DE TELEFOON, EEN NOODZAKELIJK KWAAD

Kwaliteitsverbeterend onderzoek naar het verminderen van de telefoonbelasting in de huisartsenpraktijk

VERYSER Evelien, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk AVONTS, Universiteit Gent

Co-promotor: Prof. Dr. Diego SCHRANS, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

DANKWOORD

Graag had ik de tijd en ruimte genomen om enkele mensen te bedanken. Zonder hen was het schrijven van deze scriptie veel minder vlot verlopen.

Eerst en vooral had ik graag mijn promotor, dokter Avonts, en co-promotor, dokter Schrans, bedankt voor hun tijd, goede begeleiding en inspiratie.

Ook mijn praktijkopleider, dokter Philip Christiaens, en de secretariaatsmedewerkster, Jessica, wens ik graag te bedanken. Enerzijds voor hun medewerking aan dit project en aan de veranderingen die in de praktijk werden doorgevoerd, anderzijds voor de gegunde tijd om dit project tijdig af te werken. Tevens wil ik ook de patiënten bedanken die meegewerkt hebben aan dit onderzoek.

Ook mijn collega HAIO's en STACO zijn een steun, luisterend oor en inspiratiebron geweest in dit hele proces.

ABSTRACT

CONTEXT De telefoonbelasting in de huisartsenpraktijk: een hot topic. Zowel artsen als patiënten ervaren deze telefoonbelasting vaak als storend. Een nog *hotter* topic is dan ook hoe we dit actuele probleem kunnen aanpakken om een betere communicatie mogelijk te maken en zonder in te boeten aan kwaliteit van de zorg.

ONDERZOEKSVRAAG Door middel van welke interventies zou de telefonische belasting van de huisartspraktijk verminderd kunnen worden en welk effect heeft dit op de kwaliteit van de hulpverlening?

METHODE Dit kwaliteitsverbeterend praktijkonderzoek werd opgesteld volgens het FOCUS-stappenplan. Er werd gebruik gemaakt van een *mixed method*. Na een literatuuronderzoek werden de gegevens voor het praktijkonderzoek verzameld: een objectieve telefoonregistratie enerzijds en een subjectieve patiëntenenquête anderzijds. Na analyse van deze gegevens werden een aantal interventies doorgevoerd volgens de PDCA-cyclus: het invoeren van een onlineafsprakensysteem en het afschaffen van de telefonische verlengvoorschriftjes. Om het effect van de interventies te beoordelen op de telefoonbelasting werd de telefoonregistratie herhaald. De kwaliteit van de hulpverlening werd geobserveerd door de artsen en het subjectieve effect bij de patiënten werd geëvalueerd aan de hand van een semigestructureerd interview, 2 maanden na doorvoeren van de veranderingen.

RESULTATEN De telefoonregistratie toont dat het overgrote deel van de telefoontjes gaat over maken van afspraken, gevolgd door het bespreken van resultaten en het aanvragen van telefonische voorschriftjes. Het drukste telefoonmoment ligt tussen 8 en 9u en dan wordt overwegend gebeld voor het maken van een afspraak. De patiënten zijn best tevreden met een gemiddelde score bijna 8/10 en ze vinden dat er een goede communicatie is met de arts. Van de ondervraagden is 73% akkoord of helemaal akkoord met de stelling dat ze de huisartsenpraktijk goed kunnen bereiken. Maar ze geven ook aan dat de consultaties frequent onderbroken worden en dat ze dit storend vinden. Ze geven aan gebruik te maken van een online afsprakensysteem en zijn zeer tevreden over het bespreken van de laboresultaten. Maar ook de frequente bezettoon (voornamelijk ’s morgens) en het feit dat de patiënten ‘niet gemakkelijk binnen geraken’ worden frequent vermeld.
Na het invoeren van de interventies, is het totale aantal telefoons gezakt. Het percentage telefoons voor een afspraak is gedaald van 62% naar 42%. Ook het percentage telefoons voor aanvragen van telefonische voorschriften is gezakt van 11% naar 7%. Verder zien we een betere spreiding van de telefoons tijdens het tweede registratiemoment. Het gebruik van het onlineafsprakensysteem stijgt en twee maanden na implementatie wordt 25% van de afspraken online geboekt. De interviews tonen dat het onlineafsprakensysteem met veel enthousiasme onthaald wordt. Het afschaffen van de telefonische voorschriften op verzet, vooral bij de patiënten die hier in het verleden reeds gebruik van maakten.

CONCLUSIE Dit is een geslaagd praktijkverbeterproject, dat geïntegreerd wordt in de praktijkwerking mits het verder begeleiden van de groep patiënten die in het verleden reeds gebruik maakte van de telefonische voorschriften. Het kan in de toekomst eventueel nog uitgebreid worden met het implementeren van een website en terugbelafspraak voor het meedelen van laboresultaten.
Verder onderzoek zal moeten uitwijzen wat de rol van de thuisapotheker, het gedeelde medicatieschema of de online toegang van de patiënt tot zijn eigen GMD zou kunnen zijn in het verlengen van de chronische medicatie.

INHOUDSTABEL

INLEIDING 1
1. SITUATIESCHETS 1
2. DOELSTELLING PROJECT 1

LITERATUURSTUDIE 2
1. ONDERZOEKSVRAAG 2
2. METHODE 2
3. RESULTATEN 2
A. De telefoon: communicatiemiddel of stoorzender? 2
B. Richtlijnen omtrent telefonische beschikbaarheid 4
C. De telefoonbelasting verminderen: praktisch? 5
4. CONCLUSIE 7

METHODE PRAKTIJKONDERZOEK 8

TELEFOONREGISTRATIES 9
1. Methode 9
2. Resultaten 9
3. Bespreking 12

PATIËNTENENQUÊTES 13
1. Methode 13
2. Resultaten 13
3. Bespreking 18

OBSERVATIES 21
1. Methode 21
2. Resultaten 21
A. Spontane observaties 21
B. Gebruik online agenda 21
3. Bespreking 23

TELEFOONBEVRAGING 24
1. Methode 24
2. Resultaten 24
3. Bespreking 27

DISCUSSIE 28
1. SAMENVATTING RESULTATEN 28
A. Hoe kunnen we de telefoonbelasting verminderen? 28
B. Is de telefoonbelasting ook effectief verminderd? 29
C. Welk effect heeft dit op de kwaliteit van de hulpverlening? 30
2. STERKTES 31
3. BEPERKINGEN 31
4. VERDERE EVALUATIE PROJECT 32
A. Hoe kan het project verbeterd worden? 32
B. Extrapolatie naar waarde voor praktijk in Vlaanderen? 33

CONCLUSIE 35

BIBLIOGRAFIE 36

BIJLAGEN 38
1. BIJLAGE 1: FOCUS-procedure en PDCA-cylus 39
2. BIJLAGE 2: Visgraatanalyse 40
3. BIJLAGE 3: Schematisch overzicht van de gevolgde procedure en ingevoerde interventies 41
4. BIJLAGE 4: Registratie telefoonoproepen 42
5. BIJLAGE 5: Patiëntenenquête 43
6. BIJLAGE 6: Protocol ethisch comité 45
7. BIJLAGE 7: Goedkeuring ethisch comité 47

INLEIDING

1. SITUATIESCHETS

In mijn huidige opleidingspraktijk is de telefoon het enige communicatiemiddel tussen patiënt enerzijds en artsen anderzijds. In de voormiddag worden de telefoons beantwoord door de secretariaatsmedewerkster en verlopen de consultaties vlot en ongestoord. Tussen 12u en 16u30 is het secretariaat gesloten en zijn de artsen op huisbezoek. Telefonische oproepen worden doorgeschakeld naar het antwoordapparaat maar voor dringende zaken kunnen de patiënten een van de artsen bereiken op de wachttelefoon. Tijdens het avondspreekuur, vanaf 16u30, kunnen patiënten telefonische adviezen krijgen van de artsen en worden bloeduitslagen en resultaten van beeldvorming telefonisch besproken.

Deze organisatie zorgt ervoor dat de avondconsultaties frequent onderbroken worden. In de voormiddag kunnen de artsen vlot en ongestoord werken maar tijdens de avondconsultaties staat de telefoon vaak roodgloeiend. Patiënten klagen over het feit dat de telefoonlijn vaak bezet is en het is voor veel patiënten niet duidelijk wanneer ze de praktijk kunnen bereiken of wanneer ze de arts persoonlijk aan de lijn kunnen krijgen.

2. DOELSTELLING PROJECT

Met deze studie willen we onderzoeken op welke manieren we de telefoonbelasting van de huisartsenpraktijk kunnen verminderen en hoe we voor de patiënten een betere en duidelijkere communicatie met de artsen mogelijk kunnen maken, zonder dat er aan kwaliteit of tevredenheid moet worden ingeboet.

LITERATUURSTUDIE

1. ONDERZOEKSVRAAG

Door middel van welke interventies zou de telefonische belasting van de huisartspraktijk verminderd kunnen worden en welk effect heeft dit op de kwaliteit van de hulpverlening?

De keuze van het onderwerp werd gebaseerd op de ervaringen binnen de praktijk. Vervolgens werd door middel van een oriënterende literatuurstudie dieper ingegaan op de reeds bestaande kennis omtrent de telefoonbelasting en eventuele interventies.

2. METHODE

Op de databases PubMed en Web of Science werden enkele relevante artikels gevonden met de trefwoorden “telephone”, “phone”, “load”, “overload”, “reduction”, “primary care”, “general practice” en “family practice”.

Ook de databases van Huisarts en Wetenschap en het Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde werden doorzocht met trefwoorden “telefoon”, “telefoonbelasting”, “vermindering”.
Domus Medica en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) boden geen relevante richtlijnen in verband met de telefoonbelasting. Op de website van Domus Medica werd via het tabblad praktijkorganisatie wel informatie bekomen omtrent de verschillende IMPULSEO-tegemoetkomingen.
Op de website van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) werden wel enkele richtlijnen teruggevonden.

Parallel hiermee werd ook de masterproef-database op de ICHO-website doorzocht naar eerdere literatuurstudies en praktijkprojecten die handelden over de telefoonbelasting. Dit gebeurde door de trefwoorden “telefoon” en “telefonisch” toe te passen. De bibliografieën van de gevonden scripties werden geanalyseerd om geen relevante artikels omtrent het onderwerp te missen.

3. RESULTATEN

A. De telefoon: communicatiemiddel of stoorzender?

PATIËNTEN COMMUNICEREN LIEFST VIA TELEFOON

Een studie in de Verenigde Staten (1) onderzocht welke vorm van communicatie de voorkeur had bij patiënten in de eerstelijnsgezondheidszorg: persoonlijk contact, telefonisch contact of elektronisch contact. Uit het onderzoek bleek dat voor algemene medische vragen, herhalingsvoorschriften en testresultaten de telefoon het voorkeurscommunicatiemiddel was, vooral bij minder frequente computergebruikers. Voor het bespreken van nieuwe of aanhoudende symptomen, en behandelingsinstructies werd de voorkeur gegeven aan persoonlijk contact, onafhankelijk van de computerervaring van de patiënt.

Ook in een huisartsenpraktijk in België werd onderzocht hoe patiënten het liefst op de hoogte gebracht werden van de resultaten van bloed- of beeldvormend onderzoek (2). De meeste patiënten (32,4%) werden liefst telefonisch op de hoogte gebracht. Ongeveer een vierde (23,5%) verkoos een bespreking tijdens consultatie.

ZIJ BELLEN OM VERSCHILLENDE REDENEN

Hallam was in 1992 een van de eersten die de telefonische contactredenen onderzocht, dit aan de hand van vragenlijsten aan artsen uit verschillende huisartspraktijken. Uit zijn studie bleek dat de meerderheid van de oproepen (62%) gebruikt werden om in te schatten of een consultatie of huisbezoek nodig was. De telefoon werd gezien als 'tool' om de dag te plannen maar uit het onderzoek bleek dat deze telefonische evaluaties niet altijd een tijdbesparend effect hadden.
Dokter Tavernier en dokter Kemper onderzochten in recenter klimaat de contactredenen in twee huisartsenpraktijken in België en rapporteerden dat de helft of meer van de telefonische onderbrekingen bedoeld waren om een afspraak of huisbezoek vast te leggen (3,4,5).

Een andere frequente contactreden is het bespreken van laboresultaten. Hierbij dient opgemerkt te worden dat dit aantal echter sterk afhankelijk is van het beleid. In sommige praktijken delen enkel artsen de laboresultaten mee, terwijl dit in andere praktijken door de secretariaatsmedewerkster gebeurt of enkel tijdens een consultatie.
Uit de studie van Hallam (3) bleek dat eerder een minderheid van de oproepen (11%) het doorgeven van laboresultaten betrof. In een Belgische huisartsenpraktijk, vond dokter Tavernier dat 21,5% van de inkomende oproepen handelde omtrent het doorgeven van laboresultaten.

De derde grootste reden om als patiënt de huisartsenpraktijk telefonisch te contacteren, was zowel in 1993 als in de recente masterscripties van Tavernier en Kemper het aanvragen van een medicatievoorschrift. Ook hier dient de kanttekening gemaakt te worden dat dit aandeel sterk afhankelijk is van het gevoerde beleid (3,4,5).

HIERDOOR WORDEN CONSULTATIES VAAK GESTOORD

De telefoon bleek in 1996 reeds de grootste stoorzender tijdens de consultatie (6). Ook uit andere onderzoeken bleek dat tot 94% van alle consultaties gestoord of onderbroken wordt en dat in ongeveer 14 tot 50% de telefoon de oorzaak van de onderbreking was. Andere stoorzenders waren de mobiel van de patiënt zelf, het kloppen op de deur en het verlaten van de consultatieruimte door de arts (6) (7) (8).

EN WORDT DE TELEFOONLIJN (OVER)BELAST

Anderzijds toonden Brabers en college (9) aan dat ruim 30% van de patiënten aangeeft aan dat het een probleem is om hun huisartsenpraktijk telefonisch te bereiken. Uit hun onderzoek blijkt ook dat patiënten graag binnen de minuut iemand aan de lijn willen. Uit een onderzoek van de IGZ (Inspectie van de Gezondheidszorg) in Nederland (10) blijkt dat bijna 40% van de patiënten er niet in slaagt om de huisartsenpraktijk te bereiken bij een eerste belpoging en ongeveer 30% moet meermaals bellen vooraleer ze iemand aan de lijn kregen. Een kleine minderheid (7%) kreeg zelfs nooit contact.

Van Campen (11) toonde aan in haar scriptie dat slechts de helft van de patiënten in een Belgische huisartsenpraktijk tevreden is over de telefonisch bereikbaarheid van de artsen. Bovendien weet amper 14% van de patiënten wanneer ze de huisartsenpraktijk best telefonisch konden bereiken.
Maar hoe reageren patiënten als ze moeilijkheden ervaren om de huisartsenpraktijk te bereiken? Locatelli en collega's (12) onderzochten de reacties van de patiënt op telefonische barrières via focus groepen en hieruit bleek dat patiënten die geconfronteerd worden met toegangsproblemen meestal niets ondernamen of wachtten om later opnieuw contact op te nemen of onmiddellijk de spoeddienst consulteerden.

DE ONGEPLANDE TELEFOONTJES HEBBEN EEN IMPACT OP ZOWEL ARTS ALS PATIËNT

Hallam toonde aan dat de helft van de huisartsen in het Verenigd Koninkrijk de telefonische onderbrekingen als bron van frustratie zien. O'Connor bevestigde dat de telefonische onderbreking tot de top 3 stressoren behoort die een ontevredenheid over de job voorspellen (3,13).
Koong en collega's (14) onderzochten de impact van ongeplande telefoontjes tijdens consultatie enerzijds op de interactie tussen arts en patiënt en anderzijds op de arts en patiënt persoonlijk. Zowel arts als patiënt hechten veel belang aan de consultatietijd en ervaren de onderbrekende telefoongesprekken als negatief maar Koong (14) en Dearden (6) toonden aan dat de artsen de telefonische onderbrekingen negatiever en storender ervaarden dan de patiënten, waar 65% van de onderzochte patiënten niet beïnvloed waren toen hun consultaties werden onderbroken (6). Uit de analyse (14) bleek dat de arts die de telefoon beantwoordt tijdens een consult dit doet met een verontschuldigend gevoel en deze telefoon ook zo kort mogelijk probeerde te houden als teken van respect voor de andere partij.
Hoewel de meerderheid van de patiënten aangaf in een vragenlijst dat ze niet de idee hadden dat de telefonische onderbreking een belangrijk effect had op de consultatie, was er voor 20% van hen toch een sterk negatief emotioneel effect op de consultatie, toonde Dearden aan (6). Locatelli toonde aan dat problemen met de toegang tot de telefoon kunnen leiden tot meer schade aan de patiënt en langere wachttijden voor eerstelijnszorg of noodhulpdiensten (12).
Wanneer de telefoon werd doorgeschakeld door het medisch secretariaat, werd deze door de patiënt wel gepercipieerd als relevant voor de gezondheidszorg van de patiënt. De patiënten gaan ervan uit dat het beantwoorden van de telefoon een onderdeel is van de professionele taken van de arts en dat hij/zij geen persoonlijke oproepen tijdens hun klinische taken zouden aanvaarden.
Bovendien kan de tevredenheid van de patiënt over het consult worden beïnvloed door andere factoren zoals wachttijd, consultatietijd, communicatie tussen arts en patiënt, verstrekking van adequate medische informatie, kwaliteit van de behandeling en kenmerken van de arts zoals hun empathie en competentie (14) (15). Het is interessant op te merken dat telefonische onderbrekingen op hun beurt enkele van deze factoren kunnen beïnvloeden en een belangrijk aandachtspunt blijven.

B. Richtlijnen omtrent telefonische beschikbaarheid

De Landelijke Huisartsen Vereniging in Nederland deed in 2008 reeds een voorstel voor richtlijnen voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenvoorziening (16). In die richtlijnen is te vinden dat de huisarts minimum 6 uur per dag telefonisch bereikbaar moet zijn, dat de patiënt tijdens die uren door een medisch deskundig persoon te woord wordt gestaan en dat de mogelijkheid moet bestaan om binnen 'snelle' tijd een afspraak te -krijgen voor consultatie. Tijdens en buiten de praktijkuren dient de

patiënt voldoende geïnformeerd te worden, zodat het voor de patiënt altijd duidelijk is wanneer de praktijk bereikbaar is.
In geval van spoed zou er een aparte spoedlijn moeten bestaan waar de patiënt binnen de 30 seconden antwoord krijgt en waarna de huisarts binnen het kwartier aanwezig zou moeten zijn bij de hulpvrager (ref richtlijnen website LHV).
De IGZ vindt dat vanuit patiënten perspectief de volgende normen moeten worden gehanteerd: bij niet-spoedoproepen moet binnen twee minuten worden opgenomen, bij spoedoproepen binnen 30 seconden. De Landelijke Huisartsen Vereniging ziet de twee minuten-norm bij niet-spoedeisende oproepen echter niet haalbaar. Het falen van deze tijdslimiet werd ook aangetoond door Brabers en collegae (9).

