Communicatie tussen eerste lijn en ziekenhuizen: optimalisatie van verslaggeving naar de huisarts

Jules-Emile De Visscher, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Diego Schrans, Universiteit Gent

Co-promotor: Karel Strobbe, Huisartsvereniging Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022 – 2023

Communicatie tussen eerste lijn en ziekenhuizen: optimalisatie van verslaggeving naar de huisarts

Jules-Emile De Visscher, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Diego Schrans, Universiteit Gent

Co-promotor: Karel Strobbe, Huisartsvereniging Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022 – 2023

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.

Inhoudsopgave

Abstract **1**

Inleiding **3**

Communicatie *3*

Ontslag *4*

Onderzoeksvraag *6*

Methodologie **7**

Literatuurstudie *7*
- Zoekstrategie 7
- Selectie van artikels 7

Focusgroepen *7*

Resultaten **9**

Literatuuronderzoek *9*

Focusgroepen *9*

Slechte verslaggeving *10*

CoZo *11*

Medicatie *12*

Het lezen van verslagen *13*
- Verwijsbrieven 13
- Verslagen van de specialist 13

Verbetering van verslaggeving *14*

Feedback naar de specialist *16*

Discussie **17**

Interpretatie van studieresultaten *17*
- De rol van de huisarts 17
- Slechte verslaggeving 17
- Termijn verslaggeving 18
- CoZo 20
- Medicatie 20
- Het lezen van verslagen 21
- Verbetering van verslaggeving 23

Beperkingen *24*

Finale opmerkingen *25*

Conclusie **27**

Referenties **28**

Bijlages **30**

Abstract

Context Eén op vijf patiënten krijgt te maken met een incident binnen de drie weken na het verlaten van het ziekenhuis. De veiligheid van ontslag uit het ziekenhuis is een terugkerend thema in de literatuur over patiëntveiligheid en een aandachtspunt voor verbeterings-initiatieven. Ten gevolge van miscommunicatie kunnen tal van veiligheidsincidenten plaatsvinden en hoewel veiligheidsincidenten door miscommunicatie vaak voorkomen, is er weinig gekend rond de aard van die veiligheidsincidenten. Onderzoeken 'wat er precies misgaat' kan ons helpen niet alleen de pijnpunten bloot te leggen, maar kan ook tot nieuwe oplossingen leiden.

Onderzoeksvraag Het doel in deze masterproef is om te kijken 'wat er misgaat' in de verslaggeving van de specialist naar de huisarts, waarop aanbevelingen gegeven worden voor het opstellen van een vragenlijst. Die kan vervolgens gelanceerd worden naar de huisartsen om tot een betere verslaggeving naar de huisarts te komen.

Methode Voor het literatuuronderzoek werd gebruik gemaakt van de database Pubmed. De gebruikte termen waren 'transitional safety', 'transitional care', 'patient discharge', 'patient transfer', 'continuity of patient care' en 'discharge communication'. Er werd gekeken naar gepubliceerde artikels van de voorbije 20 jaar.
Daarna volgde een eigen kwalitatief onderzoek aan de hand van focusgroepen bij huisartsen. Huisartsen werden ondervraagd rond hun ervaringen met verslaggeving door middel van individuele casussen, die verder werden geëxploreerd. De bijeenkomsten werden opgenomen, getranscribeerd en geanalyseerd. De analyse werd axiaal gecodeerd met het programma Nvivo.

Resultaten Uit het literatuuronderzoek werden 9 artikels geïncludeerd. Hieruit bleek dat veiligheidsincidenten door miscommunicatie vaak voorkomen. Echter er is nog waar weinig onderzoek dat zoekt naar wat er precies misloopt. Studies die de communicatie tussen huisartsen en specialisten trachtten te onderzoeken, maakten gebruik van een meldingssysteem, enquêtes, case reports en focusgroepen.
Drie focusgroepen werden uitgevoerd met in totaal 18 huisartsen. Thema's die vaak aan bod kwamen waren ervaringen van slechte verslaggeving en medicatiefouten door miscommunicatie. Verder werd er dieper ingegaan op wat er gelezen wordt in de verslagen, welke verbetering huisartsen willen zien in de verslaggeving en daarnaast ook hoe er feedback werd gegeven naar de specialist.

Conclusie Zowel de literatuurstudie als de focusgroepen suggereren dat veiligheidsincidenten bij transfers vaak voorkomen, wat enige urgentie voor verbetering impliceert. De resultaten geven ook aan dat verbeterstrategieën gericht moeten zijn op uitwisseling van informatie tussen huisartspraktijken en ziekenhuizen. Gezien het beperkte aantal studies dat onderzoekt hoe die communicatie te verbeteren, is verder onderzoek onontbeerlijk. Tijdens de focusgroepen werden verbeteringen in verslaggeving geopperd, waarop aanbevelingen werden gemaakt voor een vragenlijst die verder moet peilen bij de huisartsen naar wat zij belangrijk vinden.

Inleiding

Communicatie

Communicatie is een manier waarop mensen de wereld om hen heen begrijpen. Communicatie vindt plaats als een interactief tweerichtingsproces of als een interactie waarbij twee of meer mensen betrokken zijn. Dit kan plaatsvinden door middel van non-verbale, verbale, face-to-face of non-face-to-face methoden. Effectieve communicatie vindt plaats wanneer de afzender van een bericht zijn bericht verzendt op een manier waarop het doel van zijn bericht wordt overgebracht en vervolgens wordt begrepen door de ontvanger van het bericht. Door de communicatie van zowel de zender als de ontvanger van het bericht ontstaat er een gedeelde betekenis tussen beide partijen. Communicatie kan als gevolg gezien worden als een wederkerig proces [1].
In de gezondheidszorgliteratuur worden de termen communicatie en interactie door elkaar gebruikt. Communicatiefouten tussen clinici zijn de meest voorkomende primaire oorzaak van fouten en bijwerkingen in de gezondheidszorg. Communicatie is een belangrijke factor bij patiënttevredenheid en klachten over de zorg. Communicatie speelt een integrale rol in de kwaliteit van de dienstverlening bij alle dienstverlenende beroepen, inclusief de beroepen in de gezondheidszorg [1].

