beschikken over enkele andere belangrijke functies, zoals het maken van afspraken, het opvragen van voorschriften, het verkrijgen van een verwijzing naar een specialist en het e-consult (d.w.z. het communiceren op een beveiligde manier met de huisarts.) Rond dit fenomeen bestaan nog maar weinig beschikbare gecontroleerde studies.(36)

Van Roy K. heeft recent (2017) een literatuurstudie gepubliceerd waarin ze de voor- en nadelen van patiëntenportalen beschrijft op basis van ervaringen uit verschillende landen. Of dit fenomeen een gunstig effect heeft op de gezondheidstoestand is niet gekend. Omtrent de invloed op het aantal consultaties/telefoonoproepen is nog geen consensus: enkele studies rapporteren een daling, andere rapporteren een toename. Er wordt in het onderzoek ook gekeken naar wie het portaal gebruikt: de gemiddelde leeftijd ligt lager dan bij de niet-gebruiker. (Er is echter ook een groep 60- en 65-plussers die hier gebruik van maakt![2]) Verder spelen ook het inkomen, de opleiding en de health literacy een rol. De onderzoeker besluit dan ook dat er, bij het introduceren van zo'n patiëntenportaal, aandacht moet gegeven worden aan het voorkomen van het vergroten van de digitale kloof. (Zo wordt er bijvoorbeeld voorgesteld om begeleiding aan te bieden bij de aanmelding op het portaal.) (37)

In de Belgische huisartsgeneeskunde wordt het nog maar weinig gebruikt en dan zeker niet om te communiceren. Er werden geen onderzoeken teruggevonden die cijfers hierrond gepubliceerd hebben. In Vlaanderen kunnen patiënten wel via Vitalink, een digitaal platform van de Vlaamse overheid, bepaalde gegevens opvragen: vaccinatie- en medicatieschema, het kinddossier van Kind & Gezin, resultaten uit preventieve bevolkingsonderzoeken en de Sumehr.

Recent werd Vividoctor (https://www.vividoctor.com) opgericht door Sidar Ok en Andrej Zachar; het is een website waarlangs e-consulten mogelijk zijn. Het is vooral voor courante problemen zoals verkoudheid, diarree, etc. dat ze een oplossing willen aanbieden. Er is ook mogelijkheid om een voorschrift te verkrijgen. De consultaties worden nog niet terugbetaald door de ziekteverzekering. De Orde der Artsen is hier niet enthousiast over, in hun advies zeggen ze het volgende: "In België, een land met een zeer laagdrempelige toegang tot geneeskundige zorg, weegt het ogenschijnlijke gebruiksgemak van een virtuele consultatie

[2] Van Roy K: "Dit laatste kan mogelijk verklaard worden door het feit dat de meerderheid van preventieve maatregelen zich op een oudere doelgroep richt en dat er anderzijds een groep oudere mensen bestaat die heel actief met hun gezondheid bezig is (die, los van de leeftijd, ook wel eens de 'worried well' genoemd worden)." (37)

niet op tegen de accuraatheid van een werkelijk gevoerde consultatie op vlak van patiëntveiligheid, diagnosestelling en aflevering van medicatie." (38)
In Nederland zijn er wel al verschillende praktijken die een patiëntenportaal voorzien op hun website, cijfers hierover ontbreken echter nog. De NHG staat wel positief ten opzichte van zo'n digitaal contact tussen huisarts en patiënt maar benadrukt dat de waarden van goede huisartsgeneeskunde gewaarborgd moeten blijven. Net zoals bij de sms en de e-mail dient het e-consult niet gebruikt te worden voor bijvoorbeeld urgente vragen en medische problemen waarvoor klinisch onderzoek nodig is.(39)

5.1.1.6 *Adviezen rond gebruik van communicatiekanalen, veiligheid en privacy*

- Waarvoor mogen de eerder besproken communicatiekanalen gebruikt worden?

De Orde van de Geneesheren aanvaardt dat patiënten bij hun arts terecht moeten kunnen voor telefonisch advies maar dit mag in geen geval ertoe leiden dat men bij (acute) problemen enkel nog telefoneert om zo niet op raadpleging te hoeven. (35)
Elektronisch verkeer tussen arts en patiënt dient zich, volgens de Orde, zo veel mogelijk te beperken tot de uitwisseling van administratieve informatie. De behandelende arts mag enkel in gaan op medische vragen van de patiënt die niet urgent zijn. D.w.z. geen problemen die levensbedreigend zijn of die spoedeisende hulp nodig hebben. Men adviseert ook dat de arts binnen een redelijke termijn moet antwoorden. (Wat men onder 'redelijk' verstaat, is niet gespecifieerd in de adviezen.) Diagnosestelling dat niet gebeurt op basis van anamnese en klinisch onderzoek houdt risico's in voor de gezondheid. Artsen kunnen bovendien enkel advies uitbrengen aan gekende, reeds onderzochte patiënten. Indien een ongekende patiënt contact opneemt dient men het advies kort te houden en dient een raadpleging voorgesteld te worden. (35) Men raadt ook aan om dan de behandelende arts, mits toestemming van de patiënt, op de hoogte te brengen. (30) De KNMG[3] acht dat een online consult wel kan mits de arts beschikt over voldoende relevante medische gegevens om een verantwoord advies te kunnen geven aan de patiënt. Indien de arts onvoldoende gegevens heeft, dan verzoekt hij de patiënt meer informatie te verstrekken. Wil de patiënt dit niet, dan geeft de arts aan geen consult te kunnen geven. De arts geeft ook aan dat het advies gebaseerd is op de gepresenteerde gegevens. Daarbij geeft de arts aan dat de patiënt bij verergering van de klachten of bij onzekerheid contact moet opnemen. (30, 40)
Over het gebruik van sms wordt geen advies door de Orde gegeven.

- Wat wordt geadviseerd rond veiligheid/privacy?

Voor België werden hierrond, behalve het advies van de Orde van de Geneesheren, geen richtlijnen/adviezen teruggevonden. Ook in de Wet van de Patiëntenrechten wordt hierover niets geschreven.

In Nederland heeft de KNMG[3] een richtlijn opgesteld waarin vermeld wordt dat men zich dient te realiseren dat online communicatie nog niet volledig veilig is: bij het verzenden via e-mail blijft er het risico dat het bij 'onbevoegden' terechtkomt. De arts dient de patiënt hierop te wijzen. De belangrijkste algemene richtlijn is dat men verantwoord moet omgaan met medische gegevens. Het moet duidelijk zijn dat de ontvanger de medische gegevens mag ontvangen: het medische beroepsgeheim verhindert immers dat de arts gegevens aan derden verstrekt. (30, 40)

Volgende aandachtspunten zijn belangrijk bij het gebruik van e-mail/online communicatie: (30, 35)

- Er moet aandacht zijn voor een goede beveiliging van de informatienetwerken met onder andere een toegangscontrole via het eID. Bij twijfel over de identiteit wordt geadviseerd geen online advies te geven en geen vertrouwelijke gegevens door te sturen.
- Er dient toestemming gevraagd te worden aan de patiënt vooraleer men dit communicatiekanaal gebruikt.
- Bij voorkeur worden de gegevens versleuteld verstuurd zodat het risico dat onbevoegden de gegevens kunnen lezen geminimaliseerd wordt.
- Een krachtig paswoord moet ingesteld worden en het antivirusprogramma dient regelmatig geüpdatet te worden.
- De arts gebruikt zijn computer indien mogelijk enkel voor beroepsdoeleinden en sluit de gebruikte programma's steeds nauwkeurig af.

5.1.2 Registratie

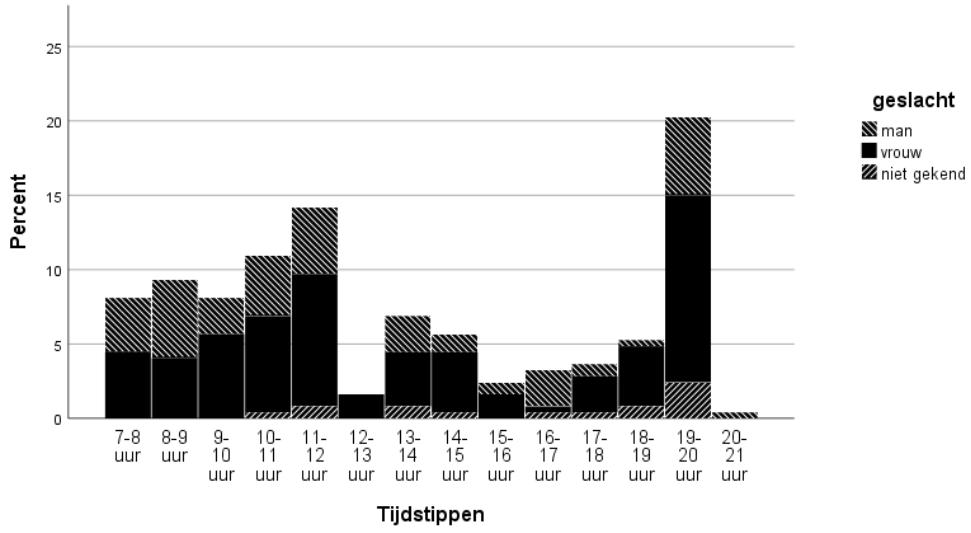
Op vijf werkdagen werden de telefoonoproepen geregistreerd. Hiervan vielen drie dagen tijdens de eerder rustige zomer en twee in de drukkere oktobermaand. Dit werd zo gekozen om een zo correct mogelijk beeld te geven van een doorsnee werkdag. Hieronder wordt een tabel weergegeven met het aantal oproepen en op welke dagen deze geregistreerd werden. In totaal ontving de praktijk 247 telefoons met als drukste dag woensdag 16 augustus met 68 telefoons tussen 7 en 21 uur. Op die vijf dagen werden slechts twee e-mails verstuurd en één ontvangen: dit ging over een INR-resultaat en over de annulatie van een afspraak. Er werden geen sms'en verzonden of ontvangen.

[3] Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Weekdag	Aantal oproepen	Aantal boekingen
Donderdag 3 augustus 2017	31	15
Donderdag 10 augustus 2017	41	6
Woensdag 16 augustus 2017	68	11
Maandag 23 oktober 2017	62	20
Dinsdag 24 oktober 2017	45	14
Totaal	247	66

Tabel 4: Overzicht van de geregistreerde telefoonoproepen en het aantal gemaakte afspraken via de online agenda per registratiedag

Als men kijkt naar ***wanneer*** er gebeld wordt naar de praktijk, ziet men dat er op deze vijf registratiedagen enkel werd gebeld tussen 7 en 21 uur. Het aantal piekt tijdens het telefoonuurtje tussen 19 en 20 uur met 50 telefoonoproepen (20.2%). Verder ziet men dat de voormiddag drukker is dan de namiddag: 50.6% van de oproepen vindt plaats voor 12 uur, tussen 12 – 13 uur slechts 1.6% en tussen 13 en 19 uur 27.1%. Na het telefoonuurtje vindt slechts een minderheid van de oproepen plaats, meestal wordt dan ook overgeschakeld op het antwoordapparaat.