C. De telefoonbelasting verminderen: praktisch?

METEN IS WETEN

Een goede kennis van en inzicht in het dagelijkse telefoongebeuren kan helpen om de telefoon efficiënter en effectiever te leren gebruiken, dit kaartten Solberg en collega's reeds aan in 1984 (17).
Ook Kemper Irma toonde in haar masterscriptie aan dat (4) een eenvoudige registratie een hefboom kan zijn voor het effectief invoeren van oplossingen voor de toenemende telefoonbelasting.
Periodieke evaluatie van telefoonsystemen is noodzakelijk om ervoor te zorgen dat telefoonsystemen adequaat tegemoetkomen aan de behoeften van de patiënt en dat middelen efficiënt worden gebruikt om hoogwaardige, veilige gezondheidszorg te verstrekken (12).

KWALITEITSVERBETEREND PROJECT

In de Verenigde Staten werd een kwaliteitsverbeterend project ingevoerd omtrent het telefoonverkeer bij verschillende huisartspraktijken. LaVela en haar collega's (18) concludeerden dat er geen uniform verbeterproject bestaat en dat elk afzonderlijk project en de interventies die eruit voortkomen dienen afgestemd te worden op de individuele praktijk.

TELEFOONUURTJE

In verschillende praktijken wordt gebruik gemaakt van een 'telefoonuurtje', 'telefonisch spreekuur' of 'vragenuurtje'. Dit is het moment waarop de zich arts telefonisch beschikbaar houdt voor oproepen van patiënten. De invulling van dit telefonisch spreekuur hangt af van praktijk tot praktijk.
de Groot en collega's concludeerden tijdens een onderzoek naar efficiëntie van deze methode dat de arts tijdens deze momenten ook veel relatief overbodige telefoons te verwerken krijgt. Bovendien bleek dat de bereikbaarheid van de praktijk tijdens zo'n telefoonuurtje daalt, omdat de telefoonlijn overspoeld wordt door oproepen en vaak bezet is (19).

TERUGBELAFSPRAAK

Een volgende studie van de Groot en collega's onderzocht een alternatief voor het telefoonuurtje: de "terugbelafspraak" (20). Dit systeem kan gebruikt worden voor het meedelen van laboresultaten maar ook voor het plannen van niet-dringend medisch advies en het telefonisch bespreken van resultaten van medische beeldvorming.
Alle telefoons in een drukke huisartsenpraktijk in Nederland werden beantwoord en waar mogelijk beheerd door de praktijkassistente. Wanneer de assistent zich onbekwaam voelt of wanneer de patiënt rechtstreeks met de arts zelf wenst te spreken, wordt een telefonische afpsraak gepland waarna de arts de patiënt zelf terugbelt. Hiermee werd de telefoonbelasting verminderd in tijd met 39%, maar ook de telefonische toegankelijkheid van de praktijk verbeterde.
Ook Margo Adams toonde in haar masterscriptie (21) aan dat een terugbelsysteem het aantal telefonische contacten voor het bespreken van een uitslag verminderde met 41,3%.
Voordelen van dit systeem zijn ongetwijfeld dat artsen subjectief minder gestoord worden tijdens de consultaties, dat de telefoons kunnen gespreid worden doorheen de dag en dat de telefoonlijn minder bezet is waardoor de bereikbaarheid verbetert. Dit systeem heeft natuurlijk ook een onvermijdelijk nadeel: de onbereikbaarheid van de patiënt.

TELEFONISCHE CONSULTATIES

Een recente systematische review (7) onderzocht de waarde van de telefonische consultatie als alternatief voor de face-to-face consultaties met als resultaat dat, ondanks het voorlopig weinige bewijs, de telefonische consultatie in bepaalde situaties - voor gezondheidsbevordering, triage en het bieden van opvolging voor chronische ziekten - zeker een geschikte optie is. Verder onderzoek is nodig om de precieze plaats ven de telefonische consultaties verder te verduidelijken.

ONLINE CONTACTMOGELIJKHEDEN

Online contactmogelijkheden zijn een passende aanvulling voor laagdrempelig en efficiënt contact tussen huisarts en patiënt. In een huisartsenpraktijk in Baarle nam het aantal telefonische afspraken af met 9,4% na het invoeren van online contactmogelijkheden (21). Ook Eva Decat en Filip Tavernier toonden aan in hun scripties dat de introductie van een onlineafsprakensysteem leidt tot een daling van ongeveer 10% van de telefoonbelasting in een huisartsenpraktijk (22) (5). Tavernier maakt hierbij wel de bemerking dat dit onlineafsprakensysteem slechts een onderdeel is van de totale aanpak van het "telefoonprobleem".
Bogaerts Kathleen toonde aan (23) dat het totale aantal inkomende telefoonoproepen met 9,42% daalde na invoering van de mogelijkheid tot contact via e-mail. Het grote voordeel van deze contactvorm is dat de e-mails beantwoord kunnen worden op een zelfgekozen tijdstip.

4. CONCLUSIE

Dit oriënterend literatuuronderzoek werd uitgevoerd om antwoorden te vinden op de onderzoeksvraag:

Er zal een kwaliteitsverbeterend praktijkproject opgesteld worden, waarbij de resultaten van het literatuuronderzoek in acht genomen zullen worden:

- ⇒ Telefoon kan je niet afschaffen: het is een noodzakelijk kwaad om de bereikbaarheid van de praktijk te garanderen. Hallam toonde zelfs aan dat sommige artsen ervaarden dat hun telefonische beschikbaarheid een nauwere relatie met hun patiënten mogelijk maakte (3).
- ⇒ Een telefoonregistratie is vaak een eenvoudige hefboom naar het invoeren van verschillende acties die de telefoonbelasting zouden kunnen doen dalen.
- ⇒ Verschillende mogelijke interventies hebben reeds hun nut bewezen. Enkelen ervan zijn reeds aanwezig in de praktijk, bijvoorbeeld de aanwezigheid van een secretariaat. Het zal belangrijk zijn om voor deze individuele praktijk na te gaan welke interventies nuttig kunnen zijn.
- ⇒ Tijdens dit proces is het van belang uit te zoeken welke redenen patiënten hebben om te bellen. Het monitoren van de ervaring en tevredenheid van de patiënt omtrent bereikbaarheid en kwaliteit is een belangrijk onderdeel van dit project.

METHODE PRAKTIJKONDERZOEK

In deze masterproef wordt gebruik gemaakt van een mixed-method. Kwantitatieve data (telefoonregistraties, enquêtes met 5 puntslikerschaal) worden gecombineerd met kwalitatieve data (enquêtes met open vragen en semigestructureerde interviews) omdat zo een beter inzicht in het probleem verkregen wordt.

Dit kwaliteitsverbeterend onderzoek zal gebeuren aan de hand van de FOCUS-procedure (bijlage 1). Via een visgraatanalyse (bijlage 2) van het probleem komen we tot verschillende mogelijke interventies.
Door middel van de PDCA-cyclus (bijlage 1) zal nagegaan worden wat het effect van de ingevoerde interventies is en of het project aangepast of geïntegreerd zal worden in de praktijkwerking.

Bijlage 3 geeft een schematisch overzicht van de gevolgde procedure en de ingevoerde telefoonbelastingsverminderende interventies:

- Via een eerste registratie van de inkomende telefoonoproepen en het afnemen van patiëntenenquêtes krijgen we reeds een beter inzicht in het probleem.
- Vervolgens wordt aan de hand van de visgraatanalyse en de tot dan toe bekomen resultaten, na overleg met betrokken partijen (PO, HAIO, secretaresse), beslist een aantal mogelijk telefoonbelastingsverminderende interventies in te voeren:
  - enerzijds het afschaffen van de telefonische voorschriften,
  - anderzijds het invoeren van een onlineafsprakensysteem.
- Gedurende deze proefperiode wordt het effect van de interventies geobserveerd en regelmatig besproken tijdens het wekelijkse overleg.
- Na een tweetal maanden wordt de telefoonregistratie herhaald en wordt er via semigestructureerde interviews nagegaan wat het effect van de ingevoerde acties is.
- Na analyse van de data wordt beslist of het project verworpen (abandoning), aangepast (adjusting) of geïntegreerd wordt in de praktijkwerking (adopting).

TELEFOONREGISTRATIES

1. Methode

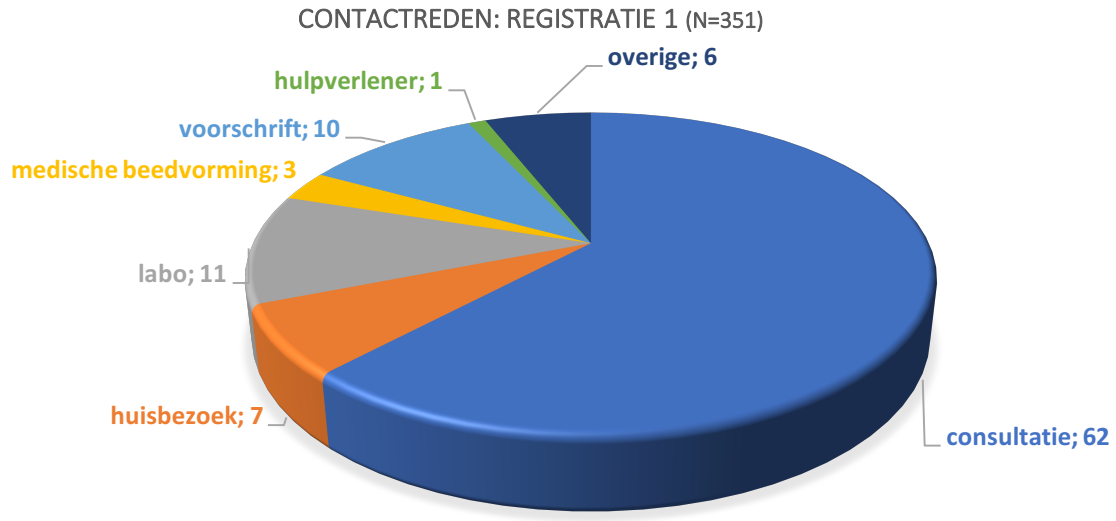
De eerste stap in dit kwaliteitsverbeterproject bestond uit een registratie van alle telefonische oproepen. Aan de hand van een sjabloon (bijlage 4) werd gedurende een week lang het aantal en de reden van de telefonische oproepen geregistreerd door de praktijkmedewerkster.

Deze telefoonregistratie werd op dezelfde manier herhaald, twee maanden na het invoeren van de telefoonsbelastingsverminderende interventies.

2. Resultaten

REGISTRATIE 1	
Totaal aantal telefoons (N)	351
Gemiddeld aantal telefoons per dag (N/5)	70,2
Gemiddeld aantal telefoons per uur (N/35)	10,03

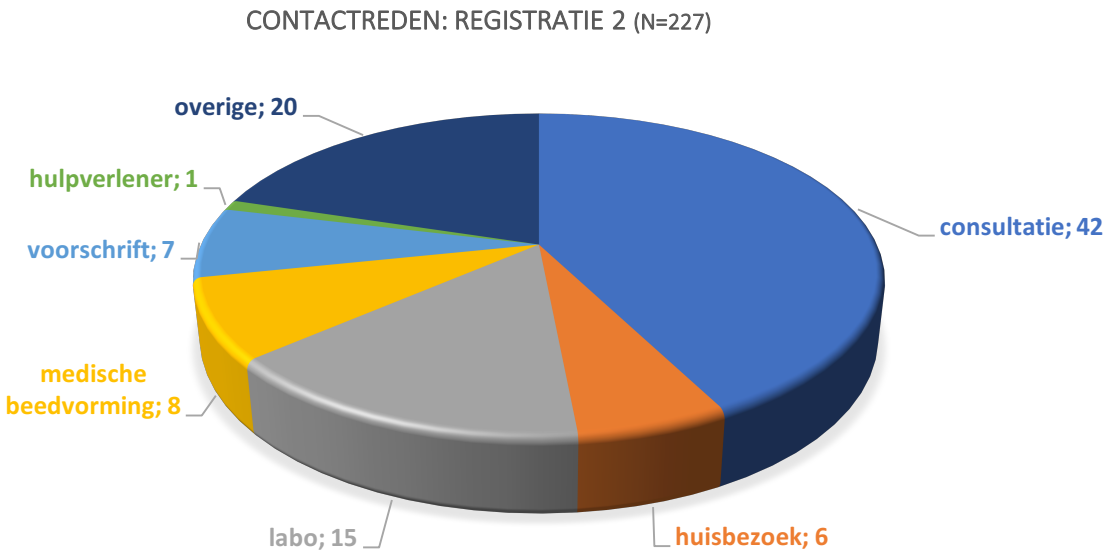
Tabel 1: Karakteristieken van de eerste telefoonregistratie.



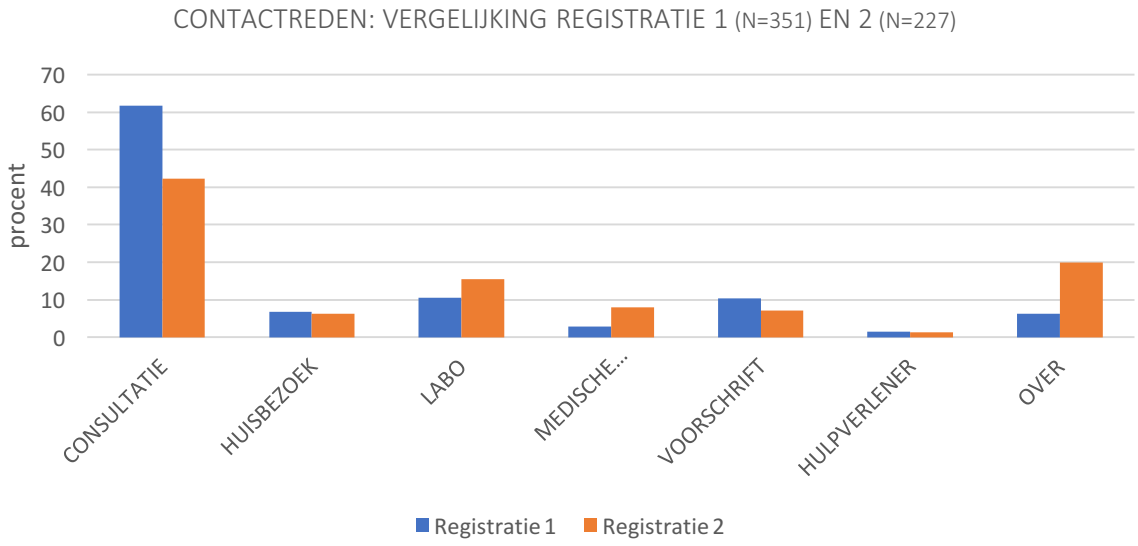
Figuur 1: Cirkeldiagram met procentuele weergave van de verschillende contactredenen, voor het invoeren van de telefoonbelastingsverminderende interventies.

REGISTRATIE 2	
Totaal aantal telefoons (N)	227
Gemiddeld aantal telefoons per dag (N/5)	45,4
Gemiddeld aantal telefoons per uur (N/35)	6,49

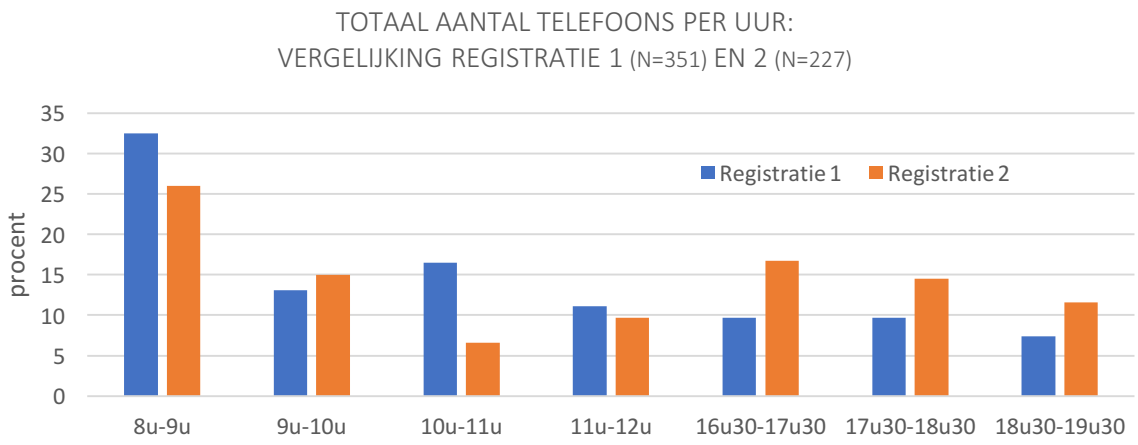
Tabel 2: Karakteristieken dan de tweede telefoonregistratie.