Goede communicatie tussen huisartsen en specialisten is noodzakelijk voor een goede gecoördineerde zorg. Communicatie met betrekking tot verwijzingen en consultaties is belangrijk voor patiënten en artsen, het verbetert de gezondheidszorg en de voldoening van artsen [2]. Slechte communicatie tussen ziekenhuisartsen en huisartsen wordt in de gezondheidszorg vaak beschouwd als een belangrijke reden voor coördinatieproblemen tussen eerste lijn en tweede lijn [3].
Tussen de talrijke transfers in de gezondheidszorg van huisarts naar ziekenhuis en ziekenhuis naar huisarts is geweten dat patiënten een verhoogd risico lopen op veiligheidsincidenten [4-6]. Voorbeelden hiervan zijn onvoldoende overdracht van medische informatie naar het volgende zorgniveau, zoals diagnoses, testresultaten of medicatiewijzigingen [7]. Internationaal onderzoek heeft aangetoond dat veiligheidsincidenten na verwijzing gelinkt werden aan miscommunicatie bij ontslag [8]. Daarom dient na verwijzing van de huisarts naar het ziekenhuis de informatie up to date en volledig te zijn om een veilige transfer te waarborgen. Ziekenhuisspecialisten vinden echter slechts bij een minderheid van de verwijsbrieven voldoende informatie terug [9]. Daarbovenop zijn de elektronisch medische dossiers van de eerste lijn en het ziekenhuis niet aan elkaar gekoppeld, wat directe elektronische overdracht van informatie naar elkaar belemmert [4].

Ontslag

Eén op vijf patiënten krijgt te maken met een incident binnen de drie weken na het verlaten van het ziekenhuis, hoewel de ernst en omvang van deze events vaak niet geweten zijn [7]. Met meer dan een miljoen ziekenhuisopnames elk jaar is er veel potentieel voor een significante daling in gezondheidsschade met slechts enkele kleine verbeteringen. De veiligheid van ontslag uit het ziekenhuis naar huis is een wederkerend thema in de literatuur over patiëntveiligheid [6,10-12], en een aandachtspunt voor verbeteringsinitiatieven. Ondanks deze initiatieven is er een gebrek aan empirisch onderzoek om de loop van omstandigheden te beschrijven die leiden tot problemen bij ontslag [7].
Terwijl heel wat studies hebben geïdentificeerd *wat* er met de patiënten gebeurt bij ontslag (zoals bijwerkingen van medicatie of gebrek aan follow-up), hebben zo goed als geen studies gebruik gemaakt van rapporten over veiligheidsincidenten van de eerste lijn om te achterhalen *waarom* ze zich hebben voorgedaan. Inzicht in de kenmerken van die veiligheidsincidenten en het identificeren van bijdragende en contextuele factoren kan zorgen voor het ontwikkelen van interventies om de kwaliteit en veiligheid van good clinical practice te verbeteren [7,13].

Volgens de literatuur definiëren we een veiligheidsincident bij transfer als ‘elke onbedoelde of onverwachte gebeurtenis in de patiëntenzorg tussen verschillende zorginstellingen (in dit geval tussen huisarts en ziekenhuis) die had kunnen leiden of heeft geleid tot schade aan een patiënt.’ Verder definieerden we een transfer als ‘alle verplaatsingen van patiënten of patiënteninformatie tussen huisarts en ziekenhuis (dat wil zeggen verwijzing van de huisarts naar de polikliniek of medische afdeling, ontslag uit de polikliniek of medische afdeling van het ziekenhuis terug naar de huisarts).’

In de ontslagbrief is het besluit de meest gebruikelijke methode voor het documenteren van de diagnostische bevindingen bij een patiënt, het verloop van de ziekenhuisopname en de regelingen voor follow-up na ontslag [6]. Voor een goede verslaggeving vereist The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO) dat het besluit van de ontslagbrief binnen de 30 dagen na ontslag wordt doorgestuurd en dat ze de volgende elementen bevatten: reden van opname, significante bevindingen, uitgevoerde procedures en verleende zorg, behandeling en diensten, de toestand van de patiënt bij ontslag, en informatie verstrekt aan de patiënt en familie. Bovendien is een standaardbenadering van informatieoverdracht opgenomen in JCAHO’s nationale doelen voor patiëntveiligheid, evenals het aftoetsen van medicatieschema’s bij zorgovergangen. Ondanks de beschikbaarheid van

deze standaardnormen, is de mate waarin artsen tijdig en nauwkeurig patiënteninformatie doorgeven bij ontslag uit het ziekenhuis onduidelijk [6].

Directe communicatie tussen ziekenhuisartsen en huisartsen komt tijdens het ontslagproces niet vaak voor [14,15]. Huisartsen oordelen dat voor een adequate nazorg de volgende informatie het belangrijkste is: hoofddiagnose, relevante klinische bevindingen, resultaten van procedures en labotesten, ontslagmedicatie met redenen voor eventuele wijzigingen in het vorige medicatieschema, vervolgafspraken, gegeven informatie aan patiënt en familie, nog niet gekende resultaten bij ontslag en specifieke follow-up behoeften [6,15]. Hoewel specialisten hiermee akkoord gaan, bleek uit audits van ontslagdocumenten dat deze belangrijke informatie vaak ontbrak [16-19]. Na ontslag uit het ziekenhuis contacteerden patiënten hun huisarts of werden ze behandeld door hun huisarts voordat deze een ontslagbrief had ontvangen, wat erop wijst dat de patiënt of familie vaak de eerste bron van informatie is rond de ziekenhuisopname [6]. Een studie toonde een niet-significante trend in de richting van hogere heropnames wanneer follow-up plaatsvond zonder een beschikbare ontslagbrief [20]. Daarnaast schatten huisartsen in dat hun follow-up management nadelig wordt beïnvloed door vertraagde of onvolledige ontslagcommunicatie en zijn zij ontevreden over deze tekortkomingen. Huisartsen rapporteerden meer voldoening over ontslagcommunicatie die snel toekwam, meestal binnen de week na ontslag [17].

Ten gevolge van miscommunicatie kunnen tal van veiligheidsincidenten plaatsvinden. Deze incidenten worden opgedeeld op basis van de graad van ernst. De onderverdeling bestaat uit geen schade, lichte schade, matige schade, ernstige schade en dood. Lichte schade wil zeggen dat er milde symptomen zijn, functieverlies of schade is minimaal, klachten zijn van korte duur en interventie is niet of minimaal noodzakelijk. Matige schade omvat dat symptomen aanwezig zijn, vereist een interventie, een langere opnameduur of veroorzaakt een langdurig of permanent letsel. Ernstige schade betekent dat er symptomen aanwezig zijn, vereist een levensreddende of een majeure chirurgische/medische interventie, het verkort de levensduur van de patiënt of veroorzaakt grote permanente of langdurige schade [7].
Meer dan 75% van gerapporteerde gevallen in een Engelse studie beschreven leed aan de patiënten. Hoewel de meeste van die incidenten ‘lichte schade’ berokkenden, vertegenwoordigden ze problemen die nog steeds veel ongemak voor patiënten veroorzaakten (extra consultaties, telefoneren en een vertraagd herstel van hun aandoening). Zonder de waakzaamheid van de eerste lijn konden dergelijke incidenten tot veel meer leed zorgen. 14% van de gevallen beschreef ‘matig leed’ of erger. Dit zou echter het topje van de ijsberg kunnen zijn en meer aanzienlijk leed zou kunnen voorkomen als gevolg van ontslagproblemen en miscommunicatie [7].