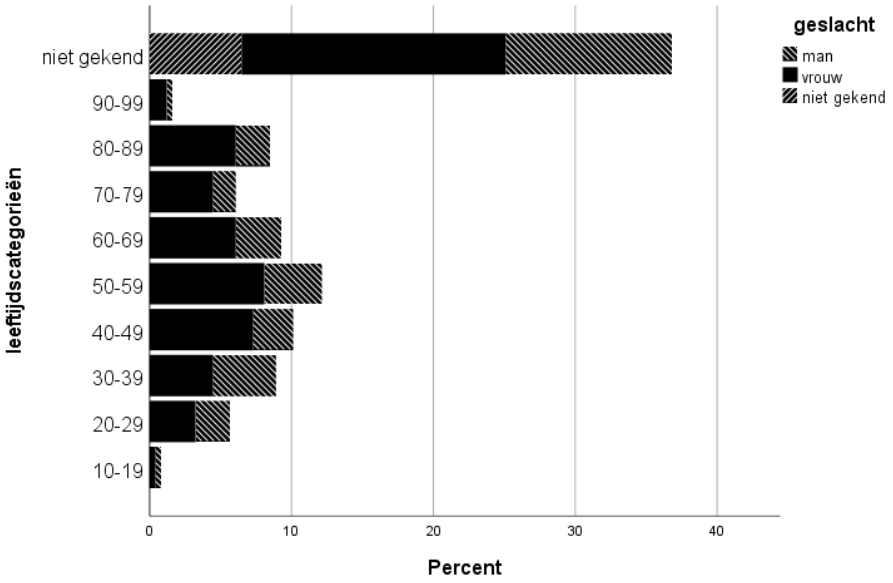


Figuur 2: Tijdstippen waarop gebeld wordt naar de praktijk.

Wie belt naar de praktijk wordt op onderstaande grafiek gezien. Het merendeel van de telefoonoproepen is afkomstig van vrouwen, namelijk 59.9%. De mannen vormden 33.6%. Bij 6.5% van de oproepen werd het geslacht niet genoteerd.

Bij de leeftijdsverdeling zien we dat de grootste groep bestaat uit de vijftigers met 12.15% (dit zijn 30 oproepen). Hiervan is 8.10% vrouwelijk en 4.05% mannelijk. De kleinste groep bellers zijn de tieners met 0.8%: 1 jongen en 1 meisje hebben de praktijk opgebeld. Voor de variabele leeftijd waren er 91 missing values (d.i. 36.8%).

125 van de telefoonoproepen (89.3%) gebeurden door patiënten, de overige 15 (10.7%) door paramedici. Op het totaal van 140 telefoonoproepen kwam er één van een apotheker, één van een laborant, zes van collega huisartsen en zeven van verpleegkundigen.

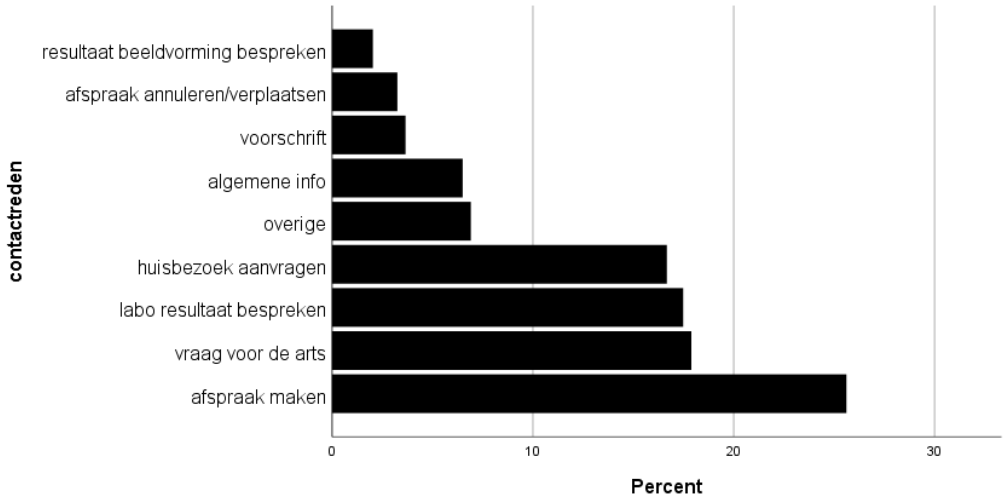


Figuur 3: Verdeling van de bellers volgens leeftijd en geslacht

De reden van contact via de telefoon wordt in onderstaand staafdiagram voorgesteld. Hier werd slechts in 1 geval (d.w.z. 0.4%)geen reden geregistreerd. Van de 247 oproepen dient één vierde om een afspraak vast te leggen. Op de tweede en derde plaats staan ‘vraag voor de arts’ en ‘het bespreken van bloed-/urineonderzoek’ met respectievelijk 17.8 en 17.4%. Niet enkel patiënten telefoneren met vragen voor de arts, ook apothekers, kinesisten, verpleegkundigen uit rusthuizen en collega huisartsen bellen hiervoor op.

In 16.6% van de gevallen vraagt met een huisbezoek aan en in 6.5% wenst men algemene informatie over de praktijk. In een minderheid van de telefoons wordt gevraagd voor een voorschrift (3.6%) of om een afspraak te verzetten of annuleren (3.6%). Het minst wordt gebeld om een onderzoek van medische beeldvorming te bespreken (2.0%).

6.5% van de oproepen valt onder de categorie ‘overige’, dit omvat vooral vragen naar een attest of meldingen van bijvoorbeeld een ontslag uit het ziekenhuis.



Figuur 4: Reden tot contact (telefoon)

5.1.3 Gebruik van communicatiekanalen in de praktijk (bevraging van de huisartsen)

De artsen geven aan dat de patiënten hen op dit moment meestal via telefoon, via e-mail of via de post contacteren en dit om afspraken te maken, om advies te vragen en om laboresultaten te bespreken. Bij één van de huisartsen (H1) wordt ook sms gebruikt. Om zelf patiënten te contacteren gebruiken beide artsen meestal de telefoon. Ook hier gebruikt één van de collega's soms de sms om te communiceren (H1) terwijl de andere collega (H2) eerder de e-mail verkiest. Er is een website ter beschikking met een online agenda maar deze wordt nog niet gebruikt om patiënten persoonlijk te contacteren.

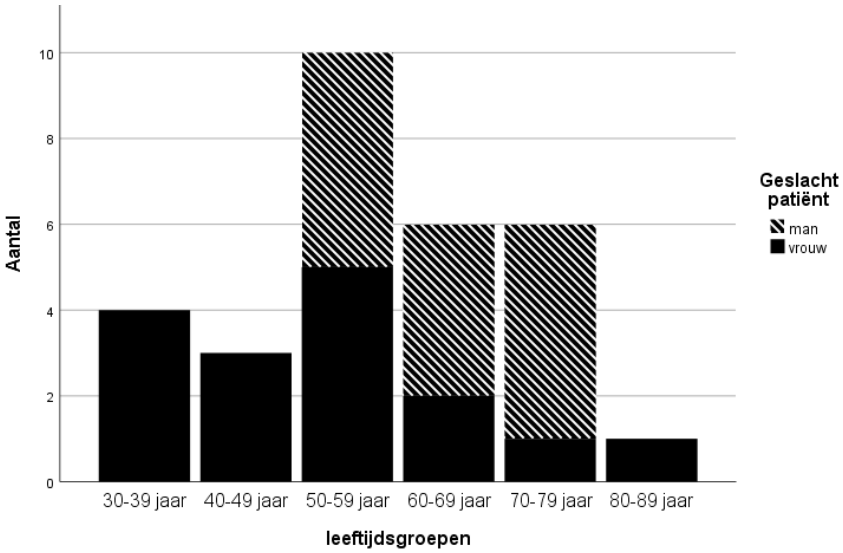
Ook om resultaten mee te delen, wordt het vaakst de telefoon gebruikt en dit voor zowel de bloedonderzoeken als de medische beeldvorming. Sms wordt niet benut. In het geval van een bloedonderzoek maakt de ene arts (H2) ook gebruik van de post en in derde instantie van de e-mail. Het communicatiemiddel die gekozen wordt, hangt ook af van de urgentie van het resultaat. De andere arts (H1) gebruikt geen e-mail maar ziet de patiënt liever terug op de consultatie. Voor het meedelen van de uitslag van beeldvorming wordt geen post gebruikt, verder lopen de voorkeuren hiervoor gelijk als bij het bloedonderzoek.

Beide artsen hebben het liefst dat de patiënt zelf contact opneemt om zelf geen resultaten over het hoofd te zien. Indien het echter om een dringend resultaat gaat, zullen de artsen sneller zelf de patiënt contacteren.

5.1.4 Gebruik van communicatiekanalen in de praktijk (bevraging van de patiënten)

Tabel 5: Leeftijdsverdeling van de deelnemers

	Frequentie	%
31	1	3,3
33	2	6,7
38	1	3,3
41	2	6,7
49	1	3,3
51	1	3,3
53	1	3,3
54	2	6,7
56	1	3,3
57	1	3,3
58	2	6,7
59	2	6,7
64	1	3,3
66	1	3,3
67	1	3,3
68	2	6,7
69	1	3,3
70	2	6,7
72	2	6,7
74	1	3,3
79	1	3,3
89	1	3,3
Totaal	30	100



Figuur 5: Overzicht van de deelnemende patiënten volgens leeftijd en geslacht

Er werden 75 enquêtes verdeeld in de praktijk waarvan 30 patiënten uiteindelijk deelnamen aan de bevraging. De jongste deelnemer was 31 jaar, de oudste 89 jaar. De gemiddelde leeftijd was 58,43 jaar. In 'tabel 5' wordt de leeftijdsverdeling weergegeven. Er waren 16 vrouwen (53.3%) en 14 mannen (46.7%). De vijftigers vormden de grootste groep, namelijk 33% van het aantal deelnemers. Dit komt overeen met de leeftijdsverdeling van de totale GMD-houdende populatie van de praktijk. (Cf. supra)

5.1.4.1 *Redenen tot contact*

Aan de hand van ja/nee vragen werd bevraagd aan de patiënten welke hun voornaamste redenen tot contact waren. Twee derden van de patiënten gaf aan dat ze omwille van administratieve vragen de praktijk contacteren (vb.: een afspraak maken). 86,7% nam contact op in verband met resultaten van onderzoeken en 90% omdat ze medisch advies wensten. Acht patiënten (26,7%) gaven nog een andere reden van contact. De voornaamste hiervan waren: opvolging van een gezondheidstoestand en vragen rond een contact die men had met een arts-specialist.

Tabel 6: Overzicht van de contactredenen zoals aangegeven door de deelnemende patiënten.