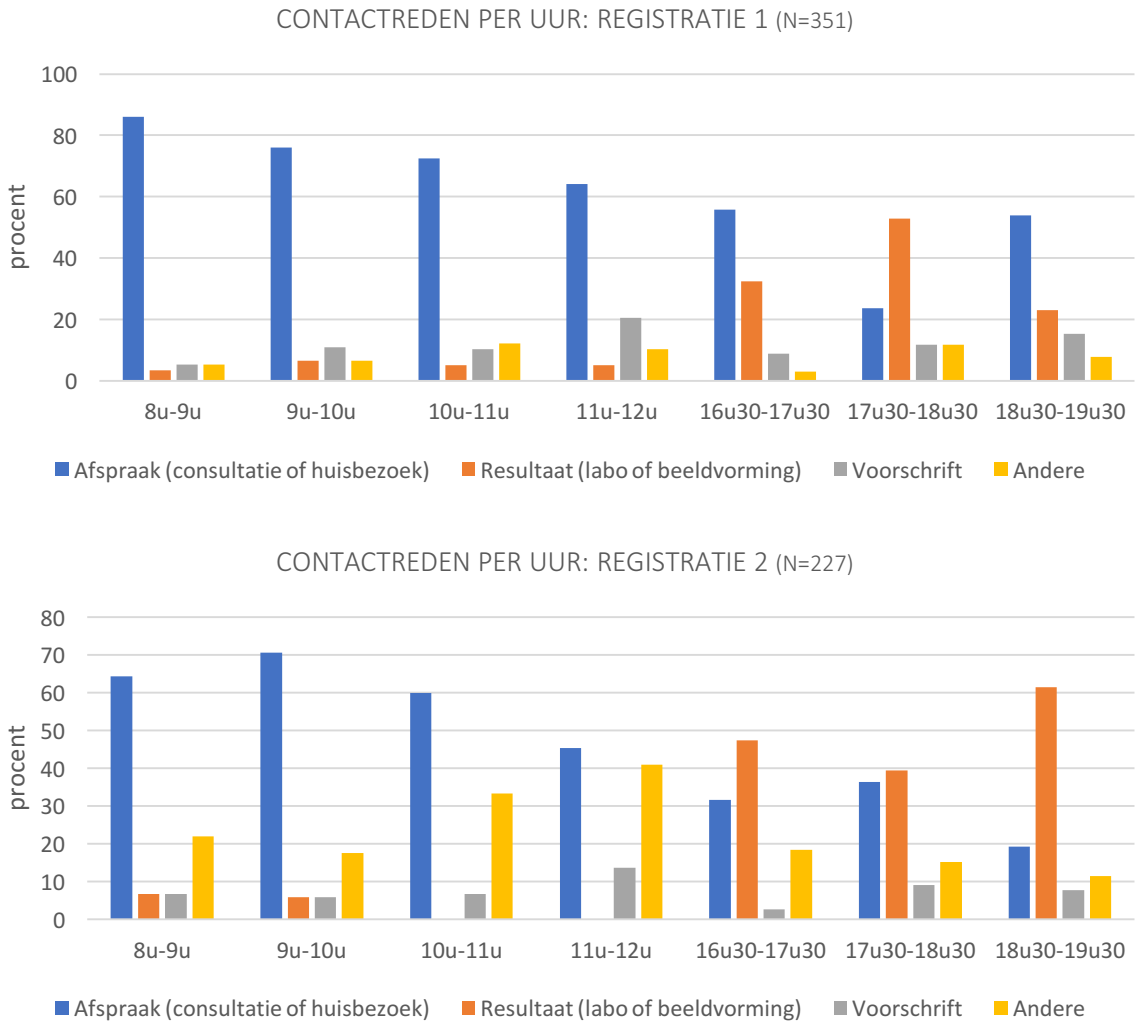
Figuur 2: Cirkeldiagram met procentuele weergave van de verschillende contactredenen, na het invoeren van de telefoonbelastingsverminderende interventies.



Figuur 3: Vergelijkend staafdiagram met procentuele weergaven van de contactredenen voor (blauw) en na (oranje) de ingevoerde interventies.



Figuur 4: Vergelijking van het procentuele aantal telefoons per uur tussen voor (blauw) en na (oranje) de interventies.



Figuur 5: Contactreden per uur procentueel weergegeven voor de interventies (boven) en na de interventies (onder).

3. Bespreking

Tabel 1 en 2 geven de karakteristieken van de telefoonregistraties. De eerste registratie vond plaats eind november, de tweede telefoonregistratie begin april. Gezien het verschil in absolute aantal telefonische contacten tussen registratie 1 (351 telefoons) en 2 (227 telefoons) zullen we de procentuele aantallen vergelijken.

Figuur 1 en 2 tonen de procentuele verdeling van de verschillende contactredenen. Deze werden gegroepeerd in het maken van een afspraak voor consultatie of huisbezoek, het meedelen van resultaten van labo of medische beeldvorming, het aanvragen van een telefonisch voorschrift en contact met andere hulpverlener. Contacten die niet tot een van deze categorieën behoorden, werden als "overige" geregistreerd zonder hierbij de reden te vermelden. Tijdens de eerste registratie (voor het invoeren van de interventies) wordt 69% van de telefoons gebruikt voor het maken van een afspraak, 13% belt voor resultaten, 10% van de telefoons gaat over het aanvragen van telefonische voorschriften, 6% van de telefoons betreft een "andere" contactreden en op de laatste plaats vinden we contact door andere hulpverleners met 1%.

Ook tijdens de tweede registratie zien we dat de meerderheid van de telefonische contacten tot doel heeft een afspraak vast te leggen (48%), de tweede meest frequente contactreden is ook hier het bespreken van laboresultaten met 23%. Het aantal contacten voor het aanvragen van telefonische voorschriften en contact door andere hulpverleners is respectievelijk 7% en 1%. Het aantal oproepen die tijdens de tweede registratie gecatalogeerd werd onder de groep "overige", bedroeg 20%.

In beide registraties valt op dat het grootste aandeel van de telefonische contacten gaat over het maken van een afspraak voor consultatie of huisbezoek, gevolgd door het bespreken van resultaten (zie figuur 3). Wanneer we beide registraties vergelijken bemerken we tijdens de tweede registratie, na het invoeren van de telefoonbelastingsverminderende interventies, een afname in aantal oproepen voor vastleggen van een consultatie (daling van 62% naar 42%). Het percentage aanvraag huisbezoeken blijft stabiel na het invoeren van de interventies (op ongeveer 6%). De grootteorde van het aantal contacten voor aanvragen van telefonische voorschriften en contact door andere hulpverleners is in beide registraties dezelfde. Het aantal contacten voor het aanvragen van telefonische voorschriften zakt lichtjes van 10,54% naar 7,05%. We zien echter wel een verschil in het aantal "overige" contactredenen (6% tijdens registratie 1 versus 20% tijdens registratie 2).

Figuur 4 toont het aantal telefoons per uur. Het drukste belmoment ligt in beide registraties tussen 8u en 9u (32% van alle telefoons van registratie 1 en 26% van alle telefoons van registratie 2). Verder zien we dat de telefoons tijdens het tweede registratiemoment meer gespreid zijn: 57% in de voormiddag en 43% in de namiddag. Tijdens registratie 1 belde 73% in de voormiddag en slechts 27% in de namiddag.

Figuur 5 illustreert de contactredenen per uur en toont dat er overwegend tussen 8u en 9u gebeld wordt om een afspraak te maken. Tijdens registratie 1 gaat 80% van de telefoons tussen 8u en 9u over het vastleggen van een consultatie. Na het invoeren van de interventies is dit aantal gereduceerd naar 64%. Het maken van een afspraak is in beide registraties vooral geconcentreerd in de voormiddag. Voor het telefonisch bespreken van laboresultaten of medische beeldvorming, dienen patiënten te bellen in de namiddag (vanaf 16u30). Figuur 5 illustreert dat de grote meerderheid van de patiënten die hieromtrent bellen, dit ook effectief in de namiddag doen. Tijdens registratie 1 belt 1/4^{e} van de patiënten eerst in de voormiddag voor de bespreking van hun resultaten, tijdens registratie 2 belt 11% van de patiënten al eens in de voormiddag voor hun resultaten.

PATIËNTENENQUÊTES

1. Methode

Gedurende de eerste registratieperiode werd aan patiënten tijdens consultatie gevraagd of ze bereid waren een vragenlijst in te vullen (bijlage 5). Deze kon ofwel onmiddellijk in de wachtzaal ingevuld worden, ofwel thuis om via de post terugbezorgd worden (een enveloppe met postzegel werd meegegeven).

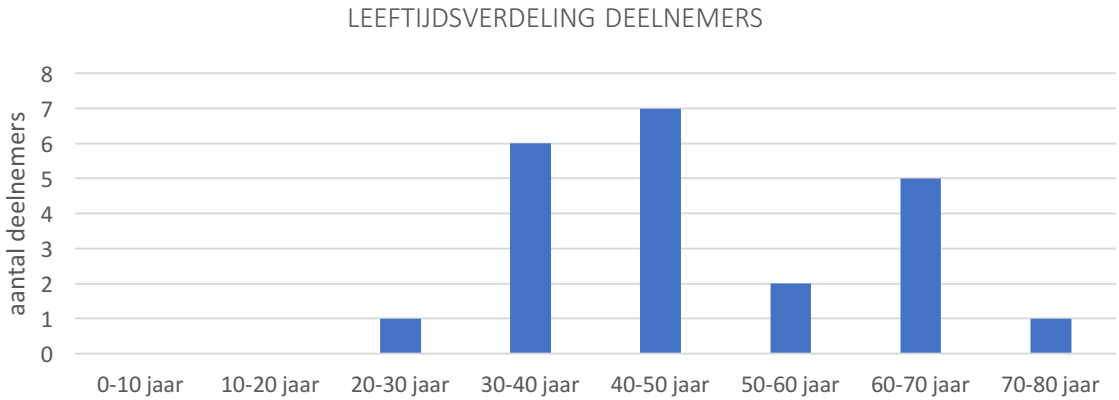
In de vragenlijst kwamen volgende aspecten aan bod:

- Leeftijd van de patiënt — *in jaren*
- Frequentie van contact met de huisartsenpraktijk (zowel telefonisch als op consultatie) — *aantal keer per maand*
- Algemene tevredenheid — *op schaal van 0 tot 10*
- Positieve en negatieve aspecten omtret bereikbaarheid — *open vraag*
- Een aantal specifieke stellingen omtrent mogelijke interventies — *5-punts likerschaal*
- Suggesties om vlottere communicatie mogelijk te maken — *open vraag*

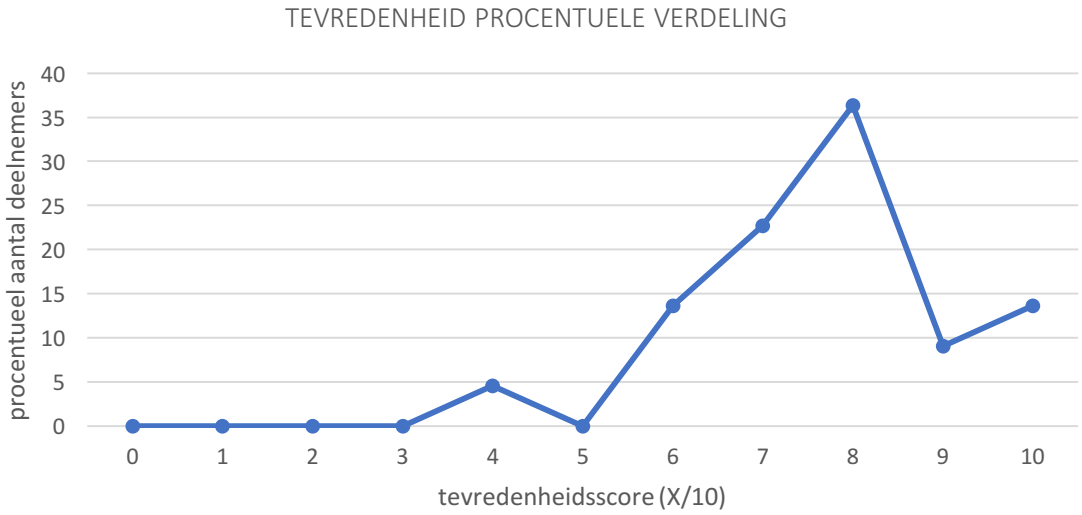
2. Resultaten

Patiëntkarakteristieken	
Aantal deelnemers	22
Gemiddelde leeftijd	47,3 jaar
Gemiddeld aantal keer telefonisch contact	1,3 per maand
Gemiddeld aantal keer niet-telefonisch contact	1,1 per maand
Gemiddelde tevredenheid	7,68/10

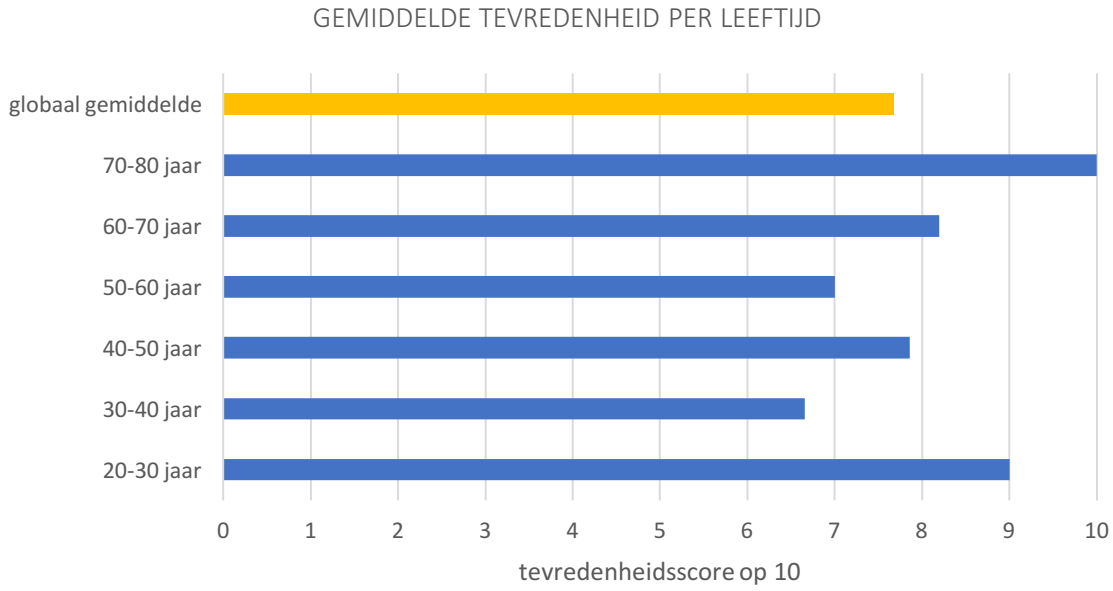
Tabel 3: Overzicht van de patiëntengegevens (leeftijd in jaren, aantal keer telefonisch contact met de praktijk per maand, aantal keer niet-telefonisch contact met de praktijk per maand, gemiddelde tevredenheid op schaal van 0-10/10).



Figuur 6: Dit staafdiagram illustreert het aantal deelnemers per leeftijdscartegorie.



Figuur 7: De procentuele verdeling van de tevredenheidsscore op schaal van 0 (zeer ontevreden) tot 10 (zeer tevreden).



Figuur 8: Bovenstaande grafiek illustreert de gemiddelde tevredenheid. Het globale gemiddelde van alle deelnemers wordt bovenaan weergegeven (geel), eronder volgt de gemiddelde tevredenheidsscore per leeftijdscategorie (blauw).

*De verschillende **negatieve** punten*	*Frequentie*
Vaak bezettoon (voornamelijk 's ochtends), er moet een aantal keer gebeld worden eer patiënten 'binnen geraken'	13x
Wachttijd bij het maken van een afspraak, wegens drukke agenda soms niet mogelijk om dezelfde dag nog op consultatie te komen	5x
Praktijk is niet de hele dag telefonisch bereikbaar	4x
Geen negatieve punten	2x
Het overtollig bellen tijdens de consultatie is wel storend	2x
Vaak kom je terecht bij de HAIO, krijg je je eigen arts minder te zien	2x
Soms moet je nog even wachten in de wachtzaal, ondanks afspraak op uur	2x
Niet duidelijk welke arts wanneer consultatie doet	2x
Uitslag labo liever niet telefonisch bespreken maar tijdens consultatie	1x
Dokter persoonlijk aan de lijn krijgen is zeer moeilijk	1x
Bespreken resultaat kan enkel tussen 17-19u, lukt soms niet omwille van het drukke gezinsleven	1x
Bel voordeur doet het soms niet	1x

Tabel 3: Antwoorden gegeven op de open vraag "Wat zijn voor u de negatieve punten aan bereikbaarheid, communicatie, organisatie?" met hun frequentie.

*De verschillende **positieve** punten*	*Frequentie*
Arts neemt voldoende tijd voor patiënt en zijn vragen	5x
Voldoende en duidelijke uitleg van de arts	5x
Aangename en vriendelijke service	5x
Snelle en vlotte afspraak is mogelijk	4x
Niet lang moeten wachten in de wachtzaal	2x
Telefonisch advies van de arts is mogelijk	2x
Aanwezigheid secretariaat	2x
Duidelijke afspraken omtrent moment voor terugbellen laboresultaten	2x
Telefoon wordt snel opgenomen, goede telefonische bereikbaarheid	2x
Je kan voorschrift bekomen zonder een afspraak te moeten maken	2x
Ook avondconsultaties na 20u	1x
Bij maken afspraak wordt rekening gehouden met voorkeur arts	1x
Goede opvolging bij serieuze en dringende medische problemen	1x
Correcte en snelle afhandeling administratie	1x
Goed georganiseerde weekendwacht	1x
Toepassing 3de betaler	1x
Goede parkeergelegenheid	1x
Men kent de patiënten op basis van naam	1x

Tabel 4: Antwoorden gegeven op de open vraag "Wat zijn voor u de positieve punten aan bereikbaarheid, communicatie, organisatie?" met hun frequentie.

Redenen waarom geen gebruik gemaakt zou worden van het onlineafsprakensysteem
- Je hebt altijd een pc of smartphone nodig, het telefonische afsprakensysteem zou ook moeten blijven bestaan - Rechtstreeks contact is belangrijk - Onwetendheid dat dit kan

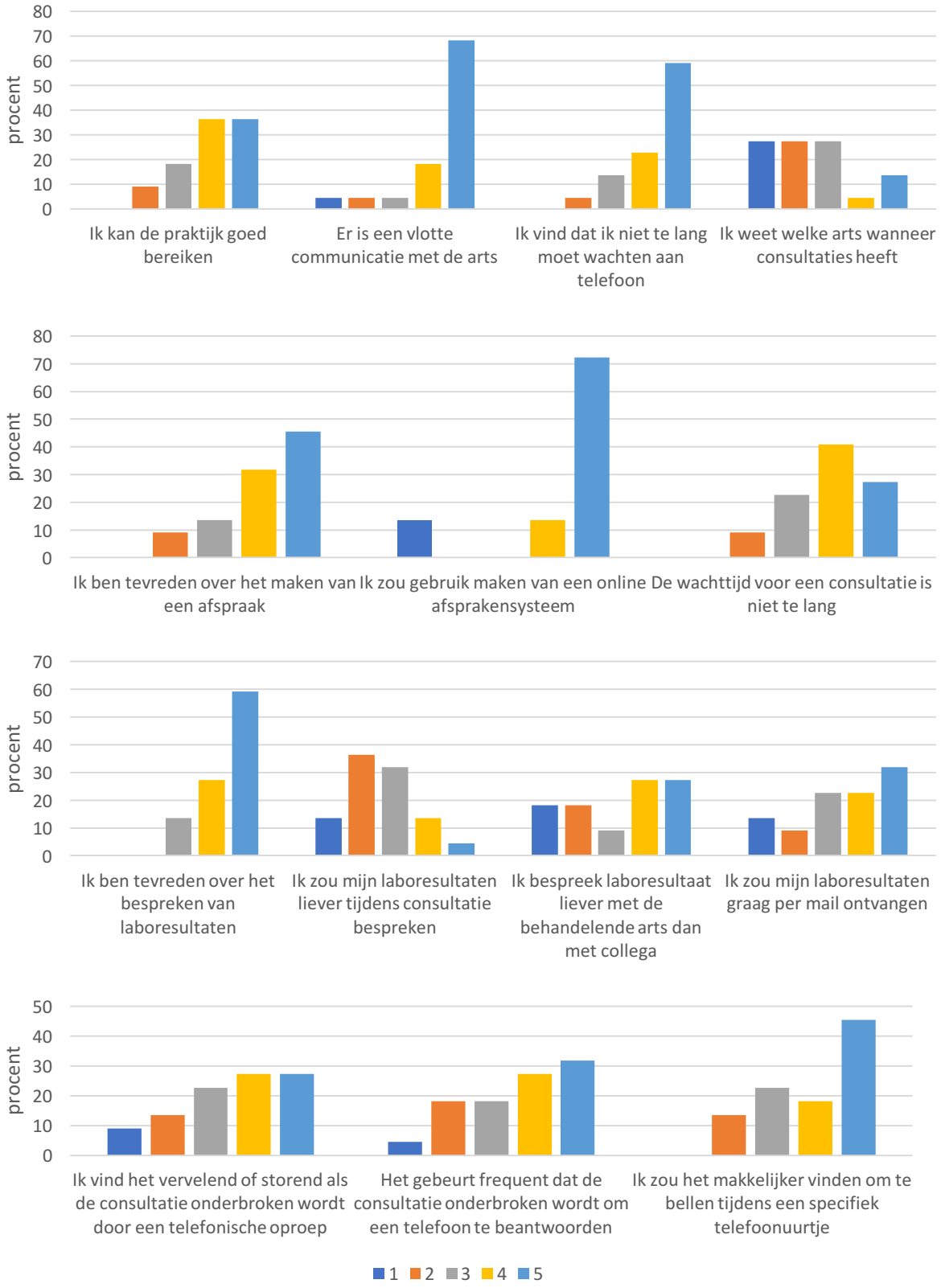
Tabel 5: Antwoorden op de open vraag "Waarom zou u geen gebruik maken van het onlineafsprakensysteem?"