Onderzoeksvraag

Hoewel veiligheidsincidenten door miscommunicatie vaak voorkomen, is er weinig gekend rond het aantal en de aard van die veiligheidsincidenten. Kennis over de exacte incidentie kan het probleem bloot leggen [4]. Onderzoeken 'wat er precies misgaat' kan ons helpen niet alleen de pijnpunten bloot te leggen, maar kan ook tot toekomstige oplossingen leiden en om de juiste prioriteiten te stellen. Bovendien zal feedback aan huisartsen en specialisten een gevoel van verbetering creëren dat nodig is om het probleem aan te pakken.

Het doel in deze masterproef is om te kijken 'wat er misgaat' in de verslaggeving van de specialist naar de huisarts. Op basis daarvan kunnen aanbevelingen gegeven worden voor het opstellen van een vragenlijst. Nadat die vragenlijst getest wordt op betrouwbaarheid en validiteit, kan die vervolgens gelanceerd worden naar de huisartsen om tot een betere verslaggeving naar de huisarts te komen.

Methodologie

Literatuurstudie

- Zoekstrategie

Voor er werd gestart met het bevragen van focusgroepen werd een uitgebreid literatuuronderzoek verricht. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de database PubMed.
Om zoveel mogelijk relevante artikels te bekomen werden de volgende termen gebruikt in de zoekopdracht: 'transitional safety', 'transitional care', 'patient discharge', 'patient transfer', 'continuity of patient care' en 'discharge communication'. Verder werd er ook gebruik gemaakt van de filter 'publication dates'. Deze werd ingesteld op artikels die gepubliceerd waren in de laatste twintig jaar.

- Selectie van artikels

Artikels gevonden via de zoekopdracht werden gescreend op basis van titel, abstract en full-tekst. Inclusiecriteria waren studies die specifiek handelden over de communicatie tussen artsen bij ontslag van de patiënt, studies die gingen over verslaggeving van ziekenhuis naar huisarts, studies rond de veiligheid bij ontslag, programma's die de veiligheid van ontslag willen verbeteren. Exclusiecriteria waren studies die niet in het Engels waren geschreven, studies die niet handelden rond communicatie of verslaggeving, studies die niet gingen over ontslag van ziekenhuis naar de huisarts. Andere exclusiecriteria waren brieven of statements, wanneer het abstract en/of de volledige tekst niet beschikbaar was en artikels die niet gingen over communicatie tussen artsen.

Focusgroepen

Het onderwerp van de masterproef kadert binnen een groter project van de Huisartsenvereniging Gent (HVG), dat de digitale communicatie tussen de huisartsen en de vier Gentse ziekenhuizen tracht te verbeteren. Het grotere project heet 'Digitale Communicatie tussen de eerste en tweede lijn in Gent'. Binnen zowel dit project als uit de literatuurstudie kwam ter sprake dat de communicatie tussen ziekenhuizen en eerste lijn niet altijd van een leien dakje loopt. Hierdoor sluipen er vaak fouten in de opvolging, het medicatieschema en de kwaliteit van zorg.

De vraag werd gesteld wat een goede verslaggeving maakt en hoe die verbeterd kan worden. Vanuit het perspectief van de huisarts werd er gekeken wat de meest essentiële informatie is om tot een goede verslaggeving te komen en een goede overdracht van informatie.

Via kwalitatief onderzoek werden huisartsen in focusgroepen ondervraagd rond hun ervaringen van verslaggeving. Met individuele casussen die de huisartsen zelf naar voren brachten, werd afgetoetst wat de huidige situatie is rond verslaggeving, wat de problemen zijn en welke oplossingen geschikt kunnen zijn.

Voor het uitvoeren van de focusgroepen werd goedkeuring gevraagd aan een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. Goedkeuring werd verkregen op datum van 31 januari 2022.
Om voldoende huisartsen in de focusgroepen te hebben, werden eerst en vooral Gentse LOK-groepen aangeschreven. Daarnaast werd ook een seminariegroep van huisartsen in opleiding gevraagd om deel te nemen en werden individuele praktijken aangeschreven om deel te nemen aan de focusgroepen.

De focusgroepen werden na toestemming opgenomen. Deze opnames werden vervolgens getranscribeerd. Met behulp van het programma NVivo versie 1.7.1 werden deze interviews gecodeerd. De verschillende focusgroepen werden een eerste maal gecodeerd en tekstfragmenten in de focusgroepen werden verbonden aan labels of codes. Deze codes geven per fragment aan wat het hoofdthema is. Elke code kreeg een definitie toegekend zodat er geen overlap mogelijk was tussen de verschillende labels. Nadat de codes aan de tekstfragmenten zijn verbonden, werden de toegekende codes met elkaar vergeleken en werden de codes die bij elkaar hoorden samengevoegd binnen één overkoepelende code. De interviews werden nog eens overlopen met deze nieuwe codes.
Vervolgens werd er met de promotor en copromotor van dit onderzoek samengezeten en werd er gediscussieerd over het toekennen van de labels aan verschillende fragmenten van de eerste focusgroep. Na de discussie werden de focusgroepen opnieuw gecodeerd met de nieuwe labels. Tijdens het coderen werden bulletpoints genoteerd rond de tekstfragmenten die verder in de discussie werden gebruikt.

Op basis van de interviews in de focusgroepen wordt er dan een vragenlijst opgesteld die vervolgens wordt getest op validiteit en betrouwbaarheid. Deze vragenlijst kan vervolgens in verder onderzoek worden gebruikt om het probleem van miscommunicatie tussen eerste lijn en ziekenhuizen te optimaliseren.

Resultaten

Literatuuronderzoek

De zoekopdracht leverde op 22/01/2022 955 resultaten op. Op maandelijkse tijdstippen werd er via bovenvermelde zoekopdracht gekeken of er nieuwe artikels gepubliceerd werden. Daarnaast werden relevante artikels uit de referentielijst van de geselecteerde artikels gebruikt voor de verdere uitwerking van de literatuurstudie (sneeuwbalmethode). Van de 955 artikels die gescreend werden op basis van titel werden er 784 artikels geëxcludeerd. De overgebleven 171 artikels werden gescreend op basis van abstract, waarvan er uiteindelijk 123 werden geëxcludeerd. 48 artikels werden gescreend op de full-tekst, waarvan er uiteindelijk 7 artikels overbleven. Uit die 7 artikels werden uit de referentielijst nog 2 artikels geselecteerd via de sneeuwbalmethode.
Studies die de communicatie tussen huisartsen en specialisten trachtten te onderzoeken, werden nagekeken. Deze studies gebruikten verschillende methodes om dit te onderzoeken. Deze waren: een meldingssysteem van incidenten, enquêtes bij patiënten, interviews van patiënten, case reports van huisartsen en ziekenhuisspecialisten en focusgroep gesprekken van huisartsen en ziekenhuisspecialisten.