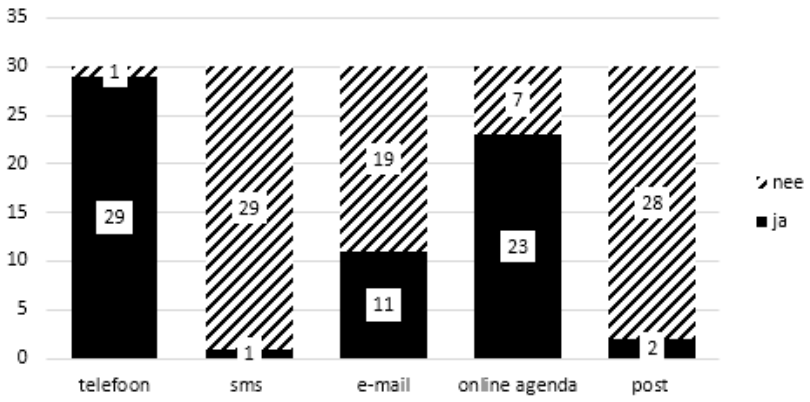
	Ja	Nee	Niet ingevuld	Totaal
Medisch advies	27 (90%)	2 (6.7%)	1 (3,3%)	30
Resultaten	26 (86,7%)	3 (10%)	1 (3,3%)	30
Administratie	20 (66.7%)	10 (33,3%)	0 (0%)	30
Andere	8 (26,7%)	22 (73,3%)	0 (0%)	30

5.1.4.2 *Voorkeurskanalen voor contact*

De patiënten werd gevraagd welke communicatiekanalen (telefoon, e-mail, sms, online agenda en post) ze reeds gebruikt hadden en welke hun voorkeur hadden.

Van alle kanalen gaf 96% van de patiënten (29 van de 30) aan dat ze de telefoon het vaakst gebruikten. Eén derde antwoordde op deze vraag de online agenda en één iemand e-mail. Eén iemand (3.3%) gaf hierop geen antwoord.

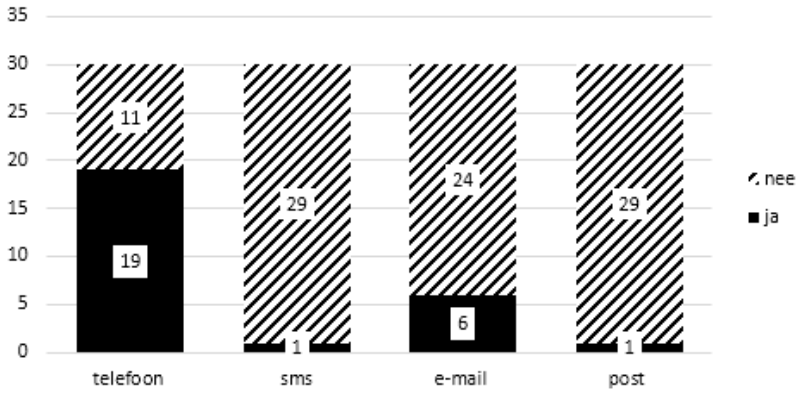
Figuur 6 geeft aan welke communicatiekanalen gebruikt worden door de patiënten. Bij deze vraag waren er geen ontbrekende waarden. Sms en de briefpost werden het minst gebruikt door de deelnemers: respectievelijk 3.3% en 6.7%. De belangrijkste redenen om een bepaald communicatie-kanaal te verkiezen waren gemak en snelheid.



Figuur 6: Welke communicatiekanalen worden gebruikt door de patiënten om de praktijk te contacteren?

Vervolgens werd bevraagd via welke communicatiekanalen de patiënten reeds, door de arts/praktijk, gecontacteerd werden in het verleden. Het meest gebruikte kanaal was de telefoon: in 63% van de gevallen. Op de tweede plaats stond de e-mail met 20%. De briefpost en de sms werden allebei slechts bij één patiënt gebruikt (0.3%). Eén derde van de patiënten werd nog op geen enkele manier door de arts gecontacteerd.

De patiënten gaven aan dat de belangrijkste reden voor contact door de huisarts het bespreken van resultaten was.



Figuur 7: Welke communicatiekanalen worden door de arts gebruikt om de patiënten te contacteren?

De deelnemers werden ten slotte nog gevraagd of ze nog andere kanalen kenden om de praktijk te contacteren: hierop antwoordde 86.7% “neen” en gaf de overige 13.3% geen antwoord.

In het volgende punt werd bevraagd welke kanalen men prefereerde om resultaten te vernemen. Dit werd opgesplitst in drie types: resultaten van een bloedonderzoek, resultaten van medische beeldvorming en resultaten van specialisten/ziekenhuisopnames. Hierbij werd gevraagd om een rangschikking (nummer 1 →5) te maken van de communicatiekanalen. (Tabel 7) Daarnaast werd ook gepolst naar de argumenten die de patiënten hadden om een bepaald communicatiekanaal te verkiezen. (Tabel 8)

→ *Het vernemen van resultaten i.k.v. een bloedonderzoek.*

Alle deelnemers hadden een favoriet aangeduid maar de posities 2 t.e.m. 5 werden niet altijd ingevuld. 17 van de 30 patiënten (56,7%) gaf de voorkeur aan de telefoonoproep. 6 patiënten (20%) kozen als favoriet de consultatie, 5 patiënten (16.7%) kozen voor de e-mail en 2 voor de briefpost (6.7%). Niemand prefereerde om de laboresultaten te verkrijgen via sms.
Indien hun eerste keuze niet mogelijk is, koos het merendeel voor een consultatie (40%) of een telefoonoproep (26.7%). E-mail en briefpost werden beiden maar in 6.7% gekozen en sms maar door 1 deelnemer.
De initiatie tot contact gebeurt in het merendeel, namelijk 70% van de gevallen, door de patiënt zelf. 3 patiënten (10%) antwoordden dat de huisarts het initieerde. 2 patiënten (6.7%) antwoordden dat zowel de huisarts als henzelf dit deden.

→ *Het vernemen van resultaten van medische beeldvorming.*

Voor het bespreken van radiologische resultaten vulden opnieuw alle deelnemers hun “nummer 1” in. Eén patiënt had twee antwoorden op nummer 1 geplaatst waardoor het totaal

aantal ingevulde favorieten op 31 komt. Bij de nummers 2 t.e.m. 5 waren enkele 'missing values'.

De voorkeur van achttien patiënten (60%) ging uit naar een consultatie om beeldvorming te bespreken. Acht onder hen verkozen de telefoon (26.7%) en vijf de e-mail (16.7%). Zoals eerder vermeld gaf één patiënt (3.3%) de voorkeur aan zowel de consultatie als de telefoon. Als tweede keuze gaf men, in dalende volgorde, de telefoon op (53.3%), de consultatie (13.3%), de e-mail (6.7%) en de post (3.3%).

Het contact werd meestal geïnitieerd door de patiënt. (Dit was zo bij 56.7% van de deelnemers.) Vier patiënten (13.3%) gaven aan dat de arts hen contacteerde hieromtrent, zes patiënten (20,0%) antwoordden dat zowel henzelf als de arts contact opnamen. Van de dertig participanten hadden er drie geen antwoord gegeven op deze vraag.

→ *Het vernemen van resultaten van specialisten/ziekenhuisopnames.*

Eén patiënt gaf drie opties (namelijk telefoon, e-mail of consultatie) aan als voorkeur. 70% koos voor de consultatie om dit te bespreken. Acht patiënten (26.7%) opteerden voor de telefoon en drie voor de e-mail (10%). Als tweede keuze gaf men in dalende orde de telefoon, de e-mail en de consultatie op. Ook hier behoren de sms en de briefpost niet tot de favoriete communicatiekanalen.

Bij het bespreken van deze resultaten werd de arts in 60% gecontacteerd door de patiënt. In 13.3% was het de arts die dit initieerde. Eén patiënt (3.3%) antwoordde dat beiden dit deden, zeven deelnemers hebben niets ingevuld.

Tabel 7: Voorkeuren aangegeven door de deelnemende patiënten voor het vernemen van resultaten

Resultaten bloedonderzoek	Nummer 1	Nummer 2	Nummer 3	Nummer 4	Nummer 5
Telefoon	17 (56.7%)	8 (26.7%)	3 (10%)	1 (3.3%)	0 (0%)
E-mail	5 (16.7%)	2 (6.7%)	8 (26.7%)	1 (3.3%)	2 (6.7%)
Sms	0 (0%)	1 (3.3%)	0 (0%)	7 (23.3%)	8 (26.7%)
Post	2 (6.7%)	2 (6.7%)	1 (3.3%)	5 (16.7%)	7 (23.3%)
Consultatie	6 (20.0%)	12 (40.0%)	5 (16.7%)	0 (0%)	2 (6.7%)
Resultaten beeldvorming					
Telefoon	8 (26.7%)	16 (53.3%)	3 (10%)	0 (0%)	0 (0%)
E-mail	5 (16.7%)	2 (6.7%)	9 (30%)	0 (0%)	2 (6.7%)
Sms	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (30%)	7 (23.3%)
Post	0 (0%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)	5 (16.7%)	10 (33.3%)
Consultatie	18 (60%)	4 (13.3%)	3 (10%)	0 (0%)	0 (0%)

Resultaten arts-specialist					
Telefoon	8 (26.7%)	7 (23.3%)	5 (16.7%)	1 (3.3%)	0 (0%)
E-mail	3 (10%)	5 (16.7%)	7 (23.3%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)
Sms	0 (0%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)	6 (20.0%)	8 (26.7%)
Post	0 (0%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)	5 (16.7%)	10 (33.3%)
Consultatie	21(70%)	3 (10%)	2 (6.7%)	1 (3.3%)	0 (0%)

Tabel 8: Argumenten die patiënten aangaven bij de vraagstellingen om hun keuze te onderbouwen.

Telefoon	Mogelijkheid tot bespreken van de resultaten en om vragen te stellen.	Indien het resultaat goed is, is het vlug genoteerd.	De resultaten worden beter verstaanbaar.	Snelle communicatie.	Persoonlijk contact.
	Respons van de arts geeft geruststelling.	Zeer direct kanaal.	-	-	-
Consultatie	Persoonlijk contact.	Mogelijkheid tot uitleg en vragen.	Nuttig indien de uitleg te uitgebreid is voor aan de telefoon.	Mogelijkheid tot medicatie-aanpassingen of voorschriften	De uitleg is gemakkelijker te volgen dan via de telefoon.
	Mogelijkheid tot shared decision making.	-	-	-	-
E-mail	Minder papier.	Flexibel, kan buiten werkuren.	Mogelijkheid tot nalezen van de resultaten.	Duidelijkheid	Gaat vlot, duurt minder lang dan post.
Post	Mogelijkheid tot meenemen naar de specialist.	De bloedresultaten kunnen bekeken worden vooraleer men op consultatie gaat.	-	-	-
Sms	-	-	-	-	-

5.2 Wat is de mening van de huisartsen en patiënten rond het gebruik van de verschillende communicatiekanalen?

5.2.1 Bevraging van de huisartsen

5.2.1.1 *Telefoon*

Over de telefonische bereikbaarheid zijn beide artsen wel tevreden. Soms wordt de praktijk wel overstelpt met telefoons. De belangrijkste redenen waarom doorgeschakeld wordt naar de

arts zijn het bespreken van resultaten en de vraag om medisch advies. Afspraken dienen de artsen zelden zelf te maken.