*De verschillende **suggesties** om een vlottere communicatie mogelijk te maken*	
Online afspraken maken	11x
Inlassen telefoonuurtje - Als de telefoon niet constant bezet is dan - Duidelijk uur communiceren - Meerdere uren per dag - Op moment waar geen consultaties gedaan worden	6x
Website met overzicht consultatiemomenten, telefonische bereikbaarheid, …	3x
Minder storende telefoontjes tijdens consultatie	3x
Resultaten labo doorsturen via email	3x
Voorschriften aanvragen en versturen via email	3x
Geen suggesties	3x
Bancontact	2x
Telefonische wachtrij of antwoordapparaat bij bezettoon	2x
Patiënten zelf terugbellen op moment die past voor arts buiten consultaties	1x
Secretaresse contact laten opnemen met patiënt bij een niet-afwijkend bloedonderzoek	1x
Consequenter bij zelfde arts	1x

Tabel 6: Antwoorden op de open vraag “Heeft u suggesties om een vlottere communicatie mogelijk te maken?” met hun frequentie.

Resultaten (in %) van de stellingen					
	1	*2*	*3*	*4*	*5*
Ik kan de praktijk goed bereiken	0%	9%	18%	36%	36%
Er is in het algemeen een vlotte communicatie met de arts	5%	5%	5%	18%	68%
Ik vind dat ik niet te lang moet wachten aan telefoon	0%	5%	14%	23%	59%
Ik weet welke arts wanneer consultaties heeft	27%	27%	27%	5%	14%
Ik ben tevreden over het maken van een afspraak	0%	9%	14%	32%	46%
De wachttijd voor consultatie is niet te lang	0%	9%	23%	41%	27%
Ik zou gebruik maken van een onlineafsprakensysteem	14%	0%	0%	14%	73%
Ik ben tevreden over het bespreken van laboresultaten	0%	0%	14%	27%	59%
Ik zou laboresultaten liever op consultatie bespreken	14%	36%	32%	14%	5%
Ik bespreek labo liefst met de behandelende arts dan met een collega	18%	18%	9%	27%	27%
Ik zou mijn laboresultaten graag per mail ontvangen	13%	9%	23%	23%	32%
Ik vind het vervelend als de consultatie onderbroken wordt om een telefonische oproep te beantwoorden	9%	14%	23%	27%	27%
Het gebeurt frequent dat de consultatie onderbroken wordt om een telefoon te beantwoorden	5%	18%	18%	27%	32%
Ik het zou het gemakkelijker vinden om te bellen tijdens een specifiek telefoonuurtje	0%	14%	23%	18%	46%

Tabel 7: Procentuele verdeling van de antwoorden gescoord op 5-punts likertschaal (1 = helemaal niet akkoord, 2 = eerder niet akkoord, 3 = neutraal, 4 = eerder akkoord, 5 = helemaal akkoord).



Figuur 9: Procentuele verdeling van de antwoorden op de stellingen gescoord op 5-punts likertschaal (1 = helemaal niet akkoord 2 = eerder niet akkoord 3 = neutraal 4 = eerder akkoord 5 = helemaal akkoord).

3. Bespreking

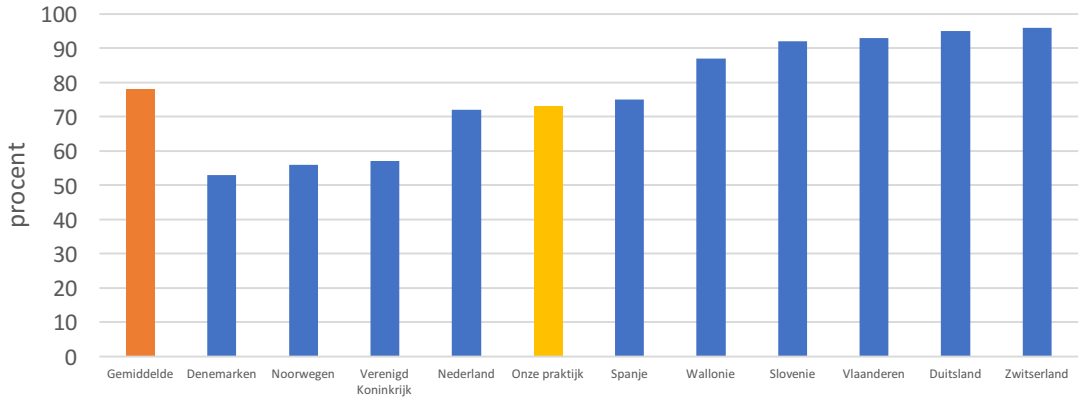
De gemiddelde leeftijd van de 22 deelnemers bedroeg 47,3 jaar. Er waren geen deelnemers jonger dan 20 jaar, 4% is tussen 20 en 30 jaar, 60% is tussen 30 en 50 jaar en 36% van de deelnemers is tussen 50 en 80 jaar (figuur 6).

Tevredenheid

De gemiddelde tevredenheid bedroeg 7,68 op 10. De meest tevreden patiënten bevonden zich in de leeftijdscategorie 70 tot 80 jaar met een gemiddelde score van 10/10 en de minst tevreden patiënten waren tussen 30 en 40 jaar en gaven gemiddeld 6,66/10 (figuur 8). Zo'n 36% van de ondervraagden gaf de praktijk 8/10 (figuur 7). De laagste score van 4/10 werd een keer gegeven en de hoogste score van 10/10 werd 3 keer gegeven.
Hallam L. constateerde dat de tevredenheid van de patiënten sterk werd bepaald door het aantal pogingen die nodig waren om iemand aan de lijn te krijgen. Hij bemerkte ook dat patiënten meer tevreden waren wanneer ze de arts aan de lijn kregen en dat de tevredenheid daalde wanneer hun oproep beantwoord werd door het secretariaat, zelfs wanneer hun eerste telefoonpoging al beantwoord werd (3).

Algemene telefonische bereikbaarheid

Van de ondervraagden is 73% akkoord of helemaal akkoord (4 en 5 op 5) met de stelling dat ze de huisartsenpraktijk goed kunnen bereiken. Een kleine minderheid (9%) antwoordt eerder negatief op de bereikbaarheid. Bijna ¾ (70%) gaat helemaal akkoord met het feit dat er een goede communicatie is met de arts. Bovendien vindt 59% van de patiënten dat ze niet te lang moeten wachten aan de telefoon. De meerderheid (zo'n 64%) van de patiënten zouden voor resultaten liever bellen tijdens een telefoonuurtje voor vragen, resultaten en/of voorschriften (figuur 9). Dit is dan ook de tweede meest voorkomende suggestie die gegeven wordt, en dit door 6 van de 22 respondenten.
Wanneer we het percentage respondenten in de 2 meest positieve antwoorden op de vraag "Ik kan de huisartsenpraktijk goed bereiken" (24) vergelijken met het Europees Gemiddelde betreffende de telefonische bereikbaarheid uit de studie "Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison", dan staan we op plaats 7/11. We scoren een klein beetje onder het gemiddelde maar hinken toch achter op Vlaanderen (figuur 10). Blijkbaar is het feit dat de praktijk niet de hele dag telefonisch bereikbaar is toch een struikelblok die tot 4 keer toe vermeld wordt bij de negatieve punten (tabel 3). Ook het feit dat er frequent een bezettoon is (voornamelijk 's morgens) en de patiënten 'niet gemakkelijk binnen geraken' wordt tot 13 keer toe vermeld (tabel 3). Als oplossing suggereren de patiënten de eventuele aanwezigheid van een telefonische wachtrij of een antwoordapparaat (tabel 6).



Figuur 10: Het percentage respondenten in de 2 meest positieve antwoorden op de stelling “Ik kan de praktijk goed bereiken” vergeleken met andere Europese landen.

Maken van afspraken

Over de tevredenheid van het maken van een afspraak geeft 77% van de patiënten een positief antwoord (4 of 5 op 5). 70% zegt helemaal akkoord te gaan met het gebruik maken van een onlineafsprakensysteem (tabel 7 en figuur 9).
Wanneer we kijken naar de suggesties om een vlottere communicatie mogelijk te maken (tabel 6) komt deze suggestie meest frequent terug (50% van alle respondenten suggereert dit).
Slechts 14% van de ondervraagden rapporteert geen gebruik te willen maken van een onlineafsprakensysteem met als voornaamste redenen dat rechtstreeks contact belangrijk is, dat je steeds een computer of smartphone nodig hebt of simpelweg omdat ze niet weten dat deze mogelijkheid bestaat (tabel 5).

Laboresultaten

De grote meerderheid is tevreden over het bespreken van de laboresultaten, wat nu telefonisch gebeurt. De minderheid, slechts 18%, zou hun laboresultaten liever tijdens consultatie bespreken en scoorde 4 of 5 op 5 (figuur 9). Dit komt slechts 1 keer terug in de suggesties (tabel 6). De meerderheid (55%) bespreekt zijn laboresultaten liefst met de arts die het onderzoek aangevraagd heeft dan met een collega. De mogelijkheid van het telefoonuurtje werd positief onthaald (zie eerder). Er werd ook enkele keren gesuggereerd om laboresultaten door te mailen of de secretaresse contact te laten opnemen bij een niet-afwijkend bloedonderzoek (tabel 6).
De goede afspraken die gemaakt worden omtrent het bellen voor laboresultaten worden als positief ervaren, maar de beperking in tijd (enkel in de namiddag) lijkt eerder negatief (tabel 3 en 4).

Telefonische onderbrekingen

Op de vraag of er suggesties zijn voor verbetering, lazen we tot 3 maal toe dat minder storende telefoontjes een verbetering zouden zijn (tabel 6). 59% van de ondervraagden vindt dat het frequent gebeurt dat de consultaties onderbroken worden om de telefoon te beantwoorden, waarvan 32% helemaal akkoord. Slechts 5% vindt dat dit helemaal niet frequent gebeurt. Bovendien is 55% het akkoord of helemaal akkoord dat deze onderbrekingen storend en vervelend zijn. Patiënten geven bij de negatieve punten (tabel 3) ook aan dat het overtollig bellen tijdens de consultatie wel storend is.

Positieve punten

Bij het analyseren van de antwoorden op de stellingen, viel op dat er een aantal stellingen waren waarbij meer dan de helft van de respondenten “helemaal akkoord” was en een score van 5 op 5 gaf (figuur 9).

- Er is in het algemeen een vlotte communicatie met de arts.
- Ik vind dat ik niet te lang moet wachten aan de telefoon.
- Ik zou gebruik maken van een onlineafsprakensysteem.
- Ik ben tevreden over het bespreken van de laboresultaten.

Wanneer we dit toetsen aan de antwoorden op de open vraag wat patiënten als positieve punten ervaren dan zien we dat de voldoende en duidelijke uitleg van de arts, de tijd die genomen wordt voor patiënten en de aangename en vriendelijk service meest frequent aangegeven worden. Ook het feit dat een snelle en vlotte afspraak mogelijk is en de aanwezigheid van het secretariaat worden frequent geantwoord (tabel 4).

Mogelijkheid tot verbetering

Verder opvallend bij de analyse van de stellingen is dat 55% van de respondenten de 2 meest negatieve antwoorden geeft op de vraag “ik weet welke arts wanneer consultaties heeft”. Nog eens 27% reageert neutraal en slechts 18% geeft aan te weten wanneer welke arts consultaties heeft (tabel 7 en figuur 9). Patiënten geven ook aan als antwoord op de vraag of er negatieve punten zijn dat het niet duidelijk is welke arts wanneer consultaties doet (tabel 3).
Als tweede meest frequente negatieve punt wordt vermeld dat de wachttijd voor het krijgen van een consultatie (te) lang zou zijn en het niet steeds mogelijk is dezelfde dag nog op consultatie te komen (tabel 3). Nochtans antwoordt 68% van de respondenten positief (4 of 5 op 5) op de stelling dat ze niet te lang moeten wachten vooraleer ze bij de dokter op consultatie kunnen komen.

OBSERVATIES

1. Methode

Gedurende de proefperiode na het invoeren van de interventies wordt het effect van de interventies geobserveerd en regelmatig besproken tijdens het wekelijkse overleg. De aanwezigen op dit overleg zijn de beide artsen in de praktijk en de secretariaatsmedewerkster.
Deze observaties worden weergegeven volgens het participatieve onderzoek.

2. Resultaten

A. Spontane observaties

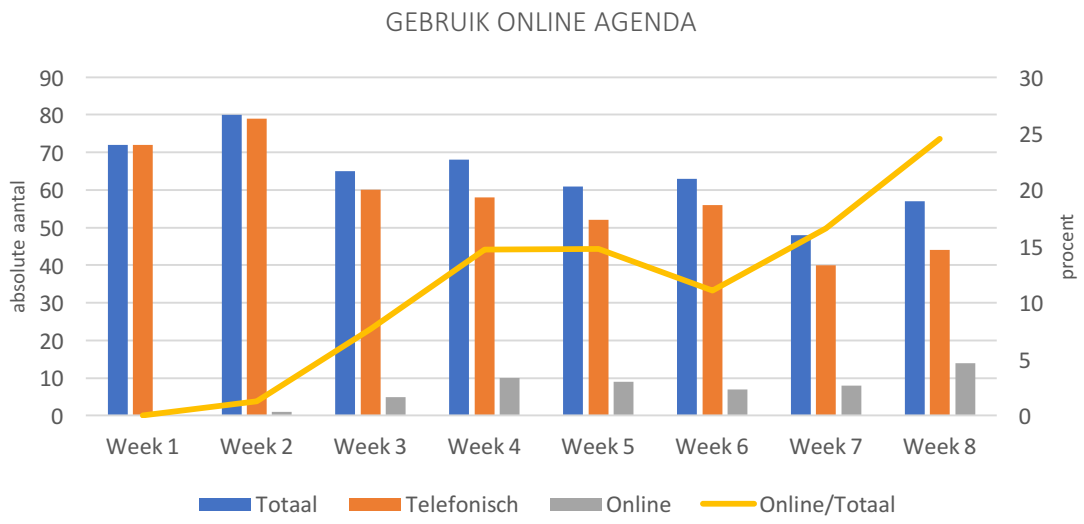
We verzamelden volgende resultaten tijdens de praktijkmeeting:

- De folders van het onlineafsprakensysteem die in de wachtzaal omhoog hangen, worden frequent meegenomen en moeten dagelijks worden aangevuld.
- Wanneer de brochure werd toegelicht door de secretaresse, kreeg ze ook veel positieve reacties op de mogelijkheid van het online systeem.
- De secretaresse stuit op veel verzet bij het telefonisch meedelen van de afschaffing van de telefonische voorschriften wanneer patiënten hiervoor belden.
- Patiënten die tot dan toe nog nooit gebruik maakten van het afhalen van een telefonisch voorschrift, ondervonden geen hinder van deze verandering.
- Bij het toelichten van de nieuwe procedure met mogelijk tot meegeven van uitgestelde voorschriften door de arts tijdens consultatie, wordt dit verzet niet ervaren en lijkt er meer begrip te zijn.

B. Gebruik online agenda

WEEK	*TOTAAL*	*TELEFONISCH*	*ONLINE*	*ONLINE/TELEFONISCH*
Week 1 (19 februari)	72	72	0	0%
Week 2 (26 februari)	80	79	1	1,25%
Week 3 (5 maart)	65	60	5	7,69%
Week 4 (12 maart)	68	58	10	14,71%
Week 5 (19 maart)	61	52	9	14,75%
Week 6 (26 maart)	63	56	7	11,11%
Week 7 (2 april)	48	40	8	16,6%
Week 8 (16 april)	57	44	14	24,56%

Tabel 8: Overzicht van het gebruik van de online agenda. Er wordt weergeven hoeveel afspraken er wekelijks gemaakt worden (totale aantal afspraken), hoeveel afspraken telefonisch vastgelegd werden, hoeveel afspraken online vastgelegd werden en tenslotte welk percentage van de afspraken online gemaakt werd (N online/N totaal).



Figuur 11: Staafdiagram met overzicht van het totale aantal gemaakte afspraken per week (blauw), het aantal telefonisch gemaakte afspraken (oranje) en het aantal online geboekte afspraken (grijs), allen af te lezen op de linker as. De gele lijn duidt het percentage online gemaakte afspraken (aantal online/totaal aantal), af te lezen op de rechter as.



DOCTENA (25)

"We ondervroegen patiënten die in de loop van 2017 onlineafspraken maakten via Doctena. Het blijkt een succesverhaal te zijn met een totaalscore van 4,4/5 en een aanbevelingspercentage van 96 %.

Bijna 9.000 patiënten namen deel aan het jaarlijks tevredenheids-onderzoek van Doctena en dat is 3 keer meer dan vorig jaar.

9 op de 10 patiënten geven 4 of 5 sterren aan de online boekingsapplicatie en ze beoordelen het gebruik ervan als gemakkelijk of zeer gemakkelijk. Bewijs: slechts 4 % van de respondenten geeft aan al een beroep te hebben gedaan op de technische ondersteuning van Doctena. 96 % van de ondervraagde patiënten zou de tool aanbevelen aan mensen uit hun omgeving.