Focusgroepen

In de studie van deze masterproef werd de communicatie tussen huisarts en specialisten onderzocht met behulp van focusgroepen. Gezien de nadruk van deze masterproef ligt op het verbeteren van de verslaggeving naar de huisarts, werden enkel huisartsen in het onderzoek betrokken.
Er werden in totaal drie focusgroepen uitgevoerd. Twee groepen bestonden uit drie huisartsen, de derde groep bestond uit 12 huisartsen. De eerste focusgroep werd uitgevoerd 28 juni 2022, de laatste focusgroep nam plaats op 9 januari 2023.
Tijdens de focusgroepen werd er gevraagd aan de huisartsen om een persoonlijke casus naar voor te brengen waar zij een situatie voorstelden waarbij de communicatie vanuit de specialist ondermaats was. Per casus werden de andere aanwezige huisartsen gestimuleerd om eigen gelijkaardige casussen naar voren te brengen. Op die manier kwamen de meest voorkomende knelpunten en frustraties in de communicatie naar boven. Er werd besproken hoe ze het best feedback hierover geven naar de ziekenhuizen. Vervolgens werd er gediscussieerd waar en hoe de communicatie en verslaggeving spaak loopt. Daarnaast werd er nagedacht over verbeteringen in de verslaggeving en hoe die te implementeren.

Slechte verslaggeving

Tijdens de focusgroepen werd er aan de huisartsen gevraagd om een persoonlijke casus voor te stellen waar ze in aanraking zijn gekomen met slechte verslaggeving vanuit het ziekenhuis. Een van de codes die werd gebruikt om de tekstfragmenten te linken, was 'slechte verslaggeving.' De definitie die aan deze code werd gegeven, was 'verslaggeving die subjectief niet goed is, niet duidelijk is of te laat is voor de huisarts.'

Er werden in totaal 32 tekstfragmenten uit de drie focusgroepen gelinkt aan deze code. Zo meldde huisarts 1 van de eerste focusgroep rond het verslag van een radioloog "*Er stond eigenlijk helemaal vanonder als ge scrolt, nota bene (NB), maar dat was enkel in het protocol"* (en niet in het besluit). De huisarts vulde daarop aan met "*een soort van miscommunicatie eigenlijk en dat stond ook niet in het donkere besluit vanboven wat wel niet onbelangrijk is*." Huisarts 2 stelde zich dan de vraag *"Stel dat die man niet meer had geconsulteerd dan was het verloren gegaan waarschijnlijk he?"* Waarop huisarts 1 antwoordde met *"Ik denk het wel."*

Daarnaast werd er een ander voorbeeld aangehaald rond het geen antwoord krijgen op de vragen die in de verwijsbrief staan. Zo reageerde huisarts 2 uit de eerste focusgroep:
"Dat is ook wel heel herkenbaar he, dat we dan proberen een geïndividualiseerde brief te schrijven en dat er op een af andere manier niet direct een antwoord komt op de vraag die we stellen of dat je een brief terugkrijgt die een soort van kopiebrief is en niet heel geïndividualiseerd is op de patiënt en zijn problematiek zelf he."

Soms wordt er geen antwoord gegeven op de verwijsbrieven, soms komt de verslaggeving te laat of komt die helemaal niet. Een voorbeeld dat wordt gegeven in de eerste focusgroep door huisarts 3 vertelt hoe het met het medicatieschema was fout gelopen, waarbij ze zei *"En die brief is pas gekomen op maandag, die ontslagbrief. En daarmee was het wel misgelopen."* In de tweede focusgroep vertelde huisarts 1: *"Soms is het 3 dagen eer dat je iets krijgt, of dat de patiënt al overleden is. En bij sommige kan het zelfs weken duren eer dat je een brief krijgt, en dat kan niet."* Ook in diezelfde focusgroep: *"Ik had onlangs een patiënte die bevallen was en ik wist het gewoon niet eens omdat er geen brief was van de gynaecoloog, zelfs bij de bevalling"* (HA2). In de derde focusgroep: "*Ik krijg een brief 3 weken nadien en in die brief staat er … Een hele uitleg, 3 bladzijden brief en op het laatste staat er een zinnetje 'en tot slot is patiënt spijtig genoeg toch overleden'*" (HA1). Waarbij huisarts 6 aanvulde met "*In het UZ kan dat tot 6 maand nadien zijn van het overlijden of de laatste brief."*
De huisartsen vertelden wat ze wel zeker zo snel mogelijk wouden ontvangen van informatie. In de tweede focusgroep vertelde huisarts 1: *"Ik zou bij ontslag toch al willen weten welke*

medicatie, en komt het verslag dan wat later, dat is niet erg. Maar toch wel welke medicatie." Over de termijn van het besluit vertelde hij *"Wel het besluit, als dat binnen de week kan, zijn wij al heel tevreden."* In de derde focusgroep werd soortgelijk geantwoord op de vraag naar de termijn van verslaggeving *"Eén week"* (HA3), waarop unaniem werd geantwoord met een week. Huisarts 10 vuldde vervolgens aan met *"Ik vind persoonlijk dat we na een dag al een kort verslag moeten hebben."*

Er werd dan gevraagd aan de huisartsen welke specialisaties het meeste kans gaven op slechte verslaggeving. In de tweede focusgroep vertelde huisarts 3: *"In het algemeen vind ik dat we van psychiatrie gewoon te weinig feedback krijgen."* Daarbij vulde ze aan met: *"Dat is niet de enige psychiatrische patiënt waar ik geen verslag van krijg, dat is wel iets dat terugkeert vind ik."* In diezelfde focusgroep: "*Gynaecologie vaak ook wel. Orthopedie vind ik dan ook soms"* (HA2) en: *"En dermato, daar hoor je ook niets van he"* (HA3). Verder haalde ze ook aan *"Oogheelkunde, en NKO is daar dan ook iets minder in"* en *"Hier is het pediatrie, maar dat is niet typisch."* In de derde focusgroep haalde huisarts 2 aan *"Pediaters, oftalmologen, dermatologen, die zouden misschien ook moeten leren schrijven."* Huisarts 8 vulde ook aan met *"Psychiatrie is soms ook een probleem, vind ik."*

Een ander punt dat vaak werd aangehaald binnen slechte verslaggeving zijn afkortingen die vaak terug te vinden zijn. Zo haalde huisarts 1 in de eerste focusgroep aan*: "die afkortingen zijn niet voor iedereen even evident."* Ook huisarts 1 in de tweede focusgroep hekelde dit pijnpunt: *"Ja, afkortingen, dat mogen ze niet te veel inzetten in hun verslag. Het is nu soms al, in elke discipline gebruiken ze hoe langer hoe meer afkortingen dat je u afvraagt wat is dat nu weer?"* Ook in de derde focusgroep werd over dit topic gesproken: *"Ik zou het ook interessant vinden in zo een brief waar dat er bij al die afkortingen, een lijstje vanonder staat met wat die afkortingen zijn"* (HA7). Huisarts 5 gaf dan weer aan liever *"Geen afkortingen"* te hebben in zijn verslagen.