Van het telefoonuurtje zijn beide collega's tevreden: het bezorgt hen een zekere rust tijdens de consultaties. Het belangrijkste nadeel is volgens allebei wel de drukte tijdens dat uur: er is geen tijd voor andere taken en als de raadpleging eens uitloopt is het soms niet doenbaar.

5.2.1.2 *E-mail*

E-mail wordt nog niet zo vaak gebruikt in de praktijk. Beide artsen worden maar af en toe eens op deze manier gecontacteerd door patiënten en dit meestal over resultaten of advies. Eén arts (H1) verstuurt zelf maar zelden e-mails: hij ziet er weinig voordelen in. De andere collega (H2) mailt zelf een tweetal keer per week, vooral om niet dringende resultaten door te sturen of omwille van praktische/administratieve redenen. Er wordt steeds toestemming gevraagd aan de patiënt vooraleer een e-mail verstuurd wordt.

De belangrijkste voordelen zijn volgens hem de flexibiliteit en de bereikbaarheid: het kan gebeuren op een rustig moment en de patiënt is via dit kanaal soms gemakkelijker bereikbaar dan via de telefoon.

Een belangrijk nadeel dat aangegeven wordt door beide artsen is dat patiënten soms zeer snel antwoord verwachten en dat er dus problemen kunnen optreden als de mailbox niet frequent genoeg bekeken wordt. Eén arts (H2) geeft ook aan dat sommige patiënten wel misbruik kunnen maken van de e-mail om zo niet meer op consultatie te hoeven komen. Het is volgens hem dus wel belangrijk om afspraken te maken over wat wel en niet kan.

5.2.1.3 *Sms*

Over de sms als communicatiemiddel zijn beide artsen het eens: het is omslachtig, ze zien er geen voordelen in en ze gebruiken het enkel als het niet anders kan.

5.2.1.4 Website – patiëntenportaal

Over het gebruik van een beveiligde website om informatie uit te wisselen (zoals resultaten e.d.) zijn de meningen verdeeld. Eén arts (H1) heeft er geen interesse in, de andere arts (H2) wenst er meer informatie over en ziet het bijvoorbeeld wel als een goed alternatief voor de e-mail.

5.2.2 Bevraging van de patiënten

5.2.2.1 *Telefoon*

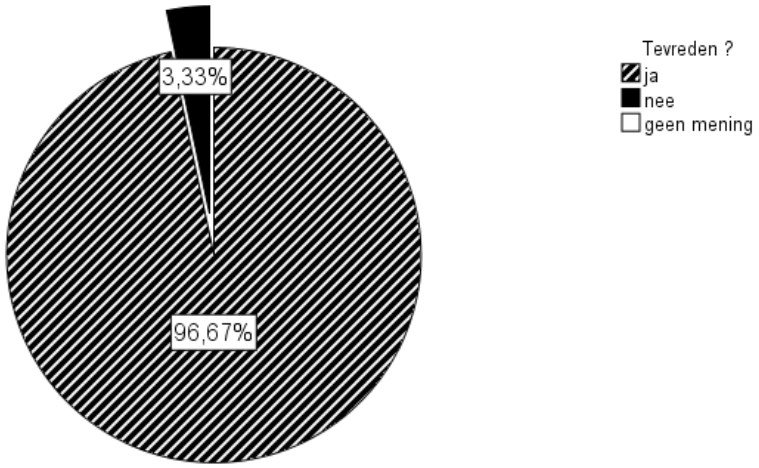
Aan de patiënten werd gevraagd om welke redenen men telefoneert naar de praktijk. In de onderstaande tabel wordt hiervan een overzicht gegeven.

Tabel 9: Overzicht van de redenen tot telefoneren naar de praktijk

	Ja	Nee	Missing value
Afspraak maken/verzetten/annuleren	23 (76,6%)	6 (20%)	1 (3,3%)
Medisch advies	17 (56,6%)	13 (43,3%)	0 (0%)
Administratieve vraag/ vraag rond het praktijkgebeuren	7 (23,3%)	22 (73,3%)	1 (3,3%)
Resultaten bespreken	21 (70%)	8 (26,6%)	1 (3,3%)
Aanvraag attest, voorschrift, …	11 (36,6%)	18 (60%)	1 (3,3%)
Andere?	0 (0%)	30 (100%)	0 (0%)

Tevens werd gepolst naar de tevredenheid van de patiënten over de telefonische bereikbaarheid van de praktijk in het algemeen. Zoals op onderstaande figuur aangetoond, vonden 29 op de 30 deelnemers dat ze de praktijk goed telefonisch konden bereiken. Er kwamen twee ontevredenheden uit de vragen: het eerste ging over het discussiëren of een huisbezoek wel terecht was en het tweede ging erover dat diegene die de telefoon opnam niet altijd even vriendelijk over kwam. Daartegenover waren dit de argumenten die de tevreden patiënten gaven:

- ‘Er is altijd iemand van de praktijk bereikbaar.’ / ‘De praktijk is bijna altijd bereikbaar.’
- ‘Ook één van de artsen is steeds te bereiken.’
- ‘Men is vriendelijk en vlot en doet moeite om antwoorden te vinden op de vragen.’
- ‘De contacturen zijn duidelijk vermeld op de website.’



Figuur 8: Tevredenheid bij de patiënten over de telefonische bereikbaarheid van de praktijk

Daarnaast vond 76.7% van de patiënten dat ze eenvoudig een arts konden bereiken als dit nodig was. Slechts één iemand (3.3%) was hier niet tevreden over, de overige 20% had hierover geen mening of had de vraag niet beantwoord.

Op heden is er een telefoonuurtje tussen 19-20uur waarbij de patiënt met de arts kan spreken. Alle meningen van de patiënten zijn hierover positief, de antwoorden varieerden van ‘ok’ tot ‘zeer goed’. De voor- en nadelen hiervan werden ook bevraagd, deze kunnen in de onderstaande tabel (tabel 10) gevonden worden.

Tabel 10: Voor- en nadelen van een telefoonuurtje

Voordelen	Nadelen
Goed voor dringende vragen/ ernstige problemen. Men hoeft niet direct naar de wachtdienst te bellen of naar spoed te gaan.	Als de consultatie nog bezig is, wordt deze soms gestoord. De patiënt in de praktijk moet dan even geduld hebben.
Handig voor mensen die overdag werken om na de uren te kunnen bellen.	Niet handig voor mensen die in ploegen werken.
De arts wordt niet de hele dag gestoord door de telefoon.	Kans op misbruik door patiënten.
Het is gemakkelijk.	Het is soms moeilijk om de arts aan de lijn te krijgen.
Men hoeft niet verschillende keren te bellen om de arts aan de lijn te krijgen.	Stoort het privéleven van de arts.
Zo weet je wanneer de arts zeker bereikbaar is.	
Goed om resultaten te bespreken.	
Er is persoonlijk contact mogelijk met de arts.	

Over een terugbelsysteem waren de meningen verdeeld. 60% vond dit wel een goede oplossing, 16.7% was hier geen voorstander van, 20 % had hier geen mening over (ze hadden hier geen ervaring mee) en 1 iemand had de vraag niet ingevuld. De voorstanders haalden aan dat het nuttig is voor semi-urgente problemen/vragen en dat het gemakkelijker is voor de arts zodat deze kan terugbellen wanneer het past. Ook dat het telefoonuurtje vaak vergeten wordt door de patiënt waardoor een terugbelsysteem wel handig kan zijn. De tegenstanders meenden dat uitstel kan leiden tot afstel van terugbellen, dat dit meer belastend is voor de arts en dat de arts dan soms op een ongelegen moment terugbelt.

5.2.2.2 *Online agenda*

Twee derden van de patiënten gaf aan reeds gebruik gemaakt te hebben van de online agenda. Over de gebruiksvriendelijkheid kon gescoord worden van ‘zeer slecht’ tot ‘zeer goed’. De helft hiervan reageerde ‘zeer tevreden’, 40% was tevreden en 10% was neutraal. Niemand antwoordde ‘slecht’ of ‘zeer slecht’. Argumenten die men gaf, waren:

- “De agenda is duidelijk en overzichtelijk.”
- “Het is gemakkelijk en efficiënt.”
- “Je kan zelf (op je gemak) een afspraak kiezen die voor je past.”
- “Het is altijd ter beschikking.”

Als nadeel van de agenda gaven sommigen wel aan dat de afspraken snel volzet waren: soms kan men pas voor de week nadien een afspraak boeken. De mensen die dit nog niet gebruikt hadden, wisten niet hoe dit moest, hadden geen computer, vonden dit niet nodig of wisten niet dat dit kon.

Bij de online agenda kan gebruik gemaakt worden van een ontvangstbevestiging. In onderstaande tabel wordt hiervan een overzicht gegeven. Hieruit blijkt dat de ontvangstbevestiging via sms slechts door 3 van de 20 patiënten gebruikt wordt. De bevestiging via e-mail wordt daarentegen wel vaak gebruikt, namelijk door 14 van de 20 . Eén van de twintig gebruikers (5%) heeft hier geen antwoord op gegeven. Als motivatie om voor een bevestiging te kiezen wordt volgende respons gegeven: het dient als geheugensteuntje om de afspraak niet te vergeten, het kan opgeslagen worden, het kan vlug geraadpleegd worden bij twijfel, de e-mail wordt vaak gelezen of de gsm heeft men vaak bij. Men kiest soms niet voor een sms omdat dit betalend is en een e-mail gratis. Patiënten die geen bevestiging vragen, gaven aan dat dit niet nodig was of omdat men dit op de thuiskalender schreef.