Het terugkerend gebruik van de tool bevestigt die trend: 66 % van de ondervraagde patiënten boekte al 3 keer of meer een afspraak via het Doctena-platform. En op de vraag waarom ze niet het merendeel van hun medische afspraken via Doctena boeken, antwoordt bijna 70 % dat ze dat zeker zouden doen als alle zorgverstrekkers geregistreerd waren op de applicatie.

96 % van de patiënten maakt gebruik van de service omdat ze zo telefonische oproepen naar een of meerdere doktherspraktijken kunnen vermijden. 89 % doet een beroep op Doctena omdat ze dan zelf kunnen bepalen wanneer de afspraak doorgaat, 87 % omdat ze kunnen zien wanneer hun dokter beschikbaar is en 76 % vindt het handig dat ze een sms krijgen die hen aan hun afspraak herinnert.

Het gebruik van de mobiele service neemt jaarlijks toe. De kloof tussen de desktopgebruikers (58 %) en de mobiele gebruikers (42 %) wordt steeds kleiner. Die ontwikkeling valt eenvoudig te verklaren: patiënten willen een afspraak kunnen boeken als zij er tijd voor hebben."

Figuur 12: Resultaten van een patiëntensurvey van Doctena (het onlineafsprakensysteem).

3. Bespreking

Uit de praktijkmeeting kwamen een aantal opmerkelijke observaties naar voor. Algemeen werd het onlineafsprakensysteem zeer goed onthaald maar stootte het afschaffen van de telefonische voorschriften op verzet.

Het afschaffen van de telefonische voorschriften werd enerzijds aangekondigd via affiches in de wachtzaal en anderzijds werd telefonisch meegedeeld door de secretaresse dat zij de telefonische voorschriften niet langer kon afleveren maar een consultatie diende vast te leggen. Vooral patiënten die reeds geruime tijd gebruik maakten van dit systeem, hadden het moeilijk met het afschaffen van dit naar hun mening zeer gemakkelijke systeem. De artsen bemerkten ook dat patiënten die tijdens een consultatie uitleg kregen over de reden van het afschaffen van de telefonische voorschriften en het alternatief die ervoor voorzien werd (het meegeven van uitgestelde voorschriften tijdens een consultatie), veel minder problemen hadden met de verandering.

Figuur 11 toont dat het gebruik van het onlineafsprakensysteem stijgt. De eerste week werd nog geen gebruik gemaakt van het onlineafsprakensysteem, acht weken na invoeren van het systeem wordt bijna 25% van de afspraken online gemaakt.
Volgens het onderzoek dat de producent van het onlineafsprakensysteem zelf uitvoerde bij de gebruikers ervan (figuur 12), wordt het systeem als zeer gebruiksvriendelijk beschouwd door patiënten. Tot 96% zou de tool aanbevelen aan mensen uit hun omgeving en 90% beoordeelt het gebruik als gemakkelijk of zeer gemakkelijk. De voornaamste voordelen die uit de survey naar voor komen zijn naast de gebruiksvriendelijkheid ook dat patiënten een afspraak kunnen boeken als ze er tijd voor hebben, dat ze zelf kunnen bepalen wanneer de afspraak doorgaat en dat ze het handig vinden dat ze een sms krijgen die hen aan de afspraak doet herinneren. Bovendien zou 96% van de ondervraagden de applicatie gebruiken om een telefonisch contact met de praktijk te vermijden.

TELEFOONBEVRAGING

1. Methode

Na het implementeren van de verschillende interventies, wordt het subjectieve effect van deze interventies bij de patiënten geëvalueerd aan de hand van een semigestructureerd interview.

Patiënten die na een consultatie nood hebben aan een opvolgcontact, bijvoorbeeld het bespreken van een laboresultaat of evaluatie van hun klacht, worden opgebeld binnen de therapeutische relatie. Aan de hand van een gestructureerd interviewschema (tabel 9) wordt nagegaan hoe zij de interventies ervaren hebben. Tijdens dit diepte-interview worden vooropgestelde, algemeen geformuleerde open vragen gecombineerd met bijvragen tot specifieke informatie bekomen wordt.
Er werden interviews afgenomen totdat er geen vernieuwende aspecten van de ingevoerde interventies meer aan bod kwamen en verzadiging bereikt werd.

2. Resultaten

Wat vindt u van de veranderingen die in de praktijk zijn doorgevoerd?
- Over het algemeen goed, geen nadelen ondervonden. - Zeer blij dat er eindelijk een onlineafsprakensysteem is! - Ik ben geen fan van het afschaffen van de telefonische voorschriften. - Ik ben nog niet op de hoogte van de veranderingen.
ONLINEAFSPRAKENSYSTEEM
<u>Wat vindt u van het onlineafsprakensysteem?</u> - Als het dringend is en je wil snel komen weet ik niet goed wat ik moet doen. - Heel blij dat het er eindelijk is. - Zeer gemakkelijk.
<u>Heeft u er reeds gebruik van gemaakt? En zo nee, waarom niet?</u> - Ik heb reeds gebruik gemaakt van zodra ik wist dat het kon (door folder wachtzaal). - Ja, mijn dochter vertelde het mij, ik vind het zeer handig! - Nee, ik wist nog niet dat het kon. - Neen, ik heb geen computer thuis. Ik zou het misschien wel aan mijn kinderen kunnen vragen om het voor mij te doen, als dat kan.
<u>Is alles vlot verlopen?</u> - Alles vlot verlopen, ik kreeg zelf een herinnering en een bericht en mail dat het goedgekeurd was. - Zeer gebruiksvriendelijk systeem, overzichtelijk. - Ik moest in het begin even zoeken hoe ik de naam van de dokter kon selecteren. - De eerste keer moest ik veel gegevens invullen.
<u>Welke nadelen heeft u ondervonden?</u> - Bij dringende consultatie heb ik gebeld omdat er online geen plaats meer was. - Soms is de eerst beschikbare plaats maar laat op de avond. - Geen nadelen. - Bij de ene dokter was het minder gemakkelijk, moest ik een code ingeven. - Bij dringende zaken overleg ik graag met secretaresse of er nog plaats is. - Er is minder persoonlijk contact. - Ik kan niet vragen of ik in tussentijd als iets van medicatie kan nemen.

Wat zijn voor u de voordelen?

- Ik moet nog wat wennen om voordelen te kunnen geven, ben nogal routinemens.
- Zeer gebruiksvriendelijk.
- Je kan altijd hetzelfde paswoord gebruiken.
- Je kan op je gemak kijken wanneer het past.
- Ik vind het gemakkelijk dat je een overzicht ziet van de beschikbare uren en kan kiezen wanneer het me best past.
- Ik kreeg een sms en mail ter herinnering van mijn afspraak.
- Je kan ook buiten de telefoonuren een afspraak maken. Als ik me bijvoorbeeld 's avonds laat niet goed voel, kan ik nog online een afspraak maken voor de volgende dag.
- Ik kon de reden van de consultatie al invullen, dat is denk ik gemakkelijk voor de arts.

Wat zouden we kunnen doen om het gebruiksvriendelijker te maken?

- Je kan niet direct zien welke uren nog vrij zijn.
- Niet direct iets.
- Telefoon moet ook beschikbaar blijven voor bijvoorbeeld mijn ouders die dat niet kunnen.
- Je kan niet zoeken op postcode.

TELEFONISCHE VOORSCHRIFTEN

Heeft u in het verleden reeds telefonische voorschriften aangevraagd?

JA

Wat vindt u van het afschaffen van de telefonische voorschriften?

- Gebeurde zeer plots, ik was er niet op voorzien.
- Ik stond voor een voldongen feit want mijn medicatie was op en ik kon pas 2 dagen later op consultatie komen.
- Nadat ik de uitleg van de dokter gehoord heb snap ik wel waarom.
- Ik vind het afschaffen niet nodig want het is een zeer handig systeem.

Waarom vindt u het goed of niet goed?

- Goed systeem, ik moet niet steeds op consultatie komen als ik iets nodig heb.
- Het afschaffen is niet goed, ik neem enkel anti-allergie medicatie en vind het overbodig om daarvoor in de wachtzaal te komen aanschuiven.
- Mijn dokter heeft dit altijd voor mij gedaan, ik ken hem ondertussen zo goed, soms zie ik dit als soort van vriendendienst.
- Ik vind het een goed systeem omdat ik zoveel medicatie neem en niet altijd weet wat ik nodig heb als ik op consultatie ga.
- Het hangt ervan af hoeveel keer ik extra op consultatie zou moeten komen, ik heb niet zoveel tijd.

NEE

Wat vindt u van het afschaffen van de telefonische voorschriften?

- Ik heb er geen last van, ik kom op consultatie.
- Ik neem geen chronische medicatie.
- Goed, denk dat er veel misbruik is.
- Niet slecht, is bij een ander ook niet zo.
- Voor bepaalde medicatie moet dit kunnen vind ik, niet voor de 'zware'.
- Ik heb hier geen mening over.

Waarom vindt u het goed of niet goed?

- Zeer goed dat het afgeschaft is omdat sommigen misbruik maken.
- De arts geeft me uitgestelde voorschriften wanneer ik op consultatie kom.
- Ik vind het goed, zo zullen de consultaties misschien minder gestoord worden.
- Ik vind het goed want mensen zijn op de lange duur te veel gewoon.
- Ik vind het goed, ik neem ook chronische medicatie en kom hiervoor wél op consultatie.
- Goed dat het is afgeschaft, medicatie combineren kan soms gevaarlijk zijn.
- Goed dat het is afgeschaft, als is het natuurlijk verleidelijk om niet te moeten wachten en geen consultatie te moeten betalen voor je voorschrift.

Wat zou er beter kunnen zijn? Wat zou voor u een goed systeem zijn? - Het mag voor mij blijven zoals het is. - Nee voor mij hoeft er geen ander systeem te zijn. - Als ik er zou op letten, zou ik genoeg uitgestelde voorschriften vragen en zou het ook wel lukken. - Onlangs was ik bij de apotheker en die belde zelf naar de arts om te vragen of hij mijn chronische medicatie mocht meegeven, ik kon het voorschrift later binnensteken.	Wat zou er beter kunnen zijn? Wat zou voor u een goed systeem zijn? - Voorschriften aanvragen via mail zou misschien handig zijn? Ik weet niet of dit toegestaan is. - Ik vind het bellen een goed systeem. - Ik wit niet dat voorschriften uitgesteld konden worden, dit vind ik wel een goed systeem. - De dokter vroeg me onlangs zelf of ik nog een voorschrift voor mijn pil nodig had.
Houdt u zelf bij als u op consultatie komt wat u nog nodig hebt? - Dat deed ik niet maar ik kan het misschien vragen aan mijn verpleegster die alles komt klaarleggen of zij dit kan doen - Nee, dat deed ik niet omdat ik toch kon bellen.	Houdt u zelf bij als u op consultatie komt wat u nog nodig hebt? - Niet direct, maar ik zou dat beter doen, onlangs was ik iets vergeten. - Ik controleer systematisch welke medicatie ik nodig heb en van de meeste heb ik een doosje in reserve (moest arts op verlof zijn ofzo).
Vindt u dat uw gezondheid regelmatige opvolging nodig heeft? - Ik neem mijn medicatie al zo lang, ik ben er goed mee dus ik denk dat alles ok is. - Zolang ik van niets last heb, niet. - Ja, ik ga regelmatig langs om mijn situatie te bespreken, ook al is ze stabiel.	Vindt u dat uw gezondheid regelmatige opvolging nodig heeft? - Misschien meer dan ik zelf denk. - In mijn geval niet, ik heb geen chronische ziekte (zegt astma-patiënt). - Ik kom enkel bij de arts als ik klachten heb. - Ik laat mijn arts inschatten wanneer ik moet terugkomen, hij heeft hier het beste zicht op in mijn ogen.

Tabel 9: Overzicht van de verschillende antwoorden op het semigestructureerd patiënten interview.

3. Bespreking

Tijdens de interviews werd de reeds geobserveerd trend bevestigd: het onlineafsprakensysteem wordt met veel enthousiasme onthaald, over het afschaffen van de telefonische voorschriften zijn de meningen verdeeld.

Wat betreft het gebruik van het onlineafsprakensysteem waren enkele redenen om er geen gebruik van te maken het feit dat de geïnterviewde nog niet wist dat het systeem al in voege was. Verder bemerken we ook dat patiënten met een dringend gezondheidsprobleem liever telefonisch contact opnemen om er zeker van te zijn dat ze zo snel mogelijk geholpen worden en om in afwachting van de consultatie reeds een telefonisch advies te kunnen krijgen. Ook patiënten die niet beschikken over een computer/tablet/smartphone stonden positief tegenover het onlineafsprakensysteem. Zij waren van mening dat het telefonisch contact moet blijven bestaan maar dachten na om voor het online plannen van een niet-dringende afspraak hulp te vragen aan een derde die wel toegang heeft tot het systeem.

In verband met het afschaffen van de telefonische voorschriften was het enthousiasme minder unaniem.
Over het algemeen kunnen we twee groepen definiëren. In de eerste groep, de groep die nog nooit gebruik maakte van het aanvragen van de telefonische voorschriften, zien we dat er neutraal tot overwegend positief gereageerd wordt op de afschaffing. Ofwel nemen deze patiënten geen chronische medicatie, ofwel hebben ze de gewoonte op consultatie te komen wanneer ze iets nodig hebben, ofwel kijken ze naar aanleiding van een routinecontrole na welke medicatie zij nog nodig hebben en vragen zij voldoende 'voorraad'. De meerderheid vindt het goed dat het systeem wordt veranderd omdat ze van mening zijn dat dit ten goede komt aan de gezondheid van de patiënt aangezien medicatie combineren schadelijk kan zijn en omdat ze denken dat er soms misbruik van gemaakt wordt ook. Er wordt zelfs opgemerkt dat de consultaties mogelijks minder gestoord zullen worden als deze telefoons weg zouden vallen.
In de tweede groep met patiënten die wel al gebruik maakten van het telefonisch aanvragen van een voorschrift, wordt de verandering maar lauw onthaald. Een regelmatig terugkerende reden voor de minder enthousiaste reacties is dat veel patiënten vooraf niet op de hoogte waren gebracht en plots voor een voldongen feit stonden wanneer ze hun telefonisch recept niet meer kregen. Bovendien was het telefonisch aanvragen een goedkoper en minder tijdrovend systeem waarbij ook minder goed georganiseerde individuen op tijd (dus op het laatste nippertje) aan hun chronische medicatie geraakten. Patiënten waren bang dat het de bedoeling was dat ze vanaf nu veel frequenter op consultatie dienden te komen. Wanneer zij uitleg kregen over de redenen van de verandering (privacywetgeving, werkbelasting, risico's, nood aan opvolging en controle medicatie) en over het voorgestelde alternatief (het meegeven van uitgestelde voorschriften voor een afgesproken termijn) konden ze zich hier wel beter in vinden. Verder is het interessant om op te merken dat patiënten gebruik van maken van de telefonische voorschriften gewoon omdat het wordt toegestaan door de huisarts en er eigenlijk geen problemen mee hebben om zich anders te organiseren nu het systeem veranderd is.

DISCUSSIE

1. SAMENVATTING RESULTATEN

Voor de samenvatting van de resultaten van dit praktijkverbeterproject, koppelen we terug naar de initiele onderzoeksvraag, die we laten uiteenvallen in drie delen.

Door middel van welke interventies zou de telefonische belasting van de huisartspraktijk verminderd kunnen worden en welk effect heeft dit op de kwaliteit van de hulpverlening?

A. Hoe kunnen we de telefoonbelasting verminderen?

Een oriënterende literatuurstudie toonde dat telefoonregistratie vaak een eenvoudige hefboom is naar het invoeren van verschillende acties die de telefoonbelasting zouden kunnen verminderen.
Tijdens de eerste telefoonregistratie (vóór het invoeren van de interventies) wordt 68,66% van de telefoons gebruikt voor het maken van een afspraak, 14% belt voor resultaten, 10% van de telefoons gaat over het aanvragen van telefonische voorschriften, 6% van de telefoons betreft een "andere" contactreden en op de laatste plaats vinden we contact door andere hulpverleners met 1%. Het drukste belmoment ligt in beide registraties tussen 8u en 9u (32% van alle telefoons van registratie 1 en 26% van alle telefoons van registratie 2). In beide registraties valt ook op dat het grootste aandeel van de telefonische contacten gaat over het maken van een afspraak voor consultatie of huisbezoek, gevolgd door het bespreken van resultaten (zie figuur 3). Figuur 5 illustreert de contactredenen per uur en toont dat er overwegend tussen 8u en 9u gebeld wordt om een afspraak te maken.

Uit de patiëntenenquêtes bleek dat de gemiddelde tevredenheid 7,68 op 10 bedroeg. De meest tevreden patiënten bevonden zich in de leeftijdscategorie 70 tot 80 jaar met een gemiddelde score van 10/10 en de minst tevreden patiënten waren tussen 30 en 40 jaar en gaven gemiddeld 6,66/10 (figuur 8). Zo'n 36% van de ondervraagden gaf de praktijk 8/10 (figuur 7).
Op de vraag of er suggesties waren voor verbetering, lazen we tot 3 maal toe dat minder storende telefoontjes een verbetering zouden zijn (tabel 6). 59% van de ondervraagden vindt dat het frequent gebeurt dat de consultaties onderbroken worden om de telefoon te beantwoorden, en 55% is akkoord of helemaal akkoord dat deze onderbrekingen storend en vervelend zijn. Patiënten geven bij de negatieve punten (tabel 3) ook aan dat het overtollig bellen tijdens de consultatie storend is. Slechts 5% vindt dat dit helemaal niet frequent gebeurt.
Bij het analyseren van de antwoorden op de stellingen, viel op dat er een aantal stellingen waren waarbij meer dan de helft van de respondenten "helemaal akkoord" was en een score van 5 op 5 gaf (figuur 9). Deze waren:

- Er is in het algemeen een vlotte communicatie met de arts (bijna 70%),
- Ik vind dat ik niet te lang moet wachten aan de telefoon,
- Ik zou gebruik maken van een onlineafsprakensysteem,
- Ik ben tevreden over het bespreken van de laboresultaten.