CoZo

Het Collaboratief Zorgplatform (CoZo) is een digitaal samenwerkingsplatform dat patiënten, zorgverleners en zorginstellingen toelaat om snel en veilig medische gegevens uit te wisselen en te delen. Door te zorgen voor een betere informatiedoorstroming verbetert CoZo het zorgproces.

Voor de huisartsen zijn er echter enkele nadelen inzake de verslaggeving via het Collaboratief Zorgplatform. Huisarts 2 uit de eerste focusgroep vertelde dit: *"Elektronisch blijven er toch wel*

een paar knopen he. Ik weet niet of dat bij jullie dat zit, maar bijvoorbeeld de berichtgeving vanuit het UZ hebben we nog altijd heel veel brieven die in CoZo raadpleegbaar zijn, maar die niet automatisch in het dossier worden geïncorporeerd. Dus ge verwijst iemand voor bijvoorbeeld een echo cor, en dat weet je dat dat gebeurt, maar die brief verschijnt niet. En dan moet ge actief in CoZo gaan zoeken." Waarop hij aanvulde met *"Nee, en om dat aan uw patiënt uit te leggen, dat is bijna onmogelijk."*

Ook in de derde focusgroep werd dit ter sprake gebracht. Huisarts 9 vatte het als volgt samen: *"Ik zeg vaak tegen de mensen 'vroeger schreven ze een brief en sturen ze hem op, nu schrijven ze een brief en hij ligt op hun bureau.' Daar zijn we niets mee. We moeten hem zelf gaan halen overal."* Huisarts 8 vertelde daarrond: *"Bel maar naar uw huisarts, hij zal het wel opzoeken op CoZo. En in uw brief staat er dan ook letterlijk 'zoek het eens op in CoZo' he."* Huisarts 6 haalde als voorbeeld aan*: "een dame die komt voor een NIPT test af te prikken en de gynaecoloog had gezegd 'zoek het eens op in CoZo'."* Huisarts 8 sloot het onderwerp af met: *"Het is daarom dat ik vind, al dat gedoe op CoZo, ik vind dat belachelijk. Je moet het gewoon doorsturen op mail dat het automatisch in uw inbox komt en dat je het niet moet opzoeken."*

Medicatie

Een goede communicatie is noodzakelijk om geen fouten te maken in het gebruik en het vermijden van bijwerkingen. Tijdens de focusgroepen kwam medicatie vaak ter sprake.

In de derde focusgroep vertelde huisarts 2 "*Maar gewoon het medicatieblad op zich, dat vind ik het belangrijkste van ontslag dat we zo snel mogelijk moeten hebben."* Toch lukt dit niet altijd en zorgt dit voor twijfel of frustraties bij huisartsen. Huisarts 3 zei tijdens de tweede focusgroep over het al dan niet voorschrijven van benzodiazepines: *"Zo kom je soms in discussie met de patiënt als je dat niet direct wil meegeven. En de patiënt zegt daar krijg ik het wel. Dat zorgt voor moeilijkheden die er eigenlijk niet hoeven te zijn als er een vlotte communicatie zou zijn."* Ook huisarts 1 in diezelfde focusgroep zei: *"Het is wel belangrijk, ontslagmedicatie, je moet toch weten."* Hij vulde aan met: *"En hun medicatie is veranderd en je krijgt er niets van verslag. Dat is inderdaad wel spijtig, want onder andere voor bepaalde medicatie moet je weten: mogen ze dat nog nemen, wat nemen ze nog? Dat er geen interferentie is met andere medicatie."*

Daarnaast biedt een medicatieschema ook een vorm van controle, zo geeft huisarts 3 aan in de tweede focusgroep: *"Een patiënt kan zeggen wat hij wil, de meeste gaan eerlijk zijn, maar sommige gaan daar ook misbruik van maken en dan kan je het op geen enkele manier controleren."* Huisarts 10 in de derde focusgroep zei hierover: *"Er zou maar één medicatiefiche mogen bestaan waarop dat iedereen werkt. En dan is er geen discussie."*

Als de patiënt op ontslag gaat, had huisarts 3 uit de eerste focusgroep dit te zeggen: *"Maar ik vind dat wel erg dat als iemand naar huis gaat op vrijdag, dan moet (medicatie) eigenlijk gestart worden vanuit het ziekenhuis en niet via de huisarts."*

Het lezen van verslagen

In zowel de richting van specialist naar huisarts, als in de richting van huisarts van specialist worden heel wat verslagen gestuurd. In die verslagen staat heel wat medische informatie rond de patiënt. Het is belangrijk dat zowel huisartsen als specialisten de verslagen van de patiënt lezen, zodoende een correcte behandeling te starten.
Huisarts 2 uit de eerste focusgroep stelde het zo: *"Je kunt gij nog heel goed communiceren en heel goed verwijzen, maar natuurlijk als de persoon die dat krijgt, die brief niet leest, daar sta je machteloos tegenover."*

- Verwijsbrieven

Toch merken huisartsen dat hun verwijsbrieven niet altijd gelezen worden. Zo getuigt huisarts 3 in de eerste focusgroep: *"Ik heb dit al een 2-3 keer meegemaakt dat mijn brief niet werd gelezen."* Ze vulde later in het gesprek aan met: *"Ik vind dat niet echt ok, dat ze mijn brief niet gelezen hebben. Anders moet ik telkens opnieuw bellen voor elke patiënt naar de specialist als ik een verwijsbrief meegeef."* Ook huisarts 2 van de tweede focusgroep kon zich een gelijkaardige situatie voorstellen: *"Ik denk dat dat vaak het probleem is he, dat die briefkes naar spoed verloren gaan en dat het niet gelezen wordt, of dat het verloren is gegaan. Ik heb het ook al vaak gehad ze, ik schrijf dan alles op en ik vraag een differentiaaldiagnose en dat dan enkel 1 ding nagekeken is geweest. Dan denk ik, daarvoor heb ik u niet doorverwezen naar spoed, want ik heb geen antwoord."* Huisarts 3 vulde aan met: *"Ik denk inderdaad dat het soms naast elkaar werken is, je doet u best om een brief op te stellen en hij wordt door sommige collega's gelezen, maar niet door iedereen he. En dan is dat jammer dat je dan, want vaak zaken uit de voorgeschiedenis of medicatie zijn vaak wel relevant."* In de derde focusgroep vertelde huisarts 6 over de twijfels die ze soms ervaart bij het schrijven van elektronische verwijsbrieven: *"Wij kunnen nu elektronische verwijsbrieven sturen, kunnen zij dat lezen?"*