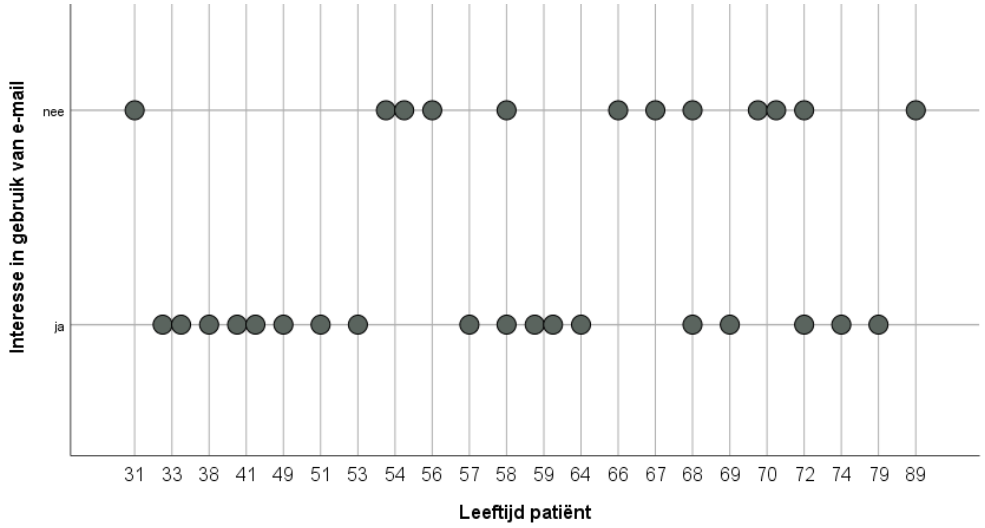
Tabel 11: Frequentie van het kiezen voor een ontvangstbevestiging

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd	Ontbrekende waarde
Ontvangstbevestiging via e-mail	5 (25%)	0 (0%)	1 (5%)	4 (20%)	9(45%)	1 (5%)
Ontvangstbevestiging via sms	16 (80%)	0 (0%)	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)

5.2.2.3 *E-mail*

Iets meer dan de helft (60%) van de deelnemende patiënten is geïnteresseerd in het gebruik van e-mail als communicatiekanaal met zijn huisarts. Ze zouden dit voor verschillende dingen willen gebruiken: om afspraken te maken, voor advies, om resultaten (van bijvoorbeeld een bloedonderzoek) en de nodig uitleg hierbij te krijgen en om brieven uit het dossier op te vragen. De niet-geïnteresseerden geven aan dat ze liever persoonlijk contact hebben met de arts, dat ze geen e-mail gebruiken of dat ze geen pc hebben.

Zoals in onderstaand overzicht (figuur 9) te zien is, is er interesse bij verschillende leeftijdsgroepen. Onder de 50 jaar is 85% geïnteresseerd. Bij de 50-plussers gaat het redelijk gelijk op: 52% is voorstander, 48% is tegenstander.



Figuur 9: Interesse in het gebruik van e-mail met de arts volgens leeftijd

Er werd ook gevraagd naar wat de patiënten als voor- en nadelen van dit communicatiekanaal zien. Deze worden in de volgende tabel opgesomd.

Tabel 12: Voor- en nadelen van e-mail als communicatiemiddel met de huisarts(praktijk)

Voordelen	Nadelen
Minder storen van de arts (minder telefoonoproepen).	Interpretatiefouten zijn mogelijk, er is minder toelichting.
Efficiënt	Onpersoonlijk
Flexibiliteit voor arts als patiënt, niet tijdsgebonden.	Kans op misbruik door sommige patiënten.
Minder tijdsverlies voor arts als patiënt.	Niet gemakkelijk voor pc-leken.
Nuttig voor opvolging van bijvoorbeeld patiënten die in langdurig in opname zijn/ in een instelling verblijft.	Moeilijk voor arts om op alle vragen te antwoorden.
Kan opgeslagen worden.	Niet voor ingewikkelde problemen.
	Niet onmiddellijk respons.

Over de veiligheid zijn de meningen verdeeld. Sommigen zien hierin geen problemen. Anderen geven aan dat dit zeker niet optimaal is, enkele antwoorden op deze vraag waren:

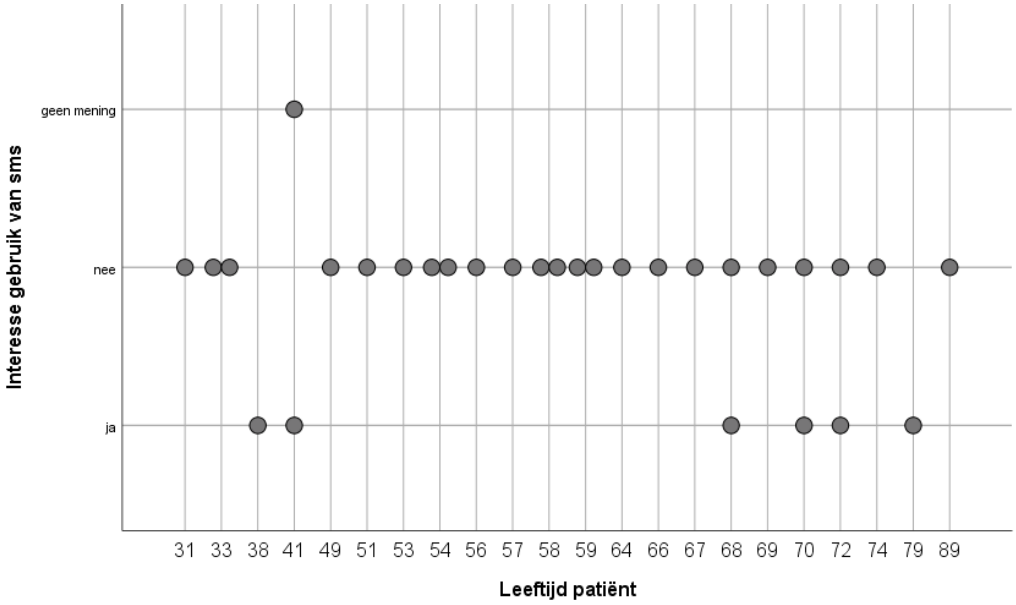
- “Wat delicaat is, moet niet via deze weg maar moet op consultatie besproken worden.”
- “Beide partijen moeten het zelf goed bewaken.”
- “E-health kan hiervoor een oplossing zijn?”
- “Alles kan gehackt worden.”

5.2.2.4 *Sms*

Wat betreft de sms was er veel minder enthousiasme om dit te gaan gebruik. 76.7% had hier geen interesse in. Eén iemand (3.3%) had hier geen mening over. De overige 20% zou het wel gebruiken, bijvoorbeeld als de arts telefonisch niet bereikbaar is of om een afspraak te maken. Leeftijd speelt geen duidelijke rol in het al dan niet interesse tonen voor sms. (Figuur 10)

Verschillende argumenten werden aangereikt om dit niet te gaan gebruiken:

- "De inhoud van een sms is zeer beknopt."
- Sommigen hebben geen gsm of kunnen sms-berichten niet lezen.
- "Er is geen zekerheid dat het correct toekomt."
- "De arts kan niet altijd onmiddellijk antwoorden."
- "De sms is meer voor privégebruik." "Het is nog altijd een dokter en geen vriend."
- "Het is onbeleefd t.o.v. de arts."
- "De mogelijkheid tot telefoneren, e-mailen of op de raadpleging gaan is al voldoende."



Figuur 10: Interesse in het gebruik van sms met de huisarts(praktijk) volgens leeftijd

Ook hierover werd bevraagd wat de patiënten als voor- en nadelen zien. (Tabel 13)

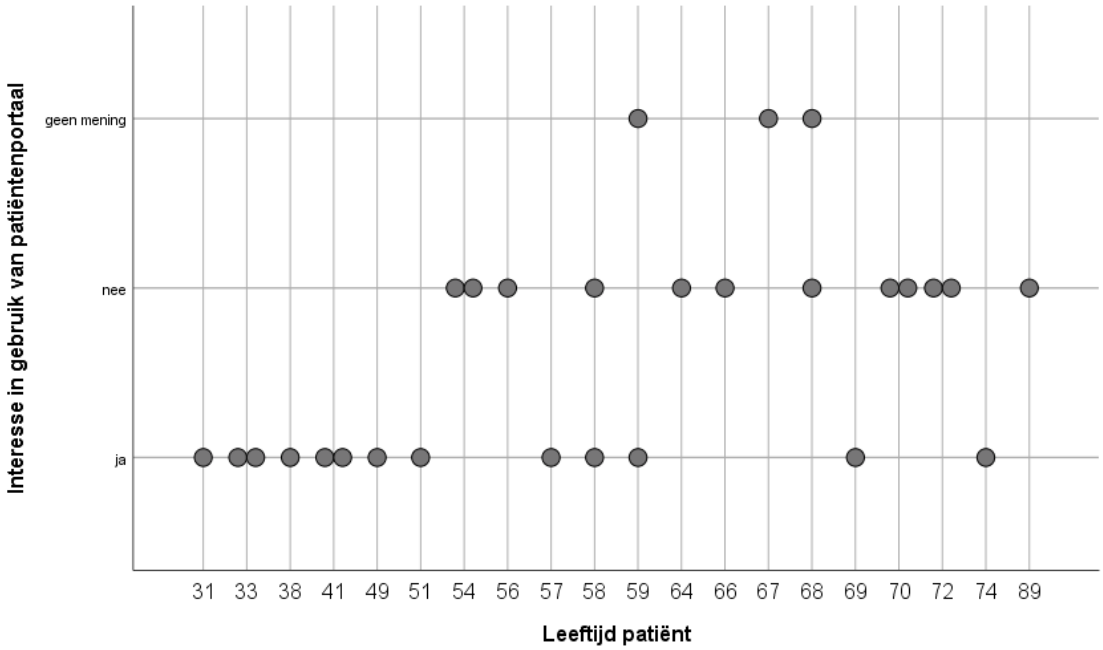
Tabel 1 Voor- en nadelen van sms als communicatiemiddel met de huisarts(praktijk)

Voordelen	Nadelen
Efficiënt.	Beperkte inhoud.
Snel.	Geen rust voor de arts. / Toenemende druk voor de arts.
	Interpretatiefouten mogelijk.
	Geen persoonlijk contact.
	Onprofessioneel.
	Er wordt snel gemist van gsm-nummer.

Ook over de veiligheid van de sms zijn de meningen verdeeld: 16,7% ziet er geen problemen in, 13,3% vindt het onveilig. Eén iemand geeft aan dat hij het ook een onveilig kanaal vindt, maar dat het bijvoorbeeld wel gebruikt kan worden met de vraag om opgebeld te worden. De overige 66.7% heeft er geen mening over.

5.2.2.5 *Website – patiëntenportaal*

De laatste topic die werd bevraagd was het patiëntenportaal, een beveiligde website waarbij de patiënt met een persoonlijke login krijgt om bijvoorbeeld resultaten van bloedonderzoeken te zien. Er werd gepolst naar de interesse van de patiënten hierin. Dertien deelnemers toonden interesse (43,3%), twaalf niet (40%) en drie (10%) hadden geen mening. Er waren twee ontbrekende waarden. (6.7%) Onder de leeftijd van 50 zijn alle patiënten geïnteresseerd, bij de 50-plussers zijn de meningen verdeeld (figuur 11).



Figuur 11: Interesse bij de patiënt in het gebruik van een patiëntportaal

Patiënten geven het aan dat ze een beveiligde website wel zouden gebruiken om resultaten of brieven van specialisten te bekijken. Aanvullende redenen die ze aangeven zijn:

- “Het is interessant om zelf het eigen dossier te kunnen opvolgen/bijhouden.”
- “Er is geen tijdverlies voor de arts en de patiënt om resultaten op te vragen.”
- “Er is meer privacy dan bij het gebruik van e-mail.”
- “Het is gemakkelijk.”
- “Resultaten, van bijvoorbeeld een bloedonderzoek, kunnen zelf afgeprint worden om mee te nemen naar de specialist.”
- “Mogelijkheid tot inkijken van het dossier op gelijk welk moment.”