Van de participanten zegt 70% helemaal akkoord te gaan met het gebruiken van een onlineafsprakensysteem (tabel 7 en figuur 9). Wanneer we kijken naar de suggesties op de open vraag hoe een vlottere communicatie mogelijk te maken (tabel 6) komt deze suggestie meest frequent terug (50% van alle respondenten suggereert dit). Slechts 14% van de ondervraagden rapporteert geen gebruik te willen maken van een onlineafsprakensysteem met als voornaamste redenen dat

rechtstreeks contact belangrijk is, dat je steeds een computer of smartphone nodig hebt of simpelweg omdat ze niet weten dat deze mogelijkheid bestaat (tabel 5).
Van de ondervraagden is 73% akkoord of helemaal akkoord (4 en 5 op 5) met de stelling dat ze de huisartsenpraktijk goed kunnen bereiken. Wanneer we het percentage respondenten in de 2 meest positieve antwoorden op de vraag "Ik kan de huisartsenpraktijk goed bereiken" (24) vergelijken met het Europees Gemiddelde betreffende de telefonische bereikbaarheid uit de studie "Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison", dan staan we op plaats 7/11. Blijkbaar is het feit dat de praktijk niet de hele dag telefonisch bereikbaar is toch een struikelblok die tot 4 keer toe vermeld wordt bij de negatieve punten (tabel 3). Ook het feit dat er frequent een bezettoon is (voornamelijk 's morgens) en de patiënten 'niet gemakkelijk binnen geraken' wordt tot 13 keer toe vermeld (tabel 3). Als oplossing suggereren de patiënten de eventuele aanwezigheid van een telefonische wachtrij of een antwoordapparaat (tabel 6).

Op 14 april 2016 keurde de Europese Unie een verordening goed voor een algemene gegevensbescherming. Deze Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), ook bekend als General Data Protection Regulation (GDPR), wordt toegepast vanaf 25 mei 2018. Deze vordering betekent voor onze praktijk dat de huidige manier van aanvragen van telefonische voorschriften verboden wordt. De patiënten geven namelijk door aan de secretaresse welke medicatie zij nodig hebben, die de afgeprinte voorschriften op haar beurt voorlegt aan de behandelende arts. Hiermee krijgt de secretaresse inzicht in de medische gegevens en het dossier van de patiënt.

De effectieve interventies
Op basis van deze gegevens werd beslist om twee interventies in te voeren en te beoordelen aan de hand van de PDCA-cyclus. Het gaat hier enerzijds over het invoeren van een onlineafsprakensysteem en anderzijds over het afschaffen van de telefonische verlengvoorschriftjes. Voor de concrete aanpak verwijs ik naar bijlage 3.

B. Is de telefoonbelasting ook effectief verminderd?

Het absolute aantal telefoons daalde van 351 tijdens de eerste registratie naar 227 telefoons tijdens de tweede registratie. De tweede registratie vond plaats tijdens de paasvakantie en verklaart mogelijks een deel van de daling van het aantal oproepen.
Gezien het verschil in absolute aantal telefonische contacten tussen beide registraties, werden de procentuele contactredenen vergeleken. Wanneer we beide registraties vergelijken bemerken we tijdens de tweede registratie, na het invoeren van de telefoonbelastingsverminderende interventies, een afname in aantal oproepen voor vastleggen van een consultatie (daling van 62% naar 42%). Het percentage aanvraag huisbezoeken blijft stabiel na het invoeren van de interventies (op ongeveer 7%). Tijdens registratie 1 gaat 80% van de telefoons tussen 8u en 9u over het vastleggen van een consultatie. Na het invoeren van de interventies is dit aantal gereduceerd naar 64%.
De grootteorde van het aantal contacten voor aanvragen van telefonische voorschriften en contact door andere hulpverleners is in beide registraties dezelfde. Het aantal contacten voor het aanvragen van telefonische voorschriften zakt wel met een derde van 11% naar 7%.
Verder zien we een betere spreiding van de telefoons tijdens het tweede registratiemoment: 57% in de voormiddag en 43% in de namiddag. Tijdens registratie 1 belde 73% in de voormiddag en slechts 27% in de namiddag.

Figuur 11 toont dat het gebruik van het onlineafsprakensysteem stijgt. De eerste week werd nog geen gebruik gemaakt van het onlineafsprakensysteem, acht weken na invoeren van het systeem wordt bijna 25% van de afspraken online gemaakt. Verwacht wordt dat dit gebruik van de online contactmogelijkheden nog verder zal toenemen.

C. Welk effect heeft dit op de kwaliteit van de hulpverlening?

In een poging de kwaliteit van de hulpverlening te bewaken en te evalueren, werd het subjectieve effect van de interventies geëvalueerd aan de hand van een semigestructureerd interview, 2 maanden na doorvoeren van de veranderingen.
Tijdens de interviews werd de tijdens de praktijkmeeting geobserveerd trend bevestigd: algemeen wordt het onlineafsprakensysteem met veel enthousiasme onthaald, maar stootte het afschaffen van de telefonische voorschriften op verzet en zijn de meningen hierover verdeeld.

Volgens het onderzoek dat de producent van het onlineafsprakensysteem zelf uitvoerde bij de gebruikers ervan (figuur 12), wordt het systeem als zeer gebruiksvriendelijk beschouwd door patiënten. Tot 96% zou de tool aanbevelen aan mensen uit hun omgeving en 90% beoordeelt het gebruik als gemakkelijk of zeer gemakkelijk. De voornaamste voordelen die uit de survey naar voor komen zijn naast de gebruiksvriendelijkheid ook dat patiënten een afspraak kunnen boeken als ze er tijd voor hebben, dat ze zelf kunnen bepalen wanneer de afspraak doorgaat en dat ze het handig vinden dat ze een sms krijgen die hen aan de afspraak doet herinneren. Bovendien zou 96% van de ondervraagden de applicatie gebruiken om een telefonisch contact met de praktijk te vermijden.
De gebruiksvriendelijkheid, de timing van het maken van een afspraak en de keuze tussen de verschillende beschikbare afspraakmomenten komen inderdaad als voordelen naar voor in onze interviews. Enkele redenen om geen gebruik van te maken van het onlineafsprakensysteem was dat de geïnterviewde nog niet wist dat het systeem al in voege was.
Patiënten met een dringend gezondheidsprobleem nemen liever telefonisch contact op om er zeker van te zijn dat ze zo snel mogelijk geholpen worden en reeds een telefonisch advies te kunnen krijgen. Ook patiënten die niet beschikken over een computer/tablet/smartphone stonden positief tegenover het onlineafsprakensysteem. Zij waren van mening dat het telefonisch contact moet blijven bestaan maar dachten na om voor het online plannen van een niet-dringende afspraak hulp te vragen aan een derde die wel toegang heeft tot het systeem.

In verband met het afschaffen van de telefonische voorschriften was het enthousiasme minder unaniem. Vooral de groep patiënten die reeds geruime tijd gebruik maakte van dit systeem, had het moeilijk met het afschaffen van dit naar hun mening zeer gemakkelijke systeem. Een regelmatig terugkerende reden in deze groep voor de minder enthousiaste reacties is dat veel patiënten vooraf niet op de hoogte waren gebracht en plots voor een voldongen feit stonden wanneer ze hun telefonisch recept niet meer kregen. Bovendien was het telefonisch aanvragen een goedkoper en minder tijdrovend systeem waarbij ook minder goed georganiseerde individuen op tijd (dus op het laatste nippertje) aan hun chronische medicatie geraakten. Patiënten waren bang dat het de bedoeling was dat ze vanaf nu veel frequenter op consultatie dienden te komen. De artsen bemerkten ook dat patiënten die uitleg kregen over de redenen van de verandering (privacywetgeving, werkbelasting, risico's, nood aan opvolging en controle medicatie) en over het voorgestelde alternatief (het meegeven van uitgestelde voorschriften voor een afgesproken termijn), veel minder problemen hadden met de verandering. Verder is het interessant om op te merken dat patiënten gebruik van maken van de telefonische

voorschriften gewoon omdat het wordt toegestaan door de huisarts en er eigenlijk geen problemen mee hebben om zich anders te organiseren nu het systeem veranderd is.
In de groep die nog nooit gebruik maakte van het aanvragen van de telefonische voorschriften, zien we dat er neutraal tot overwegend positief gereageerd wordt op de afschaffing. Ofwel nemen deze patiënten geen chronische medicatie, ofwel hebben ze de gewoonte op consultatie te komen wanneer ze iets nodig hebben, ofwel kijken ze naar aanleiding van een routine controle na welke medicatie zij nog nodig hebben en vragen zij voldoende 'voorraad'. De meerderheid vindt het goed dat het systeem wordt veranderd omdat ze van mening zijn dat dit ten goede komt aan de gezondheid van de patiënt aangezien medicatie combineren schadelijk kan zijn en omdat ze denken dat er soms misbruik van gemaakt wordt ook. Er wordt zelfs opgemerkt dat de consultaties mogelijks minder gestoord zullen worden als deze telefoons weg zouden vallen.

2. STERKTES

- Een van de sterkte punten van dit onderzoek is dat het een praktijkverbeterproject is, individueel opgesteld en specifiek op maat van onze praktijk.
- Verder is ook de mixed method met het participatieve onderzoek een sterk punt van dit project. Participatief onderzoek is een specifieke techniek binnen het kwalitatieve onderzoek waarbij het onderzoek en de actie aan elkaar verbonden zijn. Deelnemers beschikken door het participatieve actieonderzoek (hier het afnemen van de semi-gestructureerde vragenlijsten) over inzicht in hun doen en laten in de onderzochte situaties en tegelijkertijd over kennis voor het verbeteren van hun handelen. Deze techniek is specifiek gericht op het verkrijgen van praktische kennis om een probleem enerzijds beter te begrijpen en anderzijds beter op te lossen. Dit leidt uiteindelijk leidt verandering en empowerment van de deelnemers. Via semigestructureerde vragenlijsten werd nagegaan wat patiënten denken en waarom de doorgevoerde veranderingen al dan niet aanslaan.
- Respondenten van de patiëntenenquête waren representatief voor de patiëntenpopulatie van de praktijk.

3. BEPERKINGEN

- Een beperking van dit project is de korte periode (2 maanden) om het effect van de interventies te evalueren. De mens is een gewoontebeestje en gedragsveranderingen vragen dan ook tijd. Belangrijk om te onthouden is echter dat de toon voor dit praktijkverbeterproject gezet is en dat verder onderzoek kan leiden tot een nog beter implementatie van de veranderingen in de praktijk.
- Een tweede punt is dat er geen gebruik werd gemaakt van een gestandaardiseerde vragenlijst. Hierdoor is het moeilijk om de resultaten ervan te vergelijken met andere onderzoeken of te extrapoleren. Ook de tevredenheidsscore kon in dit onderzoek niet vergeleken worden maar bij een eventuele verderzetting van het project in de toekomst met herhaling van de score, is dit potentiele interessante informatie.
- Tijdens tweede registratie valt op dat er groter percentage "overige" is, 6,27% tijdens registratie 1 versus 19,82% tijdens registratie 2. Deze categorie werd niet verder geregistreerd, maar maakt tegelijkertijd wel een belangrijk deel uit van het totale aantal oproepen.
- De steekproef van de patiëntenenquêtes was niet groot genoeg om sluitende uitspraken te doen die niet aan toeval te wijten zijn.

4. VERDERE EVALUATIE PROJECT

A. Hoe kan het project verbeterd worden?

Mogelijke verbeteringen van de ingevoerde acties?

- Als belangrijkste opmerking bij de ingevoerde acties vermelden we dat er een korte aanpassingsperiode was, in het bijzonder voor het voorschriften.
  Zoals tijdens de interviews door de artsen opgemerkt werd, daalt de weerstand van de patiënten tegenover het nieuwe systeem wanneer ze voldoende informatie krijgen. Het kan hier dus nuttig zijn om ook rond de telefonische voorschriften een folder te maken om in de wachtzaal te leggen om mee te nemen of om actief uit te delen of aan de hand waarvan de toelichting van het project beter kan gebeuren.
- Zoals reeds vermeld zou het interessant zijn om (na een voldoende lange aanpassingsperiode) terug te koppelen naar de tevredenheidsscore door de enquête te herhalen. Anderzijds kan de tevredenheidsscore 10 kan als maatstaf dienen voor volgende projecten in de praktijk om ook een kwantitatief idee te hebben over de subjectieve kwaliteit.
- Het aantal doorgeschakelde telefoons, het aantal afgewerkte/onafgewerkte telefoons en het aantal telefoons op de 'wachttelefoon' vielen buiten het bestek van deze registratie maar zijn mogelijks wel interessante en belangrijke parameters om bij een volgende registratie te analyseren.

Verdere mogelijke in te voeren acties?

- LABORESULTATEN
  De grote meerderheid is tevreden over het bespreken van de laboresultaten, wat nu telefonisch gebeurt. Voor het telefonisch bespreken van laboresultaten of medische beeldvorming, dienen patiënten te bellen in de namiddag (vanaf 16u30). Figuur 5 illustreert dat de grote meerderheid van de patiënten die hieromtrent bellen, dit ook effectief in de namiddag doen. Tijdens registratie 1 belt 1/4^{e} van de patiënten eerst in de voormiddag voor de bespreking van hun resultaten, tijdens registratie 2 belt 11% van de patiënten al eens in de voormiddag voor hun resultaten. Deze gegevens duiden dat tot een kwart van de patiënten onvoldoende geïnformeerd is omtrent het moment waarop ze best bellen. De meerderheid (zo'n 64%) van de patiënten zouden voor resultaten liever bellen tijdens een telefoonuurtje voor vragen, resultaten en/of voorschriften (figuur 9). Dit is dan ook de tweede meest voorkomende suggestie die gegeven wordt, en dit door 6 van de 22 respondenten.
  Mogelijke oplossingen voor dit probleem zouden kunnen zijn om een telefoonuurtje in te schakelen, om een terugbelafspraak vast te leggen waarop de arts de patiënt zelf opbelt of om routine bloedafnames door een verpleegster van het labo te laten uitvoeren en het resultaat tijdens de effectieve erop volgende consultatie te bespreken. De minderheid, slechts 18%, zou hun laboresultaten liever tijdens consultatie bespreken en scoorde 4 of 5 op 5 (figuur 9). Dit komt slechts 1 keer terug in de suggesties (tabel 6). De meerderheid (55%) bespreekt zijn laboresultaten liefst met de arts die het onderzoek aangevraagd heeft dan met een collega. De mogelijkheid van het telefoonuurtje werd positief onthaald (zie eerder). Er werd ook enkele

keren gesuggereerd om laboresultaten door te mailen of de secretaresse contact te laten opnemen bij een niet-afwijkend bloedonderzoek (tabel 6).
De goede afspraken die gemaakt worden omtrent het bellen voor laboresultaten worden als positief ervaren, maar de beperking in tijd (enkel in de namiddag) lijkt eerder negatief (tabel 3 en 4).

- INFORMEREN
  Verder opvallend bij de analyse van de stellingen is dat 55% van de respondenten de 2 meest negatieve antwoorden geeft op de vraag "ik weet welke arts wanneer consultaties heeft". Nog eens 27% reageert neutraal en slechts 18% geeft aan te weten wanneer welke arts consultaties heeft (tabel 7 en figuur 9). Patiënten geven ook aan als antwoord op de vraag of er negatieve punten zijn dat het niet duidelijk is welke arts wanneer consultaties doet (tabel 3).
  Het informeren van de patiënten lijkt dus nog een werkpunt. In deze tijden lijkt het opstarten van een website met praktijkinformatie een logische volgende stap. Eventueel kunnen hier in de toekomst andere elektronische toepassingen aan gekoppeld worden (ik denk maar aan toegang tot het medische dossier et cetera).

B. Extrapolatie naar waarde voor praktijk in Vlaanderen?

Er bestaat geen eenduidige oplossing voor het aanpakken en vermijden van de telefonische onderbrekingen. Vermits iedere praktijk anders werkt en draait, is het van belang om structurele veranderingen af te stemmen op de individuele praktijk. Desalniettemin kaarten we naar aanleiding van dit project enkele mogelijke algemene oplossingen aan.

Het aanbieden van relevante training aan gezondheidswerkers om telefonische onderbrekingen te beheren en het nut van alternatieve vormen van communicatie voor minder urgente zaken zou kunnen worden geïntroduceerd om de nadelige gevolgen ervan te verzachten (14).

Zo zou het toch mogelijk moeten zijn dat de patiënt via de eHealth-diensten toegang zou krijgen tot zijn dossier en daar in zijn medicatieschema zou kunnen aanklikken welke medicatie hij/zij nodig heeft. Vervolgens zou er bijvoorbeeld een pop-up kunnen verschijnen bij de arts wanneer hij inlogt op zijn medisch programma zodat simpelweg kan aangevinkt worden of de verlenging van de medicatie wordt goedgekeurd of niet. In een ideaal scenario zouden deze voorschriften dan rechtstreeks via de Recip-e dienst voor de apotheker beschikbaar kunnen zijn zodat de patiënt zijn medicatie kan gaan halen.
Een andere optie is dat de voorschriften rechtstreeks geregeld worden tussen de huisarts en de huisapotheker, waarbij er een verbinding via eHealth zou zijn tussen de huisarts en huisapotheker die op hetzelfde medicatieschema werken. In Engeland wordt een soortgelijk systeem reeds toegepast (26). Artsen geven op hun voorschriften aan de apotheker de toelating om deze medicatie te verlengen zonder dat een patiënt op consultatie dient te komen. Van de apotheker wordt dan verwacht de therapietrouw na te gaan en eventuele problemen met de medicatie op te sporen. In geval van problemen dient de apotheker uiteraard de arts te contacteren.

Om misbruik tegen te gaan zou er in de software van het medische programma een tool ontwikkeld kunnen worden die gelinkt is aan het medicatieschema en uitrekent hoe lang de patiënt met de voorgeschreven hoeveelheden toekomt. Deze periode zou dan overeen moeten komen met een vooropgestelde termijn, afhankelijk van de chronische diagnose die in het dossier vermeld staat, waarbinnen de patiënt telkens op controle dient te komen bij de arts.

Zoals door Mold en de Lusignan beschreven (27), brengt deze onlinetoegang enkele uitdagingen met zich mee zowel voor patiënten als voor artsen, als voor de praktijk en voor onderzoek. De uitdagingen voor de praktijk zijn de impact van online diensten op de werklast en de kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg. Gezondheidswerkers maken zich zorgen over de gevolgen voor de werklast, evenals risico's voor de privacy. Het creëren van een duurzaam bedrijfsmodel voor een veilige, private, informatieve, meer rechtvaardige onlineservice is nodig wanneer online toegang tot records buiten de betalende systemen moet worden geboden. Onlinetoegang en -diensten kunnen ook leiden tot onvoorziene gevolgen en kunnen de aard van de interactie tussen patiënt en arts veranderen.
Onderzoek uitdagingen omvatten volgens hen: (1) Het waarborgen van privacy, inclusief toegang tot medische dossiers te beheersen; (2) Of online toegang tot het GMD de patiëntveiligheid en gezondheidsresultaten verbetert; (3) Of dossiertoegang de ongelijkheden tussen sociale klassen en tussen geslachten vergroot; en (4) Verbetering van de efficiëntie. De uitdagingen voor de praktijk zijn: (1) Hoe online toegang opnemen in de klinische workflow; (2) De behoefte aan een bedrijfsmodel om de extra tijd die nodig is te financieren.