- Verslagen van de specialist

Als huisarts komen er heel wat verslagen binnen en is het soms onbegonnen werk om ze allemaal volledig te lezen, zoals huisarts 10 aanhaalde: *"Hoe groter dat je zijt, hoe meer brieven er toekomen hoe moeilijker het is om het allemaal te lezen."*
Er werd aan de huisartsen gevraagd wat ze steeds lezen in een verslag. In de tweede focusgroep vertelde huisarts 2: *"Ik lees eigenlijk enkel het besluit, tenzij…"* Waarbij huisarts 1

insprong met: *"De essentie staat in het besluit. Natuurlijk als het een uitgebreid verslag is van langdurige hospitalisatie, dan zijn er toch een aantal zaken die je nog in de brief overloopt, heel snel. In dat besluit vind je meestal de essentie toch."* In de derde focusgroep zei huisarts 7: *"Ik lees mijn brieven altijd van achter naar voren, ik begin altijd bij het besluit."* Huisarts 5 trad hem bij: *"Ik begin bij het besluit gelijk dat (huisarts 7) zegt en als er iets interessant te lezen valt, ne keer naar boven."* Huisarts 10 ging akkoord. Huisarts 3 en 5 hadden nog enkele zaken toe te voegen: *"Besluit en de medicatie he. Ik kijk ook waarom dat hij binnen is. De reden waarom."*
Huisarts 1 gaf nog een belangrijke reden om de verslagen van de specialist te lezen: *"Ik vind dat als je een beetje uw dossiers opvolgt, dat je veel leert van contacten met specialisten als er iets speciaal is dan steek je daar ook veel van op, dat is ook de bedoeling, maar dan moet er een goede communicatie zijn he."*

Er bestaan ook berichten die automatisch worden verstuurd die de huisarts verwittigen van een opname, ontslag of transfer naar een andere afdeling. Uit de derde focusgroep hadden enkele huisartsen hun mening daarover. Huisarts 9 zei: *"Het is nuttig als er ook andere brieven blijven komen, als die er ook snel zouden zijn."* Huisarts 3 ging akkoord: *"Ik vind dat wel nuttig. En je weet ook wanneer ze naar huis zijn, ja ik vind dat niet erg."*

Verbetering van verslaggeving

Nadat er werd gevraagd aan de huisartsen wat er allemaal fout liep in de communicatie, werd er gepolst of ze ook enkele verbeteringen of oplossingen hebben voor de problemen rond verslaggeving of communicatie vanuit het ziekenhuis.

In de derde focusgroep werd over de invulling van een verslagbrief druk gediscussieerd. *"De ideale brief is, hij moet er zijn, hij moet in onze mailbox komen en hij moet kort zijn"* (HA8). Zo zei hij ook: *"Elke brief van de specialist, naast het besluit, zou elke brief een deftige titel moeten hebben."* Waarbij huisarts 5 aanvulde met: *"En misschien ook bovenaan de arts, dat we weten van wie dat het komt."* Even later gaf huisarts 6 een ander verbeterpunt mee: *"Voor mij in een goede brief, wat er ook eventueel zou mogen instaan, buiten dat er een moet zijn, is soms ook een stappenplan."* Daarnaast gaf ze ook nog mee: *"Een telefoonnummer. Want niet in alle brieven staat er een telefoonnummer."* Huisarts 10 gaf nog een ander idee mee: *"Ik zou eigenlijk 2 brieven willen hebben, de eerste brief met het besluit en de vervolgmedicatie. To the point, dat je heel snel weet waarover het gaat. En dan een tweede brief met de resultaten en met de uitleg, dat je iets. Maar een korte brief waar het besluit op staat en het juiste*

medicatieschema." Waarbij hij ook aanvulde met: *"Het belangrijkste is dat je weet welke medicatie dat er veranderd is, en welke diagnose en of dat je iets moet opvolgen."*
Ook huisarts 5 gaf een idee mee rond de opstelling van de brief: *"En misschien dat alle diensten dezelfde lay-out gebruiken, dat zou misschien ook al niet slecht zijn."* In de tweede focusgroep was er een soortgelijk idee: *"Ik denk dat dat de lay-out is dat dan geïntegreerd moet worden in een gezamenlijk dossier eigenlijk. Dat dat dan is alsof wij een consultatie hebben en das dan uniform, anamnese dit, besluit dat. En dat specialisten hun consultaties ook zo zijn"* (HA2).
Huisarts 8 in de derde focusgroep stelde nog iets anders voor: *"Ik vind ook dat communicatie naar de toekomst toe, zou er in uw brief zou er eigenlijk een paar codes moeten verwerkt zitten, en dan automatisch ook in uw dossier komen."* In de tweede focusgroep werden hierover ook enkele woorden gezegd: *"Als je een brief krijgt van de specialist en er zijn een heleboel technische onderzoeken gebeurd, dat is vrije tekst. Uiteindelijk om erop te zoeken, wanneer heeft die nog een echocardiografie gehad of een echo van zijn hart, moet je in die brieven allemaal gaan zoeken, terwijl als je dat onder een item zet, gelijk dat de labo's ook zijn. Dat zijn bepaalde items en je zoekt onder de items en je vindt dat allemaal terug. En je ziet daar een grafiek of dergelijke, maar je kan ook perfect al die data terugzien"* (HA1).

Niet alleen rond de inhoud van de brief van de specialist werd er gedebateerd, ook rond de verbetering van communicatie en samenwerking met de ziekenhuizen en specialisten werd gediscussieerd.
In de derde focusgroep stelde huisarts 11 als verbetering voor: *"Wat ik ook wel vind is dat dat er in ziekenhuizen en misschien ook wel de specialist eens extra mag navragen wie de huisarts is."* Huisarts 8 vulde daarbij aan met: *"Elk onderzoek dat wordt aangevraagd door de specialist, ook een kopij naar de GMD houdende huisarts moeten worden gestuurd."* In de tweede focusgroep stelde huisarts 2 een algemene oplossing voor: *"Eigenlijk zou het gewoon heel gemakkelijk zijn moesten de huisartsen en de ziekenhuisartsen eigenlijk gewoon een groot programma zouden hebben."*
In de eerste focusgroep stelde huisarts 2 als een verbetering voor de communicatie: *"Als we gaan naar een oplossing rond communicatie zou eigenlijk bij iemand die verbaal minder sterk is, de community health worker een rol kunnen spelen. Er zijn een aantal mensen opgeleid in het Gentse om mee te gaan met kwetsbare patiënten."*

Om af te sluiten vertelde huisarts 2 uit de eerste focusgroep nog dit rond verbetering van communicatie: *"De wereld is niet af en er moet blijvend aan de boom geschud worden, zodanig dat we toch wat kwaliteitsverbetering krijgen."*