De tegenstanders gaven enkele argumenten om zo'n patiëntenportaal niet te gaan gebruiken:

- Het niet ter beschikking hebben van internet.
- "Er is geen persoonlijk contact mogelijk."
- "Zonder bijkomende uitleg zijn misverstanden mogelijk doordat resultaten foutief geïnterpreteerd worden."

6. Discussie en besluit: Hoe kan de uitwisseling van informatie tussen huisarts en patiënt buiten de consultatie geoptimaliseerd worden?

Zowel de literatuur als de eigen registratie en de bevraging bij de patiënten tonen aan dat op heden de telefoon één van de meest gebruikte communicatiekanalen in de huisartspraktijk is. 63.3% van de patiënten uit dit onderzoek geeft ook aan dat hun voorkeur naar de telefoon gaat. Een bedenking is hierbij of men hiervoor opteert omdat het zo ingeburgerd is of omdat men er echt ook het meeste voordelen in ziet.

In de literatuur wordt geschreven dat tot de helft van de onderbrekingen tijdens de raadplegingen door telefoonoproepen voor de arts komt. Ook uit de registratie blijkt dat er, ondanks het telefoonuurtje tussen 19-20u, tijdens de dag regelmatig oproepen zijn voor een van de artsen (voornamelijk betreffende medisch advies of bespreken van resultaten). Van de 247 oproepen waren er 92 voor de arts (37,2%) en 49 hiervan vonden tijdens de consultatie-uren (d.w.z. vóór 19 uur) plaats. Dit komt neer op een gemiddelde van 9,8 telefoons tijdens de raadpleging per dag die voor de arts bestemd zijn. Dit wil ook zeggen dat 53.3% van de telefoons die voor de arts bedoeld zijn, niet plaatsvinden tijdens het telefoonuurtje! Zoals blijkt uit het literatuuronderzoek, kan telefoneren tijdens het consultvoeren voor alle partijen (de arts, de persoon die de oproep doet als de patiënt in het kabinet) nadelige gevolgen hebben. (Zie 5.1.1.2)

> *→ Een voorstel tot optimalisatie kan dus zijn om de triage van de telefoonoproepen duidelijker uit te werken. Vervolgens zijn er twee mogelijkheden: de patiënt die geen urgente vraag heeft, laten terugbellen tijdens het telefoonuurtje of het telefoonnummer van de patiënt doorgeven aan de arts zodat deze hem/haar kan terugbellen tijdens datzelfde uur.*

Uit de registratie blijkt dat één vierde van de telefoons naar de praktijk dient om afspraken te maken. 2/3 van de deelnemende patiënten geeft echter aan dat ze de online agenda gebruiken om te boeken. 90% van de gebruikers is hier (zeer) tevreden over. Een minpunt die aangebracht wordt, is dat de agenda wel snel volgeboekt is. Dit is dan waarschijnlijk ook één van de redenen waarom er toch nog zo veel gebeld wordt om afspraken te maken. Andere redenen waarom men de online agenda niet gebruikt, zijn: het niet bezitten van een computer of het niet weten hoe men een afspraak maakt.

> *→ Voorstel tot optimalisatie: Het aanmoedigen van het gebruik van deze online agenda op de website/ in de wachtzaal /door diegene die de telefoon opneemt. Flyers kunnen*

opgesteld worden met de uitleg hoe men een afspraak kan maken en dan ter beschikking gesteld worden in de wachtzaal. Hiernaast kan ook een affiche uitgehangen worden in de wachtzaal of kan een televisiescherm gebruikt worden om dit onder de aandacht te brengen. Een andere mogelijkheid kan zijn om informatiemail te verzenden naar alle patiënten waarvan het e-mailadres ter beschikking is.

→ Het blokkeren van meerdere afspraken bij alle artsen die pas opengesteld worden op de online agenda vanaf de avond voordien/ de dag zelf. De patiënten dienen hiervan dan ook op de hoogte gebracht te worden.

De patiënten gaven aan dat ze niet voor alle soorten resultaten hetzelfde communicatiekanaal prefereren. Voor het resultaat van een bloedonderzoek geeft iets meer dan de helft (56.7%) de voorkeur aan een telefoonoproep, 1 op 5 bespreekt het liever op de consultatie, 16.7% kiest voor e-mail en 6.7% voor de post. Geen enkele patiënt verkiest om zijn resultaat via sms te krijgen. Ook de artsen prefereren hiervoor de telefoon als communicatiekanaal.

Voor de medische beeldvorming prefereert één arts de telefoon terwijl de andere arts verkiest om het op consultatie te bespreken. Voor zowel de uitslagen van beeldvorming als van raadplegingen bij specialisten kiest de meerderheid van de patiënten voor de raadpleging (resp. 60% en 70%). 26.7% koos voor de telefoon voor beide resultaten. E-mail was de favoriet bij respectievelijk 16.7 en 10%. Ook voor deze uitslagen koos niemand voor de sms. Ook de briefpost stond bij niemand op nummer 1.

Uit de registratie blijkt dat er slecht 2 keer gemaild werd tijdens de 5 observatiedagen. De e-mails handelden over bloedresultaten. Dit wordt ook bevestigd door de bevraging van de artsen: 1 arts verstuurt zelden e-mails, de andere een tweetal keer per week. De patiënten geven echter aan dat ze hier wel geïnteresseerd in zijn. 60% zou op deze manier willen communiceren met de praktijk; bij de deelnemende patiënten jonger dan 50 jaar is dit zelf 85%. Bij de 50-plussers is ongeveer de helft pro en de helft contra.

Het versturen van e-mails naar groepen patiënten wordt op heden nog niet aangeboden door meeste de medische programma's. (Zie bijlage.) Dit werd dan ook niet bevraagd in deze masterproef.

→ Voorstel tot optimalisatie? Het beschikbaar stellen van een e-mailadres op naam van de praktijk. Hierbij moeten wel duidelijke afspraken gemaakt worden zodat dit niet misbruikt wordt. Gezien een doorsnee e-mail niet versleuteld is, is dit eigenlijk geen oplossing om resultaten te bespreken. Hiervoor kan dan in de toekomst beter het patiëntenportaal aangewend worden.

Het gebruik van sms werd met weinig enthousiasme onthaald. 76.7% had hier geen interesse in. De leeftijd van de patiënten speelde hier ook geen rol in. Ook de artsen zijn hier geen voorstander van. 20% gaf aan dit wel te willen gebruiken indien de arts telefonisch niet bereikbaar is of om een afspraak te maken. Ik denk dat dit laatste moeilijk realiseerbaar is. Stel dat een bepaalde datum/tijdstip wordt voorgesteld via sms die niet geschikt is voor de patiënt, dan ontstaat een opeenvolging van sms-en om een gepast moment te vinden. Dit kost tijd en moeite bij zowel bij de praktijkmedewerker/arts als de patiënt.

Sms-berichten in kader van preventie is iets wat niet werd besproken in dit onderzoek. Het kan wel een onderwerp zijn voor een nieuwe masterproef. (Cf. infra) Sms wordt op heden ook nog niet aangeboden door de meeste medische softwarepakketten. (Zie bijlage 1.)

→ *Er wordt geen voorstel tot optimalisatie gedaan gezien zowel de artsen als de meerderheid van de patiënten niet achter het gebruik van sms staat.*

Op vlak van privacy en veiligheid zijn de meningen verdeeld, zowel over e-mail als over sms. Belangrijk is dat men, bij het versturen van een bericht op een van deze manier, steeds de toestemming vraagt aan de patiënt. Indien mogelijk moet e-mailen ook versleuteld gebeuren. Dit is echter nog moeilijk op dit moment gezien er weinig mogelijkheden voorhanden zijn om dit zo te doen. Een beveiligd patiëntenportaal met persoonlijke login waarlangs resultaten kunnen bekeken en berichten kunnen verstuurd worden, kan hiervoor een oplossing zijn. Zo'n 43.3% van de patiënten uit deze masterproef toonden interesse in zo'n portaal. 40% was hier niet door geboeid. De overige 10% had hier geen mening over. De portalen staan in België nog maar in hun kinderschoenen. De Vlaamse overheid heeft reeds Vitalink gecreëerd, maar de softwarepakketten moeten hun portalen nog uitwerken. (Zie bijlage 1.)

Over e-mail/ online consultvoering bestaan in België maar weinig richtlijnen/wetgeving, de Orde der Geneesheren raadt wel aan om dit zoveel mogelijk te beperken. (Cf. supra.) Ik meen dat dit iets is die in de nabije toekomst erg zal evolueren. Verder onderzoek rond deze topics is dan ook nodig!

→ *Voorstel tot optimalisatie? Gebruik maken van het beveiligde patiëntenportaal van zodra deze ter beschikking komt?*

Welk communicatiekanaal gebruikt wordt voor welke boodschap is patiëntgebonden. Het is dan ook moeilijk om een algemeen algoritme op te stellen. Men is het er wel over eens dat bij delicate onderwerpen gekozen dient te worden voor de consultatie.

Op basis van deze masterproef, wil ik ook enkele voorstellen tot optimalisatie van de medische softwarepakketten doen:

- Een vereenvoudiging van het versturen van sms of e-mail vanuit het pakket waarbij de berichten ook terechtkomen in een afzonderlijk deel van het dossier van de desbetreffende patiënt.
- Het mogelijk maken van het versturen van berichten naar specifieke patiëntengroepen. Bijvoorbeeld in het kader van preventieve gezondheidszorg zoals het versturen van een herinnering i.k.v. een rappel van het tetanusvaccin aan alle patiënten waarbij de laatste vaccinatie al minimum 10 jaar geleden was.
- Het invoegen van een informed consent in het medisch dossier wat betreft het versturen van e-mails of sms-en. Als de patiënt voor één of beide openstaat, kan dit bijvoorbeeld aangevinkt worden.
- Het opstellen van een patiëntenportaal waarbij de patiënt zich kan inloggen en op deze manier zijn/haar resultaten/ administratieve gegevens kan zien en waarlangs er op een veilige manier berichten gestuurd kunnen worden tussen de patiënt en de arts. Een aandachtspunt hierbij is dat er moet ruimte zijn voor uitleg bij de resultaten zodat foute interpretaties door de patiënt kunnen vermeden worden. Een tweede opmerking is dat er de mogelijkheid moet zijn dat de arts kan aanvinken welke resultaten de patiënt kan zien om zo te vermijden dat patiënten onbedoeld een slecht nieuws boodschap krijgen via het internet.

Beperkingen van dit onderzoek:

Bij het registreren van de telefoonoproepen konden niet alle gegevens ingevuld worden. Vooral de leeftijd werd vaak niet genoteerd: 36.8% van de leeftijden ontbrak. Er dient ook rekening gehouden te worden dat het aantal registratiedagen beperkt was.