CONCLUSIE

De initiële telefoonregistratie toont dat het overgrote deel van de telefoontjes gaat over maken van afspraken, gevolgd door het bespreken van resultaten en het aanvragen van telefonische voorschriftjes. Het drukste telefoonmoment ligt tussen 8 en 9u en dan wordt overwegend gebeld voor het maken van een afspraak.
De patiënten zijn best tevreden met een gemiddelde score bijna 8/10 en ze vinden dat er een goede communicatie is met de arts. Van de ondervraagden is 73% akkoord of helemaal akkoord met de stelling dat ze de huisartsenpraktijk goed kunnen bereiken. Maar ze geven ook aan dat de consultaties frequent onderbroken worden en dat ze dit storend vinden. Ze geven aan gebruik te maken van een online afsprakensysteem en zijn zeer tevreden over het bespreken van de laboresultaten. Maar ook de frequente bezettoon (voornamelijk 's morgens) en het feit dat de patiënten 'niet gemakkelijk binnen geraken' worden frequent vermeld.
Na het invoeren van de interventies, is het totale aantal telefoons gezakt. Het percentage telefonische voor het vastleggen van een afspraak is gedaald van 62% naar 42%. Ook het percentage telefonische contacten voor aanvragen van telefonische voorschriften is gezakt van 11% naar 7%. Verder zien we een betere spreiding van de telefoons tijdens het tweede registratiemoment.
Het gebruik van het onlineafsprakensysteem stijgt en twee maanden na implementatie wordt 25% van de afspraken online geboekt.
De interviews tonen dat het onlineafsprakensysteem met veel enthousiasme onthaald wordt. Het afschaffen van de telefonische voorschriften op verzet, vooral bij de patiënten die hier in het verleden reeds gebruik van maakten. De artsen bemerkten ook dat patiënten die uitleg kregen over de redenen van de verandering (privacywetgeving, werkbelasting, risico's, nood aan opvolging en controle medicatie) en over het voorgestelde alternatief (het meegeven van uitgestelde voorschriften voor een afgesproken termijn), veel minder problemen hadden met de verandering.

De sterke punten van dit project zijn ongetwijfeld dat het een project is dat specifiek is afgestemd op onze praktijk. Ook het participatieve onderzoek, waarbij het effect van de doorgevoerde veranderingen geobserveerd werd en waarbij de patiënt via de interviews ook als onderzoeken en evaluator van de veranderingen fungeerde, is een sterk punt.
We merken op dat er tegelijk een sterke toename was van de groep "overige" telefonische contacten, waar we bij gesprek aan analyse van de contactredenen binnen deze groep geen verdere uitspraken over kunnen doen. De vragenlijst was bovendien niet gestandaardiseerd waardoor we deze informatie niet kunnen toetsen aan andere bevindingen. Ze kan wel gebruikt worden voor evaluatie van verdere veranderingen die in deze praktijk eventueel nog zouden kunnen volgen.

Na evaluatie kunnen we stellen dat dit een geslaagd praktijkverbeterproject is. Het zal geïntegreerd worden in de praktijkwerking mits het verder begeleiden van de groep patiënten die in het verleden reeds gebruik maakte van de telefonische voorschriften. Het kan in de toekomst eventueel nog uitgebreid worden met het implementeren van een website en terugbelafspraak voor het meedelen van laboresultaten.
Verder onderzoek zal moeten uitwijzen wat de rol van de thuisapotheker, het gedeelde medicatieschema of de online toegang van de patiënt tot zijn eigen GMD zou kunnen zijn in het verlengen van de chronische medicatie.

BIBLIOGRAFIE

1. LaVela SL. Understanding health care communication preferences of veteran primary care users. Patient Education and Counseling. 2012 September; 88(3): p. 420-26.
2. Van den Daele D. Optimaliseren van (telefonisch) medisch advies, meedelen van resultaten van labo en medische beeldvorming. De visie van de patiënt. 2016.
3. Hallam L. Hallam L. (1992) was een van de eerste die de redenen van de telefonische contacten in kaart bracht. Hij constateerde dat in 62% van alle telefonische oproepen symptomen geëvalueerd dienden te worden of de nood voor een huisbezoek moest ingeschat worden. Sommige artsen beschouwen de telefoon als een tool om de dag te plannen en (via telefonisch advies) de werkdruk te verlagen. Anderen menen daarentegen dat telefonisch advies het aantal consulten/huisbezoeken niet deed dalen, voornamelijk omdat het moeilijk is situaties via de telefoon in te schatten; men moet een onderscheid maken tussen patiënten die minimaliseren, overdrijven of betrouwbaar rapporteren en bij enige onzekerheid of ontevredenheid dient steeds een consultatie te volgen. Zij beschouwen de telefoon dus als een extra belasting (2). Slechts 11% van de telefonische oproepen betrof het doorgeven van laboresultaten. Dit aantal leek echter sterk afhankelijk van het lokale beleid. De studie van Hallam L. (1992) bevatte praktijken waar enkel artsen laboresultaten doorgaven, praktijken waar de receptionist dit mocht doen en praktijken waar er resoluut geen laboresultaten aan de telefoon werden besproken. British Journal of General Practice. 1992; 42(358): p. 186-9.
4. Kemper I. Onderzoek naar de telefoonbelasting in de huisartspraktijk. 2008.
5. Tavenier F. Introductie van een online afsprakensysteem in de huisartspraktijk: invloed op de telefoonbelasting in een groepspraktijk. 2012.
6. Dearden A, Smithers M, Thapar A. Interruptions during general practice consultations - the patients' view. Family Practice. 1996; 13(2): p. 166-9.
7. Downes MJ, Mervin MC, Byrnes JM, Scuffham PA. Telephone consultations for general practice: a systematic review. Systematic Reviews Journal. 2017; 6(1): p. 128.
8. Shvartzman P, Antonovsky A. The interrupted consultation. Family Practice. 1992 Juni; 9(2): p. 219-21.
9. Brabers A, Reitsma-van Rooijen M. Huisartsenzorg in cijfers: patiënten over telefonische bereikbaarheid. Huisarts en Wetenschap. 2011; 54(5): p. 265-66.
10. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Inspectie voor de gezondheidszorg. Telefonische bereikbaarheid huisartsen nog steeds onder de maat. [Online].; 2011 [cited 2017 11 17. Available from: http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2011/05/18/telefonische-bereikbaarheid-huisartsen-nog-steeds-onder-de-maat.html.
11. Van Campen E. “Ik moest kloppen want de telefoon doet het niet!” Hoe het telefonisch gebeuren efficiënter organiseren in deze praktijk? 2009.
12. Locatelli SM, LaVela SL, Talbot ME, Davies ML. How do patients respond when confronted with telephone access barriers to care? Health Expectations. 2015 December; 18(6): p. 2154-63.
13. O'Connor R, Barry N, Dempsey R. Interruptions in general practice. Irish Medical Journal. 2007; 100(9): p. 582-3.
14. Koong AY, Koot D, Eng SK, Purani A, Yusoff A, Goh C, 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 Family Practice. 2015 September; 16(114).

15. Marcinowicz L, Chlabicz S, Grebowksi R. Understanding patient satisfaction with family doctor care. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2010; 16(4): p. 712-5.
16. Landelijke Huisartsen Vereniging. Webbsite van de Landelijke Huisartsen Vereniging Nederland. [Online].; 2013 [cited 2018 1 28. Available from: http://www.lhv.be.
17. Solberg LI, Mayer TR, Seifert MH. Office telephone calls in family practice. Journal of Family Practice. 1984; 18: p. 608-16.
18. LaVela SL, Schectman G, Locatelli SM, Weaver FM, Davies M. Improving the quality of telephone-delivered healt care: a national quality improvement transformation initiative. Family Practice. 2013 Oktober; 30(5): p. 533-40.
19. de Groot RA, de Haan J, Bosveld HE, Meyboom-de Jong B. De telefoon: wat gaat er fout? Huisarts & Wetenschap. 2001; 44: p. 16-17.
20. de Groot R, de Haan J, Bosveld H, Nijland A, Meyboom-de Jong B. The implementation of a call-back system reduces the doctor's workload, and improves accessibility by telephone in general practice. Family Practice. 2002 Oktober; 19(5): p. 516-9.
21. Adams M. Onderzoek naar de telefonische en online bereikbaarheid van een forfaitaire groepspraktijk. 2015.
22. Decat E. De telefoon: hoe van een vijand een vriend maken? 2014..
23. Bogaerts K. Telefoonbelasting in de huisartsenpraktijk: kan de telefoondruk verminderen door online contactmogelijkheden? 2017.
24. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Kingenberg A. Patient satisfaction with availibility of general practive: an international comparison. International Journal Quality of Health Care. 2001; 14(2): p. 111.
25. Doctena. DOCTENA BELGIUM S.P.R.L./B.V.B.A. [Online].; 2018 [cited 2018 maart 28. Available from: http://www.doctena.com.
26. Bond C, Matheson C, Williams S, Donnan P. Repeat prescribing: a role for community pharmacists in controlling and monitoring repeat prescriptions. Britisch Journal General Practice. 2000 april; 51(2): p. 161-6.
27. Mold F, de Lusignan S. Patients' Online Access to Their Primary Care Electronic Health Records and Linked Online Services: Implications for Research and Practice. Journal of Personalized Medicine. 2015 December; 5(4): p. 452-69.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: FOCUS-procedure en PDCA-cyclus

BIJLAGE 2: Visgraatanalyse

BIJLAGE 3: Schematisch overzicht van de gevolgde procedure en ingevoerde interventies

BIJLAGE 4: Registratie telefoonoproepen

BIJLAGE 5: Patiëntenenquête

BIJLAGE 6: Protocol ethisch comité

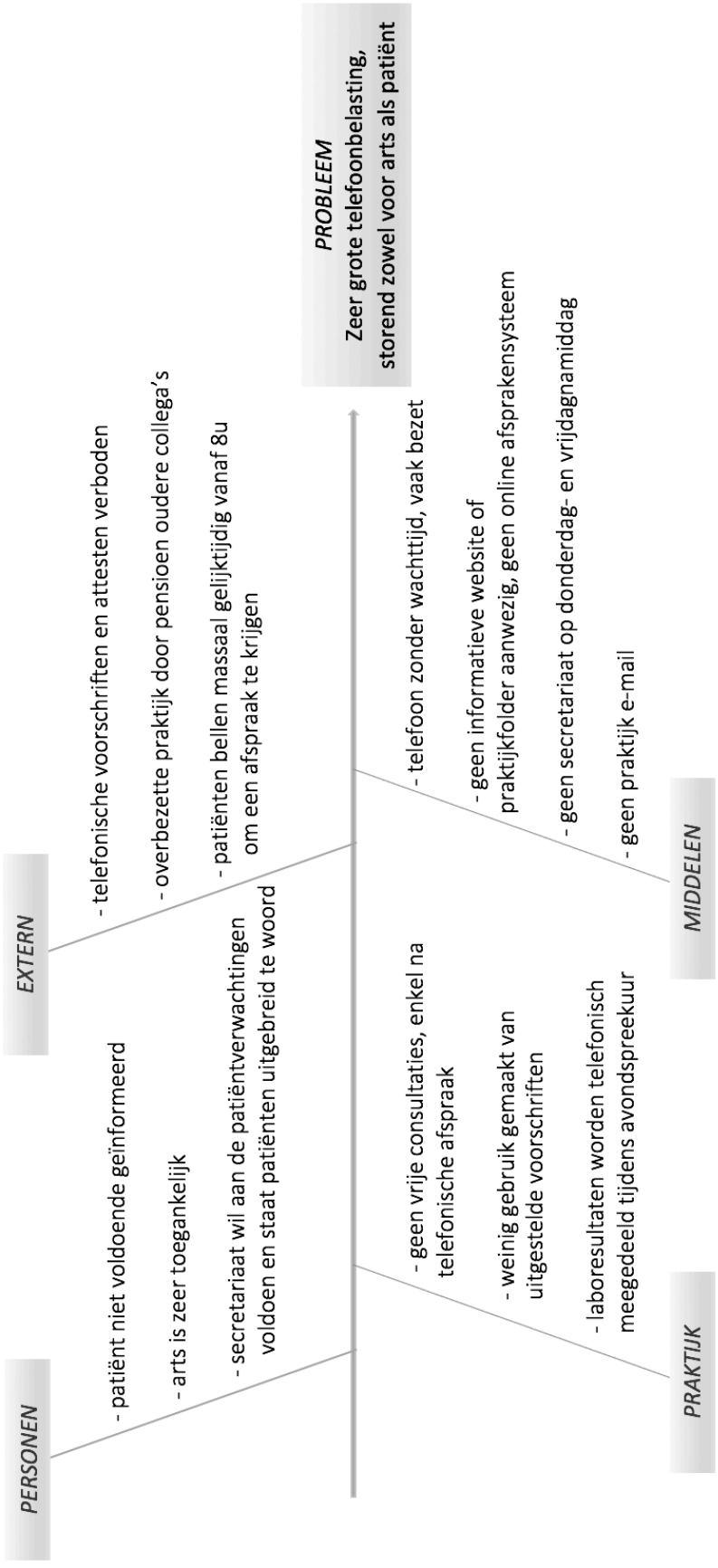
BIJLAGE 7: Goedkeuring ethisch comité

1. BIJLAGE 1: FOCUS-procedure en PDCA-cylus

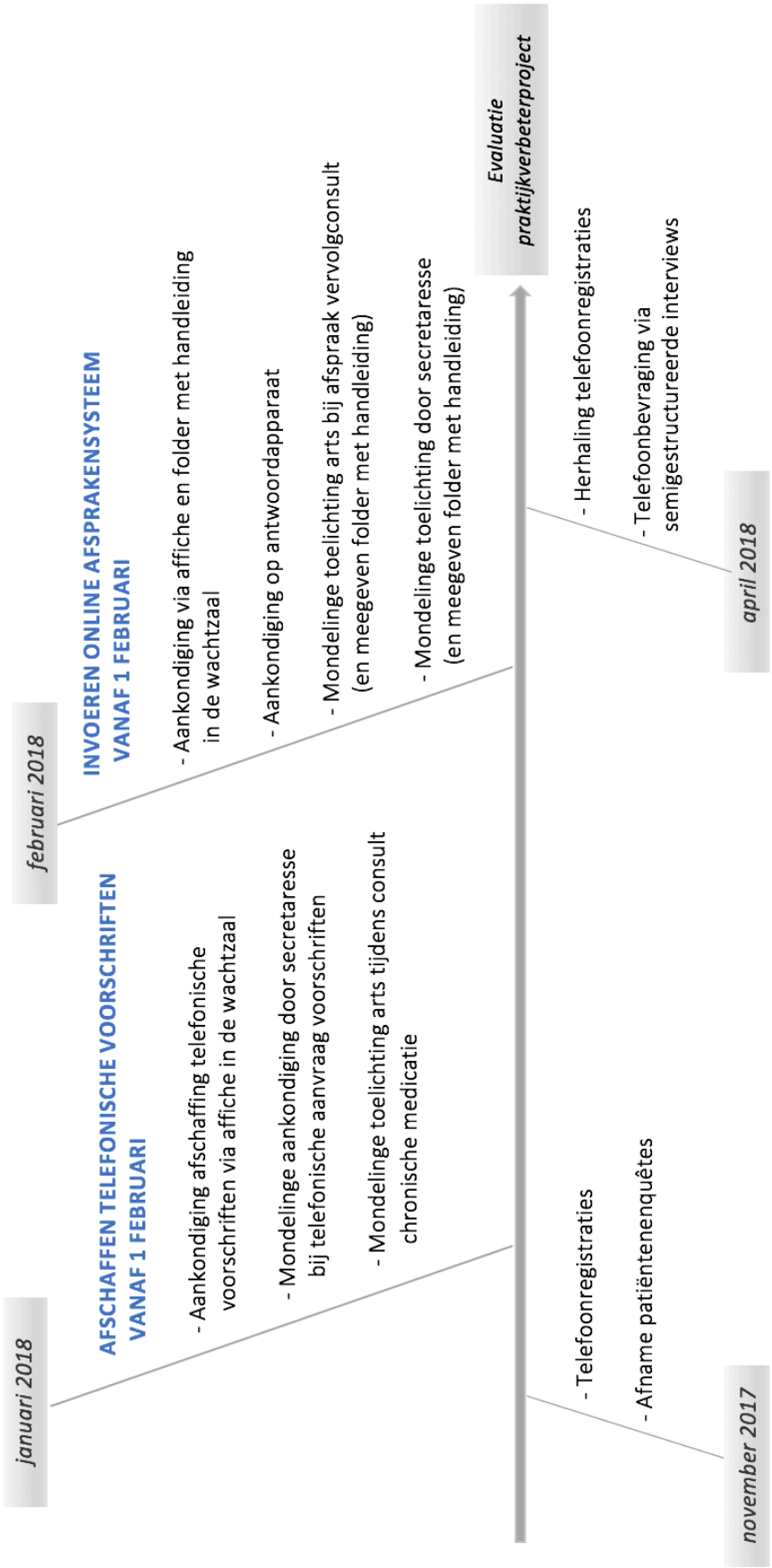
FIND	De consultatiemomenten worden frequent gestoord door inkomende telefoonoproepen. Dit leidt tot frustratie bij zowel arts als patiënt. Hoe kan de telefoonbelasting van de huisartsenpraktijk verminderd worden en hoe kunnen we voor de patiënten een betere en duidelijkere communicatie met de artsen mogelijk maken?
ORAGNISE	Overleg met de artsen en praktijkmedewerker.
CLARIFY	Overleg en bespreking van de huidige situatie: in de voormiddag handelt de secretaresse de meeste oproepen af. Bij dringende zaken noteert ze telefoonnummers en wordt de patiënt later teruggebeld door de arts. In de namiddag worden telefoons in verband met medische vragen en het bespreken van verschillende resultaten doorgeschakeld. Patiënten geven aan dat de lijn vaak bezet is, dat het niet duidelijk is wanneer ze contact kunnen opnemen.
UNDERSTAND	Tekenen van een visgraatanalyse om het probleem te analyseren. Registratie van de telefoonoproepen en afnemen van enquêtes.
START PDCA	De verbetering wordt doorgevoerd via de PDCA-cyclus (Deming 1986).

PLAN	Optellen van een globaal actieplan: bepalen welke interventies doorgevoerd zullen worden.
DO	Uitvoeren van de nieuwe procedure: het invoeren van de geplande interventies: januari – maart 2018.
CHECK	Evalueren van het project: herhalen van de telefoonregistratie en uitvoeren van de telefonische bevraging.
ACT	Afhankelijk van de bekomen resultaten wordt er bekeken of het project verworpen (abandoning), aangepast (adjusting) of geïntegreerd wordt in de praktijkwerking (adopting).