Feedback naar de specialist

Hoe er aan de boom werd geschud in verschillende situaties van miscommunicatie, kwamen we te weten tijdens de focusgroepen.
Toch is het niet altijd even eenvoudig om feedback te geven, zo geeft huisarts 2 uit de eerste focusgroep mee: *"En ik denk dat daar ook het probleem is, dat je niet altijd goed weet met waar kan ik nu met dit probleem terecht. Aan wie moet ik dat melden?"* Hij geeft wel aan dat het belangrijk is om die feedback te geven, zonder met de vinger te wijzen*: "Dus ik denk, het minst bedreigende is dat je dit gewoon een keer communiceert en zegt: 'collega, ik ben nu weer wat tegengekomen, ik heb daar helemaal over gelezen. Hoe hoorde dat in het besluit, hoorde dat niet in het besluit? Punt blijft dat erover gelezen is, wat zeer menselijk is he."*

Hoe er teruggekoppeld werd vertelt huisarts 3 uit de eerste focusgroep: *"Voor deze 2 gevallen is er zelf teruggebeld geweest naar de specialist voor terugkoppeling."* Huisarts 3 in de tweede focusgroep zei: *"Maar ik vond daar dus niets van terug in CoZo en ja dan heb ik die pyschiater opgebeld en heb ik hem wel daarover kunnen, allez heeft hij mij alles uitgelegd wat dat hij in zijn computer kon zien van die patiënt."* In de derde focusgroep vertelde huisarts 9*: "Wij hebben al zeker 10x naar gastro Sint-Lucas gebeld, zij zouden nu toch wel echt moeten weten wat zij voor onze praktijk moeten doen."* Huisarts 2 uit de eerste focusgroep geeft soortgelijk feedback: *"Ik heb daar al een paar keer met het diensthoofd van cardiologie van het UZ gebeld."*
In de tweede focusgroep had huisarts 1 een verdergaande ervaring: *"Ik heb eerst en vooral naar hem (de spoedarts) gebeld, en van hem kreeg ik geen duidelijk antwoord."* Waarna vervolgens: *"Het feit dat ik niet eens een serieus antwoord heb gehad, heeft gemaakt dat ik naar de ombudsdienst moest gaan. Ik heb dan ook klacht neergelegd, eerst via de ombudsman te regelen en dan bij de ziekenhuisdirecteur klacht neergelegd, maar daar is nooit iets van gekomen."*

Om de samenwerking en de communicatie te verbeteren stelde huisarts 10 uit focusgroep 3 voor: *"Gewoon bellen en echt dingen benoemen en niet per briefjes naar elkaar, want dat is allemaal summier. Gewoon bellen, even discussieren met elkaar, wat is uw redenering, daar leer je ook zelf het meeste van. Ik denk dat we allemaal terug meer onze telefoon terug moeten pakken."* Huisarts 8 ging akkoord en voegde daar aan toe: *"Maar dan vind ik wel dat de bereikbaarheid van de specialisten dringend enorm veel moet verbeteren. Er moet dringend een algemeen pleidooi gehouden worden dat als wij bellen naar een ziekenhuis voor een specialist dat je die niet na 10min, zelfs niet na 5min, maar binnen de minuut de gepaste mens aan de telefoon kunt hebben."*

Discussie

Interpretatie van studieresultaten

- De rol van de huisarts

Huisarts zijn brengt heel wat taken met zich mee. De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor zijn patiënten inzake de organisatie binnen de zorg. Het is zijn taak een overzicht te houden van de totale gezondheidssituatie van zijn patiënten, hij is de coördinator van al hun benodigde zorg. Hij bespreekt de resultaten met de patiënt op hun niveau. Op die manier is de patiënt mee betrokken in zijn behandelingsproces en heeft hij mee inspraak.

Een andere rol die de huisarts vervult is die van de bemiddelaar tussen de patiënt en de gezondheidszorg in de ruimste zin, met als doel de patiënt en zorgbeoefenaar op dezelfde golflengte te krijgen, bijvoorbeeld in een georganiseerd overleg. Communicatie is hierbij de belangrijkste tool. Van de huisarts wordt er vaak verwacht dat hij de extra moeite doet, bijvoorbeeld naar een overleg gaan in het ziekenhuis.

Deze rollen die werden aangehaald in de focusgroepen, kunnen niet vervuld worden als de communicatie van de specialist naar de huisarts niet goed verloopt. Een goede verslaggeving is daarom cruciaal om de kwaliteit van de zorg op een hoog niveau te krijgen.

- Slechte verslaggeving

Miscommunicatie is een van de belangrijkste oorzaken van veiligheidsincidenten [7]. Elke keer dat de patiënt wordt doorverwezen of ontslagen wordt, geeft dit mogelijkheden dat er informatie verloren gaat. Hierdoor is de behandeling niet goed, vallen er bijwerkingen onder de radar en worden er te veel of te weinig onderzoeken gedaan.

Een totaal van 32 verschillende momenten werden door de huisartsen gelinkt aan slechte verslaggeving in de drie verschillende focusgroepen. Twee fragmenten daarvan beschreven dat in een radiologisch verslag de toevallige vondsten niet in het besluit stonden. Bijzondere vondsten moeten bij een radiologisch verslag in het besluit staan. Niet elke huisarts leest het volledige verslag, maar enkel het besluit van het protocol. Ook al is het onderzoek om een andere reden aangevraagd, moet dit in het besluit staan, zeker voor tumorale massa's, implicaties voor verdere opvolging of doorverwijzing. Welke informatie in een radiologisch besluit staat, is alvast een eerste punt dat in een toekomstige vragenlijst kan opgenomen worden om verder naar te peilen bij de huisartsen.

Enkele andere casussen van slechte verslaggeving kwamen neer op het feit dat de specialist de verwijsbrief niet leest. Voor de patiënt in het ziekenhuis is, passeert hij vaak eerst de huisarts. Er wordt een verwijsbrief meegegeven met de vraag voor bepaalde onderzoeken om een diagnose uit te sluiten of aan te tonen. Het is belangrijk dat de specialist dit verslag leest,

anders gebeuren er te veel of te weinig onderzoeken en gaat er info verloren. Ook gaat er tijd verloren om tot een diagnose te komen. Een verwijsbrief is een belangrijke tool om de ongerustheden van de patiënt en het advies van de huisarts te identificeren. Daarnaast zit er vaak belangrijke info in de verwijsbrief, zoals voorgeschiedenis, sociale context, actuele problemenlijst, medicatie en voorgaande onderzoeken.

- Termijn verslaggeving

De tijdspanne waarin huisartsen verslag krijgen speelt een kritieke rol in goede verslaggeving [17]. Laattijdige verslaggeving zorgt ervoor dat de huisarts niet mee is in het verhaal van de patiënt en dat hij de situatie niet correct kan inschatten. Zo werd in zowel de tweede als de derde focusgroep psychiatrie genoemd als bron van slechte verslaggeving. Dit komt omdat huisartsen vaak geen verslag krijgen of pas laat een verslag ontvangen en waarbij het ook nog eens moeilijk is om ze telefonisch te bereiken. Voor een goede verslaggeving te garanderen, geven de huisartsen aan dat 1 week het maximum is, idealiter 1 dag. Als dit niet lukt, kan er eventueel een kort verslag met medicatielijst verstuurd worden na 1 dag. Via een vragenlijst kan gepolst worden op welke termijn huisartsen verslaggeving zeker willen ontvangen. Eventueel kan ook een optie worden opgesteld met de vraag of huisartsen een kort verslag na 1 dag, met daarna het uitgebreide verslag een goed idee vinden.