Er is steeds een bias bij het afnemen van enquêtes: geïnteresseerden zullen sneller vragen beantwoorden dan patiënten die onverschillig zijn over dat onderwerp. Daarnaast zullen personen die geïnteresseerd zijn in het onderwerp ook vaker uitgebreider antwoorden dan personen die dit enkel maar invullen omdat het hen gevraagd werd.

De enquêtes werden uitgedeeld door de artsen maar er was ook de mogelijkheid om zelf een enquête mee te nemen uit de wachtzaal. De selectiebias (een enquête wordt rapper meegegeven aan iemand waarvan je verwacht dat hij/zij het wel zal invullen) wordt hierdoor toch een beetje gecompenseerd.

Er moet ook rekening gehouden worden dat er de studiepopulatie beperkt was. Er werden 30 van de 3868 GMD-houdende volwassenen bevraagd in deze masterproef (= 0.77%).

Voorstellen tot verder onderzoek?

- Het ideale patiëntenportaal. (Welke elementen omvat dit portaal? Komt de input enkel van de arts of ook van de patiënt?)

- Het gebruik van geautomatiseerde sms-/emailberichten voor bijvoorbeeld preventie of administratieve mededelingen. (Is het financieel haalbaar? Hoe staan patiënten hierover? Heeft het effect?)

- Is het e-consult de toekomst?

Bespreking van deze resultaten met de huisartsen uit de praktijk.

De voorstellen tot beter triëren van de telefoonoproepen en het aanmoedigen van het gebruik van de online agenda lijken wel interessant. Gezien de hoge werkdruk op dit moment, zullen de verdere stappen hieromtrent in een rustigere periode dienen te gebeuren.

In het najaar zal een extra arts starten en zal de praktijk overschakelen op een volledig afsprakensysteem. Vanaf dan zullen inderdaad meer afspraken tot de dag zelf vrijgehouden moeten worden opdat niet alles op voorhand volgeboekt zal zijn. Dit zal op tijd en stond zeker meegedeeld worden aan de patiënten.

Over het gebruik van de e-mail zal eerst verder gebrainstormd worden vooraleer dit kan geoptimaliseerd worden. Het gebruik van sms lijkt ook interessant voor de praktijk maar dan enkel in de richting van arts naar patiënt voor praktische zaken of preventie. Echter, gezien het medisch programma nog geen sms-mogelijkheid aanbiedt, lijkt dit laatste zeer tijdrovend te zijn waardoor hierrond nog geen concrete stappen zullen genomen worden.

Omtrent het patiëntenportaal dienen we geduldig af te wachten gezien er op dit moment nog weinig opties voorhanden zijn.

7. Referenties

1. Wynia MK, Osborn CY. Health Literacy and Communication Quality in Health Care Organizations. Journal of health communication. 2010;15(Suppl 2):102-15.
2. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Health Promot Int. 1998;13(4):349-64.
3. Bogaers K. Telefoonbelasting in de huisartsenpraktijk: kan de telefoondruk verminderen door online contactmogelijkheden? ICHO masterproef 2016-2017.
4. Van der Vennet A. Roodgloeiend telefoongerinkel: bereikbaarheid versus frustratie? ICHO masterproef. 2014.
5. Federale Overheidsdienst Economie KMO, Middenstand en Energie. Barometer van de informatiemaatschappij. 2016. Opgehaald op 3 augustus 2017, van: http://economie.fgov.be/nl/binaries/Barometer_van_de_informatiemaatschappij_2016_tcm325-278973.pdf
6. Eurostat. Archive:Telecommunication statistics. 2013. Opgehaald op 3 augustus 2017, van: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Telecommunication_statistics&oldid=165012#Main_tables
7. Atherton H, Ziebland S. What do we need to consider when planning, implementing and researching the use of alternatives to face-to-face consultations in primary healthcare? Digital Health. 2016;2.
8. Feys E. Verdeel en (be)heers: telefoonorganisatie in een huisartsengroepspraktijk. ICHO masterproef 2013-2015.
9. Grimes GC, Reis MD, Budati G, Gupta M, Forjuoh SN. Patient preferences and physician practices for laboratory test results notification. J Am Board Fam Med. 2009;22(6):670-6.
10. Leekha S, Thomas KG, Chaudhry R, Thomas MR. Patient Preferences for and Satisfaction with Methods of Communicating Test Results in a Primary Care Practice. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2009;35(10):497-501.
11. Boohaker EA, Ward RE, Uman JE, McCarthy BD. Patient notification and follow-up of abnormal test results: A physician survey. Arch Intern Med. 1996;156(3):327-31.
12. Litchfield IJ, Bentham LM, Lilford RJ, Greenfield SM. Test result communication in primary care: clinical and office staff perspectives. Fam Pract. 2014;31(5):592-7.
13. Litchfield IJ, Bentham LM, Lilford RJ, McManus RJ, Greenfield SM. Patient perspectives on test result communication in primary care: a qualitative study. Br J Gen Pract. 2015;65(632):e133-40.
14. Dearden A, Smithers M, Thapar A. Interruptions during general practice consultations--the patients' view. Fam Pract. 1996;13(2):166-9.
15. O'Connor R, Barry N, Dempsey R. Interruptions in General Practice. Ir Med J. 2007;100(9):582-3.
16. Koong AY, Koot D, Eng SK, Purani A, Yusoff A, Goh CC, et al. When the phone rings - factors influencing its impact on the experience of patients and healthcare workers during primary care consultation: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2015;16:114.
17. Brabers A, Reitsma-van Rooijen M. Patiënten over telefonische bereikbaarheid Huisarts & Wetenschap. 2011;54(5).
18. Reisman AB, Brown KE. Preventing Communication Errors in Telephone Medicine: A Case-Based Approach. Journal of General Internal Medicine. 2005;20(10):959-63.
19. Curtis P, Evens S. Doctor-patient communication on the telephone. Can Fam Physician. 1989;35:123-8.
20. Gurol-Urganci I, de Jongh T, Vodopivec-Jamsek V, Car J, Atun R. Mobile phone messaging for communicating results of medical investigations. Cochrane Database Syst Rev. 2012(6):CD007456.
21. Vodopivec-Jamsek V, de Jongh T, Gurol-Urganci I, Atun R, Car J. Mobile phone messaging for preventive health care. Cochrane Database Syst Rev. 2012;12:CD007457.
22. Hall AK, Cole-Lewis H, Bernhardt JM. Mobile text messaging for health: a systematic review of reviews. Annu Rev Public Health. 2015;36:393-415.

23. Muller MD, Moyes SA, Fulcher ML. Text messaging between clinicians and patients – Hve we got thngs unda cntrl? Journal of Primary Health Care. 2016;8(4):351-6.
24. Dash J, Haller DM, Sommer J, Junod Perron N. Use of email, cell phone and text message between patients and primary-care physicians: cross-sectional study in a French-speaking part of Switzerland. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):549.
25. The Radicati Group INC. Email Statistics Report, 2017-2021. 2017.
26. Newhouse N, Lupiáñez-Villanueva F, Codagnone C, Atherton H. Patient Use of Email for Health Care Communication Purposes Across 14 European Countries: An Analysis of Users According to Demographic and Health-Related Factors. J Med Internet Res. 2015;17(3):e58.
27. Sittig DF. Results of a content analysis of electronic messages (email) sent between patients and their physicians. BMC Med Inform Decis Mak. 2003;3:11-.
28. Couchman GR, Forjuoh SN, Rascoe TG, Reis MD, Koehler B, Walsum KLv. E-mail communications in primary care: what are patients' expectations for specific test results? International Journal of Medical Informatics. 2005;74(1):21-30.
29. Car J, Sheikh A. Email consultations in health care: 1—scope and effectiveness. Bmj. 2004;329(7463):435-8.
30. KNMG-richtlijn. Online arts-patiënt contact. KNMG. september 2007.
31. Atherton H, Sawmynaden P, Sheikh A, Majeed A, Car J. Email for clinical communication between patients/caregivers and healthcare professionals. Cochrane Database Syst Rev. 2012;11:CD007978.
32. Goodyear-Smith F, Wearn A, Everts H, Huggard P, Halliwell J. Pandora's electronic box: GPs reflect upon email communication with their patients. Journal of Innovation in Health Informatics. 2005:8.
33. Ye J, Rust G, Fry-Johnson Y, Strothers H. E-mail in patient–provider communication: A systematic review. Patient education and counseling. 2010;80(2):266-73.
34. Bergmo TS, Kummervold PE, Gammon D, Dahl LB. Electronic patient–provider communication: Will it offset office visits and telephone consultations in primary care? International Journal of Medical Informatics. 2005;74(9):705-10.
35. Orde der Artsen. Artsen en digitale media. 2015. Opgehaald op 30 augustus 2017, van: https://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/artsen-en-digitale-media
36. Ammenwerth E, Schnell-Inderst P, Hoerbst A. The Impact of Electronic Patient Portals on Patient Care: A Systematic Review of Controlled Trials. J Med Internet Res. 2012;14(6):e162.
37. Van Roy K. Het gebruik van elektronische patiëntenportalen. Huisarts Nu. 2017;46(1):4-9.
38. Orde der Artsen. Platform ViVidoctor.com – Online teleconsultaties. 2017. Opgehaald op 15 november 2017, van: https://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/platform-vividoctorcom-online-teleconsultaties
39. NHG. NHG voorstander van e-consult met eigen huisarts. 2014. Opgehaald op 3 september 2017, van: https://www.nhg.org/actueel/nieuws/nhg-voorstander-van-e-consult-met-eigen-huisarts
40. KNMG-richtlijn. Omgaan met medische gegevens. KNMG. september 2016.

8. Bijlagen

Bijlage 1: Respons van enkele Nederlandstalige softwareprogramma's over hun mogelijkheden op vlak van sms, e-mail en een patiëntenportaal.

Softwarepakketten → Mogelijkheden↓	**Windoc**	**Careconnect**	**Prodoc**	**Daktari**
Versturen van een sms vanuit het programma	'Neen"	"Neen"	"Neen"	"Voorzien voor de toekomst."
Versturen van een e-mail vanuit het programma	E-mail is mogelijk naar 1 individu per keer. "Met 1 klik kan het standaard e-mailprogramma geopend worden waar het e-mailadres van de patiënt ingevuld wordt."	"E-mail is mogelijk naar 1 individu per keer."	E-mail is mogelijk naar 1 individu per keer. "Er kan wel een gepersonaliseerde afdruk voor een gewenste doelgroep afgedrukt worden."	"Voorzien voor de toekomst."
Is een patiëntenportaal voorzien?	Dit is nog niet mogelijk. "Er wordt wel uitgekeken voor een portaal waar gegevens kunnen opgevraagd of doorgestuurd worden."	Dit is nog niet mogelijk. "In de toekomst zal hiervoor wel een oplossing komen."	Dit is nog niet mogelijk. "Het zit in de roadmap."	Dit is nog niet mogelijk. "Er wordt een eenvoudige versie voorzien eind 2018."