2. BIJLAGE 2: Visgraatanalyse



3. BIJLAGE 3: Schematisch overzicht van de gevolgde procedure en ingevoerde interventies



4. BIJLAGE 4: Registratie telefoonoproepen

WANNEER	REDEN TELEFONISCH CONTACT
8u tot 9u *TOTAAL*	Afspraak consultatie: Afspraak huisbezoek: Resultaten labo: Resultaten beeldvorming: Telefonisch voorschrift: Andere hulpverlener (apotheker, kine, …): Andere:
9u tot 10u *TOTAAL*	Afspraak consultatie: Afspraak huisbezoek: Resultaten labo: Resultaten beeldvorming: Telefonisch voorschrift: Andere hulpverlener (apotheker, kine, …): Andere:
10u tot 11u *TOTAAL*	Afspraak consultatie: Afspraak huisbezoek: Resultaten labo: Resultaten beeldvorming: Telefonisch voorschrift: Andere hulpverlener (apotheker, kine, …): Andere:
11u tot 12u *TOTAAL*	Afspraak consultatie: Afspraak huisbezoek: Resultaten labo: Resultaten beeldvorming: Telefonisch voorschrift: Andere hulpverlener (apotheker, kine, …): Andere:
16u30 tot 17u30 *TOTAAL*	Afspraak consultatie: Afspraak huisbezoek: Resultaten labo: Resultaten beeldvorming: Telefonisch voorschrift: Andere hulpverlener (apotheker, kine, …): Andere:
17u30 tot 18u30 *TOTAAL*	Afspraak consultatie: Afspraak huisbezoek: Resultaten labo: Resultaten beeldvorming: Telefonisch voorschrift: Andere hulpverlener (apotheker, kine, …): Andere:
18u30 tot 19u30 *TOTAAL*	Afspraak consultatie: Afspraak huisbezoek: Resultaten labo: Resultaten beeldvorming: Telefonisch voorschrift: Andere hulpverlener (apotheker, kine, …): Andere:

5. BIJLAGE 5: Patiëntenenquête

ALGEMENE INFORMATIE	
Telefoonnummer waarop we u kunnen bereiken voor eventuele verdere vragen	
Leeftijd	
Hoeveel keer per maand heeft u gemiddeld **niet-telefonisch contact** met de praktijk? *(bijvoorbeeld consultatie, huisbezoek, iets afhalen of oppikken in de praktijk)*	
Hoeveel keer per maand neemt u gemiddeld **telefonisch contact** op met de praktijk?	

ALGEMENE TEVREDENHEID	
Hoe tevreden bent u over de bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk op schaal van 0 (zeer ontevreden) tot 10 (zeer tevreden)?	_____ / 10
Wat zijn voor u de **negatieve punten** aan bereikbaarheid, communicatie, organisatie?	
Wat zijn voor u de **positieve punten** van bereikbaarheid, communicatie, organisatie?	

SPECIFIEKE ASPECTEN	
In welke mate ga je akkoord met volgende stellingen: 1 = helemaal niet akkoord 2 = eerder niet akkoord 3 = neutraal 4 = eerder akkoord 5 = helemaal akkoord	
Ik vind dat ik de huisartsenpraktijk vlot kan bereiken.	1 2 3 4 5
Ik vind dat ik niet te lang moet wachten aan de telefoon.	1 2 3 4 5
Ik ben tevreden over het maken van een afspraak.	1 2 3 4 5

Ik moet niet te lang wachten vooraleer ik bij de dokter op consultatie kan komen.	1 2 3 4 5
Ik zou gebruik maken van een onlineafsprakensysteem.	1 2 3 4 5
Zo neen, waarom niet? Wat houdt er u tegen? _____	
Ik weet welke arts wanneer consultaties of huisbezoeken heeft.	1 2 3 4 5
Ik ben tevreden over het bespreken van laboresultaten.	1 2 3 4 5
Ik zou mijn laboresultaten liever tijdens een consultatie bespreken in plaats van telefonisch.	1 2 3 4 5
Ik bespreek mijn laboresultaat liever met de arts die het bloed geprikt heeft dan met een collega.	1 2 3 4 5
Ik zou mijn laboresultaten graag per mail ontvangen.	1 2 3 4 5
Er is in het algemeen een vlotte communicatie met de arts.	1 2 3 4 5
Ik vind het vervelend of storend als de consultatie onderbroken wordt om een telefonische oproep te beantwoorden.	1 2 3 4 5
Het gebeurt frequent dat de consultatie onderbroken wordt om een telefoon te beantwoorden.	1 2 3 4 5
Ik zou het gemakkelijker vinden om te bellen tijdens een specifiek telefoonuurtje (voor vragen, resultaten, voorschriften).	1 2 3 4 5

SUGGESTIES	
Hebt u suggesties om een vlottere communicatie mogelijk te maken?	

6. BIJLAGE 6: Protocol ethisch comité

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

KWALITEITSVERBETEREND ONDERZOEK NAAR HET VERMINDEREN VAN DE TELEFOONBELASTING IN DE HUISARTSENPRAKTIJK.

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

PROMOTOR
- NAAM: DIRK AVONTS
- FUNCTIE: PROFESSOR HUISARTSGENEESKUNDE
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN, VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 06 65
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: DIRK.AVONTS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: JAN DE MAESENEER

COPROMOTOR
- NAAM: DIEGO SCHRANS
- FUNCTIE: HUISARTS EN ASSISTENT VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN, VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 36 12
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: DIEGO.SCHRANS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): JAN DE MAESENEER

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

- NAAM: EVELIEN VERYSER
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0477 17 56 96
- E-MAIL: EVELIEN_VERYSER@UGENT.BE

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

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: PHILIP CHRISTIAENS
- ADRES: MEIRBEEKSTRAAT 144, 9308 GIJZEGEM
- TELEFOONNUMMER: 053 70 55 91
- E-MAIL: PHILIP.CHRISTIAENS@TELENET.BE
- TYPE-PRAKTIJK: GROEPSPRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

DE TELEFOONBELASTING VAN DE HUISARTSENPRAKTIJK, EN DAN VOORNAMELIJK HOE DEZE VERMINDERD KAN WORDEN, IS EEN 'HOT TOPIC' ONDER DE MASTERPROEVEN. ER GEBEURDE REEDS ONDERZOEK NAAR INTERVENTIES DIE WERDEN GEÏMPLEMENTEERD OM DE TELEFOONBELASTING TE VERMINDEREN EN HET EFFECT ERVAN.
DIT ONDERZOEK IS EEN NIEUW ONDERZOEK WAARBIJ NAGEGAAN WORDT OF DE PATIËNTENTEVREDENHEID STIJGT EN DE TELEFOONBELASTING VERMINDERT BIJ HET INVOEREN VAN VERSCHILLENDE INTERVENTIES.

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

- START ONDERZOEK: 1 MAART 2017
- EINDE ONDERZOEK: 30 DECEMBER 2018

7. SOORT ONDERZOEK

☐ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
- VERZAMELEN VAN PATIËNTENGEGEVENS, 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,…

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: IN MIJN HUIDIGE OPLEIDINGSPRAKTIJK IS DE TELEFOON HET ENIGE COMMUNICATIEMIDDEL TUSSEN PATIËNT ENERZIJDS EN ARTSEN ANDERZIJDS. IN DE VOORMIDDAG WORDEN DE TELEFOONS BEANTWOORD DOOR DE SECRETARIAATSMEDEWERKSTER EN VERLOPEN DE CONSULTATIES VLOT EN ONGESTOORD. TIJDENS HET AVONDSPREEKUUR, VANAF 16U30, KUNNEN PATIËNTEN TELEFONISCHE ADVIEZEN KRIJGEN VAN DE ARTSEN EN WORDEN BLOEDUITSLAGEN TELEFONISCH BESPROKEN. DIT ZORGT ERVOOR DAT DE AVONDCONSULTATIES, IN VERGELIJKINGEN MET DE OCHTENDCONSULTATIES, VAAK CHAOTISCHER VERLOPEN ZOWEL VOOR DE PATIËNT ALS VOOR DE HUISARTS.
OVER MOGELIJKE INTERVENTIES OM DE TELEFOONBELASTING IN DE HUISARTSENPRAKTIJK TE VERMINDEREN, WERD REEDS ENIG ONDERZOEK GEDAAN. ER WERD REEDS GECONSTATEERD DAT VERSCHILLENDE INTERVENTIES ZORGEN VOOR EEN STERK GEDAALDE OBJECTIEVE EN SUBJECTIEVE (TELEFONISCHE) WERKLAST VOOR ZOWEL ARTS ALS SECRETARESSE. MAAR WAT MET DE TEVREDENHEID VAN DE PATIËNT NA IMPLEMENTATIE VAN DE TELEFOONBELASTINGSVERMINDERENDE ACTIES?

ONDERZOEKSVRAAG: DEZE MASTERPROEF IS EEN KWALITEITSVERBETEREND ONDERZOEK WAARBIJ ONDERZOCHT ZAL WORDEN OF NA INVOEREN VAN VERSCHILLENDE TELEFOONBELASTINGSVERMINDERENDE ACTIES, ENERZIJDS DE TELEFOONBELASTING VAN DE HUISARTSENPRAKTIJK DAALT EN ANDERZIJDS DE PATIËNTENTEVREDENHEID VERBETERT.

METHODE: HET KWALITEITSVERBETEREND ONDERZOEK ZAL VERLOPEN VOLGENS DE FOCUS-PROCEDURE EN PDCA-CYCLUS.

INITIEEL ZAL ER INFORMATIE VERZAMELD WORDEN. ENERZIJDS ZAL ER EEN TIJDELIJKE REGISTRATIE PLAATSVINDEN VAN DE TELEFOONS. ANDERZIJDS WORDT DE MENING VAN DE PATIËNT BEVRAAGD VIA EEN ENQUÊTE. DEZE ENQUÊTE ZAL PEILEN NAAR DE TEVREDENHEID VAN DE PATIËNT MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN EN ZAL OOK PEILEN NAAR EVENTUELE VERWACHTINGEN OF IDEEËN VAN DE PATIËNT OVER HOE HET TELEFOONVERKEER VOLGENS HEN BETER ZOU KUNNEN VERLOPEN. DE ENQUÊTE BEVAT EEN INFORMED CONSENT. DE ENQUÊTE WORDT OOK AANGEKONDIGD VIA EEN POWERPOINTPRESENTATIE IN DE WACHTZAAL. DE ENQUÊTE ZAL GECODEERD WORDEN EN HET INFORMED CONSENT BEVAT TOESTEMMING VAN DE PATIËNT OM, BIJ EVENTUELE VERDERE VRAGEN OF ONDUIDELIJKHEDEN, ACHTERAF NA TE BELLEN.

DE POPULATIE OMVAT ALLE PATIËNTEN VAN DE PRAKTIJK, HET SECRETARIAAT EN DE ARTSEN WERKZAAM IN DE GROEPSPRAKTIJK. ER WORDT EEN DEEL VAN DE PATIËNTEN GESELECTEERD OM DEEL TE NEMEN AAN EEN ENQUÊTE. DIT ZIJN DE PATIËNTEN, VANAF 18 JAAR, DIE ZICH BINNEN EEN BEPAALDE PERIODE AANBIEDEN VOOR CONSULTATIE IN DE PRAKTIJK EN DIE AKKOORD GAAN MET DEELNAME AAN DE ENQUÊTE. DEZE GROEP ZAL ALS "KWALITEITSPANEL" BENOEMD WORDEN. INDIEN MEN MOEILIJKHEDEN ONDERVINDT MET HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST, KAN DE PATIËNT ZICH STEEDS LATEN BEGELEIDEN DOOR HUN VERTROUWENSPERSOON BIJ HET INVULLEN. DIT WORDT OOK ZO IN HET INFORMED CONSENT VERMELD.
VERVOLGENS ZULLEN DE GEGEVENS VAN DE TELEFOONREGISTRATIE EN DE ENQUÊTE GEANALYSEERD WORDEN EN ZAL EEN OVERLEGD WORDEN OVER DE MOGELIJKE INTERVENTIES, ZIJNDE DE ZOGENOEMDE TELEFOONBELASTINGSVERMINDERENDE ACTIES. ALS MOGELIJKE ACTIES WEERHOUD IK HET INVOEREN VAN EEN TELEFOONUURTJE, OPSTELLEN VAN EEN PROTOCOL VOOR HET TELEFOONUURTJE, HET OPSTARTEN VAN EEN ONLINE-AFSPRAKENSYSTEEM, HET OPSTELLEN VAN EEN PROTOCOL VOOR HET MEDISCHE SECRETARIAAT, HET DOORSTUREN VAN LABORESULTATEN VIA MAIL PATIËNTEN DOOR DE ARTS ZELF LATEN TERUGBELLEN, …
VERVOLGENS ZAL HET INVOEREN VAN DE ACTIES GEPLAND WORDEN (= 'PLAN), EN ZAL NA HET UITVOEREN VAN DE GEÏMPLEMENTEERDE ACTIES (= 'DO), GEREGISTREERD WORDEN WAT HET EFFECT GEWEEST IS OP DE TELEFOONBELASTING ENERZIJDS EN DE PATIËNTENTEVREDENHEID ANDERZIJDS (= 'CHECK'). DEZE PATIËNTENTEVREDENHEID ZAL TERUG VIA EEN ANONIEME ENQUÊTE VERLOPEN.

VERWACHTINGEN: IDEALITER ZOU, NA HET IMPLEMENTEREN VAN TELEFOONBELASTINGSVERMINDERENDE ACTIES, DE TELEFOONBELASTING VERMINDEREN EN DE PATIËNTENTEVREDENHEID STIJGEN. DIT ZOU ZOWEL VOOR DE ARTSEN, DE SECRETARIAATSMEDEWERKSTER ALS VOOR DE PATIËNTEN WINST KUNNEN OPLEVEREN: DE ARTSEN WORDEN MINDER GESTOORD EN KUNNEN KWALITEITSVOLLERE ZORGEN BIEDEN, DE SECRETARIAATSMEDEWERKSTER KAN EFFICIËNTER EN GESTRUCTUREERDER WERKEN EN DE PATIËNTEN KUNNEN DE PRAKTIJK EFFICIËNTER BEREIKEN EN KWALITATIEVER GEHOLPEN WORDEN. KORTOM ZOU DE ZORG HIERDOOR VERBETERD WORDEN.

9. IS HET ONDERZOEK

☐ DIAGNOSTISCH
☐ FYSIOLOGISCH
☐ MORFOLOGISCH
✓ THERAPEUTISCH, WANT HET TELEFOONVERKEERD WORDT VERBETERD
☐ FYSIOPATHOLOGISCH
☐ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

☐ JA
✓ NEEN

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

FACULTEIT GENEESKUNDE UNIVERSITEIT GENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

☐ JA
✓ NEEN

PATIËNTEN VAN DE HUISARTSENPRAKTIJK.

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

☐ JA
✓ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 10 À 20-TAL, WANNEER VERZADIGING BEREIKT WORDT

D. LEEFTIJD : VANAF 18 JAAR

E. GESLACHT : NIET GESPECIFIEERD

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? TIJDENS CONSULTATIES ZAL PATIËNTEN GEVRAAGD WORDEN, ZOWEL DOOR DE PO ALS DOOR DE HAIO ZELF, OF ZE, NA DUIDING VAN DE STUDIE, TIJD HEBBEN OM DE ENQUÊTE IN TE VULLEN.

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 :

☐ NEEN
✓ JA

MONDELING :

☐ NEEN
✓ JA

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

☐ JA
✓ NEEN

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

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

☐ JA
✓ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

☐ JA
✓ NEEN

C. GAAT HET OM KINDEREN?

☐ JA
✓ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

☑ JA
☐ NEEN

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

☑ JA
☐ NEEN

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 ?

☑ JA

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?
ER WERD REEDS ONDERZOEK GEDAAN NAAR MOGELIJKE INTERVENTIES OM DE TELEFOONBELASTING IN DE HUISARTSENPRAKTIJK TE VERMINDEREN. ER WERD REEDS GECONSTATEERD DAT VERSCHILLENDE INTERVENTIES ZORGEN VOOR EEN STERK GEDAALDE OBJECTIEVE EN SUBJECTIEVE (TELEFONISCHE) WERKLAST VOOR ZOWEL ARTS ALS SECRETARESSE. MAAR ER WERD NOG NIET ONDERZOCHT WAT DE TEVREDENHEID VAN DE PATIËNT IS NA IMPLEMENTATIE VAN DE TELEFOONBELASTINGSVERMINDERENDE ACTIES.

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
☐ 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 INHOUD
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 TOEGEDIEND.

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

☑ JA,
☐ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ?

ONDER TOEZICHT VAN DE BEHANDELENDE HUISARTS (HAIO, PRAKTIJKOPLEIDER) EN ONDER MEDISCH TOEZICHT VAN DE WACHTDIENST

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

☑ JA, DIT TOEZICHT WORDT VERZEKERD DOOR DE BEHANDELENDE ARTS OF DOOR DE ARTS VAN WACHT.
☐ 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

D. NAAM VAN DEZE ARTS?

ZIJNDE DE HUISARTS DOKTER PHILIP CHRISTIAENS OF MEZELF DOKTER EVELIEN VERYSER.

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 ?

NIET VAN TOEPASSING.

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 ?

NIET VAN TOEPASSING, GEZIEN HET NIET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT

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 :

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 : 28/2/17
NAAM :
HANDTEKENING

PRAKTIJKOPLEIDER
DATUM : 28/2/17
NAAM
HANDTEKENING Philip Christiaens

PROMOTOR
DATUM :
NAAM
HANDTEKENING

CO-PROMOTOR
DATUM :
NAAM
HANDTEKENING

DIENSTHOOFD VAKGROEP / INSTITUUT / SCHOOL / UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING

7. BIJLAGE 7: Goedkeuring ethisch comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

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**
	2017/0406	12-jun-17	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Kwaliteitsverbeterend onderzoek naar het verminderen van de telefoonbelasting in de huisartsenpraktijk.(MaNaMa Evelien Veryser)

Belgisch Registratienummer: B670201732109

* Antwoord onderzoekers via mail dr. E. Veryser ontv. dd. 29/05/2017 op opmerkingen EC dd. 28/03/2017
* Adviesaanvraagformulier dd. 22/05/2017 (versie 1.1)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (versie ontv. dd. 29/05/2017)
* Vragenlijst Kwaliteitsverbeterend onderzoek naar het verminderen van de telefoonbelasting in de huisartsenpraktijk (ontv. dd. 29/05/2017)

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 1/06/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 1/06/2018, 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 1/06/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 1/06/2018, 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 20/06/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/06/2017**

- *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)*

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

Davine Verbeke
09/332 22 66

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

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**
	2017/0406	12-jun-17	Zie "CC"

- *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
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

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

Davine Verbeke
09/332 22 66