Bijlage 2: SWOT analyse



Bijlage 3: Goedkeuring ethisch comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek (UZP074)

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

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**
	2017/0301	10-mrt-17	Zie "CC"

BETREFT Advies voor monocentrische studie met als titel:
Communicatie en informatie-uitwisseling tussen huisarts en patiënt: Hoe kan het beter? (MaNaMa Cathy Verburgh)
Belgisch Registratienummer: B670201731780
Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier (versie 1) dd. 22/02/2017 (volledig ontvangen dd. 07/03/2017)
* Informatieformulier dd. 16/02/2017
  voor de patiënt (versie 1)
* Toestemmingsformulier dd. 16/02/2017
  voor de patiënt (versie 1)
* Informatieformulier dd. 16/02/2017
  voor de arts (versie 1)
* Toestemmingsformulier dd. 13/02/2017
  voor de arts (versie 1)
* Vragenlijsten
  - patiënt (versie 1) dd. 16/02/2017
  - arts (versie 1) dd. 16/02/2017

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 8/03/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 8/03/2018, 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 8/03/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 8/03/2018, 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 21/03/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/03/2017

- *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)*

Muriel Fouquet
Tel: 09/332 33 36
Muriel.fouquet@uzgent.be

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

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**
	2017/0301	10-mrt-17	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2017/0301

- *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

Bijlage 4: protocol









Vrije Universiteit Brussel

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

COMMUNICATIE EN INFORMATIE-UITWISSELING TUSSEN HUISARTS EN PATIËNT: HOE KAN HET BETER?

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: **AVONTS DIRK**
- FUNCTIE: **GASTPROFESSOR**
- UNIVERSITEIT: **UGENT**
- FACULTEIT/VAKGROEP: **VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG**
- TELEFOONNUMMER: **09 332 33 12**
- FAX: **09 332 49 67**
- E-MAIL: **DIRK.AVONTS@UGENT.BE**
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: **DE MAESENEER JAN**

CO-PROMOTOR

- NAAM: …
- FUNCTIE: …
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): …
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: …
- TELEFOONNUMMER: …
- FAX: …
- E-MAIL: …
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): …

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: **VERBURGH CATHY**
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: **UGENT**
- FACULTEIT: **GENEESKUNDE**
- OPLEIDING: **MASTER HUISARTSGENEESKUNDE**
- TELEFOONNUMMER: **0484/428352**
- E-MAIL: **VERBURGH_CATHY@HOTMAIL.COM**

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: **ZANDERS DIRK**
- ADRES: **KERKLAAN 19, 8400 OOSTENDE**
- TELEFOONNUMMER: **059/701716**
- E-MAIL: **DIRK.ZANDERS@TELENET.BE**
- TYPE-PRAKTIJK: **GROEPSPRAKTIJK (2 ARTSEN + HAIO)**

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: **01/04/2017** (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: **30/09/2018**

7. SOORT ONDERZOEK

- ☐ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
  - ☐ **VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)**
  - ☐ **VRAGENLIJSTEN**
  - ☐ INTERVIEW
- ☐ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
  - ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
  - ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
    - ☐ WELKE PERIODE: ….
- ☐ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
  - ☐ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
    - ☐ FASE I
    - ☐ FASE II
    - ☐ FASE III
    - ☐ FASE IV
    - ☐ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
    - ☐ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
    - ☐ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
  - ☐ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE**,** BLOEDAFNAME, RX,…)
    - ☐ MEDICAL DEVICE
    - ☐ BLOEDAFNAME, RX,…

HET ONDERZOEK ZAL UIT 3 DELEN BESTAAN:

- **PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK**: AAN DE HAND VAN REGISTRATIES ZULLEN GEGEVENS VERZAMELD WORDEN VAN DE PROEFPERSONEN.
- **INTERVENTIONEEL ONDERZOEK**: EEN BEVRAGING VAN DE PATIËNTEN AAN DE HAND VAN EEN VRAGENLIJST (MIXED METHODS: KWALITATIEF EN KWANTITATIEVE BEVRAGING.)
- **INTERVENTIONEEL ONDERZOEK**: EEN BEVRAGING VAN DE ARTSEN AAN DE HAND VAN EEN VRAGENLIJST (MIXED METHODS: KWALITATIEF EN KWANTITATIEVE BEVRAGING.)

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

Inleiding

Eén van de CANMEDS-rollen die een huisarts dient te vervullen is deze van communicator. Communicatie met de patiënt gebeurt zowel tijdens de consultatie als erbuiten via verschillende communicatietechnieken zoals de telefoon. Op heden is de telefoon een veelgebruikt middel, maar in de praktijk is het ook vaak een storend gegeven en een bron van frustratie voor zowel arts als patiënt. Er komen steeds meer kanalen om informatie uit te wisselen ter beschikking maar deze worden nog niet overal optimaal benut.

Onderzoeksvragen

1. Welke methoden om informatie uit te wisselen worden op heden (te weinig) gebruikt in de huisartspraktijk?
2. Hoe kan de uitwisseling van informatie tussen huisarts en patiënt buiten de consultatie geoptimaliseerd worden?
3. Wat is de mening van de huisartsen en patiënten rond het gebruik van de verschillende communicatiekanalen?

Methode

Eerst wordt een literatuuronderzoek verricht om een idee te krijgen van wat de huidige stand van zaken is. Vervolgens zal er onderzoek gebeuren in de praktijk:

- Registratie en analyse van de huidige communicatiekanalen. Op verscheidene tijdstippen zullen volgende zaken geregistreerd worden:
  - Wanneer is er contact tussen artsen/medewerkers en patiënten?

- Hoe verloopt het contact? (Telefoon, e-mail, etc)
- Wat is er reden van het contact?
- Wie is de persoon die contact neemt? (Leeftijd en geslacht zullen geregistreerd worden.)

= Prospectief observationeel onderzoek

- De patiënten zullen bevraagd worden, a.d.h.v. een vragenlijst met open en gesloten vragen, over de huidige manieren om informatie uit te wisselen en over de mogelijkheden tot verbetering hiervan.

  = Interventioneel onderzoek, mixed-methods (kwalitatief én kwantitatief)
- De artsen zullen hier eveneens over bevraagd worden a.d.h.v. een vragenlijst met open en gesloten vragen.

  = *Interventioneel onderzoek, mixed-methods (kwalitatief én kwantitatief)*

Deze gegevens zullen gecodeerd worden.
Vervolgens worden de resultaten vergeleken worden met de literatuur en zal een verbeterplan opgesteld worden. Deze voorstellen kunnen daarna afgetoetst worden bij de huisartsen in de praktijk.

Welke resultaten worden verwacht?

Er wordt verwacht een beter inzicht te krijgen in de huidige communicatiekanalen in de huisartsenpraktijk.
Aan de hand van de analyse zullen voorstellen gedaan worden om informatie-uitwisseling te bevorderen en op deze manier de praktijkvoering te verbeteren.

Welke winst levert het project op?

Een kans op het optimaliseren van de tijdsbesteding van de artsen en de medewerkers in de praktijk. Daarnaast kan het ook een vlottere, minder onderbroken consultatievoering teweegbrengen waardoor de kans op fouten kleiner wordt en de tevredenheid bij de patiënt groter wordt.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ❑ **EPIDEMIOLOGISCH**

PRAKTIJKVERBETEREND/MANAGEMENT

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT AAN)…**UGENT** ..... (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?
   - ❑ **JA**
   - ❑ NEEN

- COLLEGA-ARTSEN
- PATIËNTEN IN DE WACHTZAAL (ZOWEL GEZONDE ALS PATIËNTEN LIJDEN AAN EEN AANDOENING)

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?
   - ❑ **JA**
   - ❑ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: **30**

D. LEEFTIJD : **VOLWASSENEN**

E. GESLACHT : **ALLE**

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? …**DE BEHANDELEND ARTS ZAL SCHRIFTELIJK EN/OF MONDELING TOESTEMMING VRAGEN AAN DE PATIËNT OM DEELNAME AAN HET PROJECT TE OVERWEGEN. DE ENQUÊTES MET BIJBEHORENDE INFORMED CONSENT EN INFORMATIEBLAD ZULLEN TEVENS IN DE WACHTZAAL TER BESCHIKKING GESTELD WORDEN.**

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?
   - ❑ **JA**
   - ❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

- ❑ **JA: VIA EEN APART TOESTEMMINGSFORMULIER**
- ❑ NEEN

MONDELING :

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? …

ER ZAL OOK EEN BEVRAGING UITGEVOERD WORDEN BIJ DE ARTSEN WERKEND IN DE PRAKTIJK.

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD?

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD?

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT. WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

Optimaliseren van (telefonisch) medisch advies, meedelen van resultaten van labo en medische beeldvorming. Organisatorische aanpak in de opleidingspraktijk. (dr Gert Steel, 2015-2016, promotor Prof. Dr. Avonts)

In dit onderzoek werd op zoek gegaan naar een manier om de telefonische drukte te verminderen. Het resultaat was dat een terugbelafspraak zorgt voor een subjectieve daling van de telefoondrukte. Dit onderzoek wordt gedeeltelijk hernomen. De verschilpunten zijn de doelgroep (een andere praktijk met andere artsen en een andere patiëntenpopulatie) en er wordt ook gekeken naar andere communicatiekanalen (naast de telefoon).

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

- ❑ JA:
- ❑ **NEEN**

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

- ❑ **JA: ER WORDT GEPOOGD OM AAN DE HAND VAN DE VOORSTELLEN DE KWALITEIT VAN DE PRAKTIJKVOERING TE VERBETEREN.**
- ❑ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

- ❑ **WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT**
- ❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.
  WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...
- ❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.
  WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

ER WORDEN GEEN PREPARATEN GEBRUIKT.

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS? **HET MEDISCH TOEZICHT WORDT WAARGENOMEN DOOR DE HUISARTS-IN-OPLEIDING EN DE PRAKTIJKOPLEIDER.**

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

VIA DE WACHTPERMANENTIE.

NAAM VAN DEZE ARTS ? **VERBURGH CATHY (HAIO), DR ZANDERS DIRK (PRAKTIJKOPLEIDER**)

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

ER WORDEN GEEN PREPARATEN OF NIEUWE METHODES GEBRUIKT. ER ZULLEN ENKEL VRAGENLIJSTEN AFGENOMEN WORDEN EN GEOBSERVEERD WORDEN.

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : ...

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN
WELKE .....
OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES
WELKE .....
OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : ..ER ZULLEN **VRAGENLIJSTEN** AFGENOMEN WORDEN.

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

- ☐ **NIET VAN TOEPASSING**
- ☐ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:
  - ☐ ERELOON:
  - ☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING
DATUM : 17/02/2017
NAAM : VERBURGH CATHY
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER
DATUM : 20/02/17
NAAM :
HANDTEKENING :

PROMOTOR
DATUM : 17/2/2017
NAAM :
HANDTEKENING : D.AVONTS

CO-PROMOTOR
DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)
DATUM : 22.02.17
NAAM : PROF. DR. J. DE MAESENEE
HANDTEKENING :