In de literatuurstudie werd teruggevonden dat 3% van de huisartsen aangaf betrokken te zijn bij discussies over ontslag. 17 tot 20% van de huisartsen gaf wel aan altijd op de hoogte te wilen zijn van ontslag [14,15]. Een studie toonde een niet-significante trend in de richting van hogere heropnames wanneer follow-up plaatsvond zonder een beschikbare ontslagbrief [20]. Daarnaast schatten huisartsen in dat hun follow-up management in ongeveer 24% van de gevallen nadelig werd beïnvloed door vertraagde of onvolledige ontslagcommunicatie en waren zij ontevreden over deze tekortkomingen. Huisartsen rapporteerden meer voldoening over ontslagcommunicatie die snel toekwam, meestal niet langer dan één week na ontslag [17].

De termijn van de verslaggeving speelt ook een cruciale rol in de ontslagplanning van de patiënt. Ongeveer een op vijf patiënten krijgt te maken met een incident binnen de drie weken na ontslag uit het ziekenhuis [7]. Ontslagplanning gebeurt in eerste instantie in het ziekenhuis. Dit wil zeggen dat dit niet alleen de taak van de huisarts is. Bij een ontslagplanning komt er heel wat kijken en het is niet altijd gemakkelijk om precies te zeggen waar het fout loopt. Daarnaast zijn de ligduren korter waardoor er minder tijd is om alles duidelijk uit te leggen. Door de huisarts tijdig te verwittigen van het ontslag, is hij op de hoogte en kunnen eventuele onduidelijkheden of vragen van de patiënt sneller worden opgevangen. Zeker bij ontslagen op vrijdag, of dicht bij het weekend, kan dit gevaar geven op fouten en patiëntveiligheid. Een

verbeterpunt zou zijn om de huisarts telefonisch te verwittigen bij een ontslag, zeker op een vrijdag. Een ontslagbrief met instructies of een planning bij ontslag kan de huisarts verder op weg helpen, zonder dat hij opnieuw contact hoeft op te nemen met het ziekenhuis. Daarnaast is dit ook een bron van informatie waar hij uit kan leren. Extra aandacht moet gaan naar patiënten die in woonzorgcentra verblijven, waar de ontslaginformatie vaak niet wordt doorgegeven aan de verpleegkundigen van het WZC. Een papieren verslag meegeven kan hierin zeker een belangrijke rol spelen, ook papieren voorschriften meegeven, zodat nieuwe medicatie ook niet vergeten wordt.

In de literatuur werd gerapporteerd dat slechts 62% van de huisartsen verslaggeving ontving [2,4]. Kripalani et al. meldden dat in de Verenigde Staten 51 tot 77% van de ontslagbrieven niet binnen de vier weken door de huisarts was ontvangen [6].

De problemen die de huisartsen in de focusgroepen aankaartten rond slechte verslaggeving, waren niet alleen laattijdige verslaggeving. In sommige gevallen kregen de huisartsen geen verslaggeving. Meerdere respondenten gaven aan dat geen verslaggeving geen goede vorm van verslaggeving is. Je weet nooit de termijn wanneer je wel of niet een verslag kan ontvangen en er blijft onduidelijkheid bestaan. Tal van veiligheidsincidenten kunnen zich voordoen, zo bijvoorbeeld medicatiefouten door interacties of bijwerkingen. Verslagen die niet worden doorgestuurd, zorgen voor verloren informatie, met slechte opvolging en een teveel aan onderzoeken tot gevolg. Daarnaast is er ook de arts-patiënt relatie die hier onder lijdt, voornamelijk omdat de patiënt verwacht dat de huisarts zijn dossier opvolgt. Sommige respondenten gaven ook aan dat dit moeilijk is om aan de patiënten uit te leggen. In de derde focusgroep werd gespeculeerd over een mogelijkheid waarom er geen verslag wordt doorgestuurd. Dit kan zijn doordat de specialisten denken dat het verslag niet interessant genoeg is voor de huisarts. Huisartsen in deze focusgroep gaven echter aan dat zij liever wel een verslag krijgen.

Na ontslag uit het ziekenhuis contacteerden patiënten of werden ze behandeld door hun huisarts voordat deze een ontslagbrief had ontvangen, wat erop wijst dat patiënten of familie vaak de eerste bron van informatie is rond de ziekenhuisopname [6]. Een studie toonde een niet-significante trend in de richting van hogere heropnames wanneer follow-up plaatsvond zonder een beschikbare ontslagbrief [20]. Daarnaast schatten huisartsen in dat hun follow-up management in ongeveer 24% van de gevallen nadelig werd beïnvloed door vertraagde of onvolledige ontslagcommunicatie en waren zij ontevreden over deze tekortkomingen. Huisartsen rapporteerden meer voldoening over ontslagcommunicatie die snel toekwam, meestal niet langer dan één week na ontslag [17].

Een ander probleem dat in alle focusgroepen werd aangekaart, was het gebruik van afkortingen. Afkortingen zijn een grote bron van miscommunicatie. Ze worden soms niet begrepen, fout geïnterpreteerd of zorgen voor onnodig tijdsverlies. Het gebruik van afkortingen dient zo veel mogelijk te worden beperkt, of eventueel onderaan de brief een lijst met afkortingen die voluit geschreven zijn, kan hierin helpen.

- CoZo

CoZo speelde een essentiële rol om de informatie van de patiënt makkelijk beschikbaar te stellen voor zowel specialisten als huisartsen. Toch zijn er nog enkele heikele punten zoals de brieven van specialisten die enkel en alleen raadpleegbaar zijn in CoZo. Dit geeft als gevolg dat de huisarts die niet onmiddellijk in zijn inbox krijgt. Zo kan de brief makkelijk verloren gaan of pas geraadpleegd worden als de patiënt vermeldt dat hij bij de specialist is geweest. Hierdoor kan belangrijke info te laat worden opgemerkt. Een huisarts uit de derde focusgroep omschreef het als volgt: *"Ik zeg vaak tegen de mensen 'vroeger schreven ze een brief en sturen ze hem op, nu schrijven ze een brief en hij ligt op hun bureau.' Daar zijn we niets mee. We moeten hem zelf gaan halen overal."* Die verslaggeving die enkel via CoZo komt, zet druk op de arts-patiënt relatie omdat de patiënt ervan uitgaat dat het de huisarts is die de brieven krijgt en opvolgt, wat kan zorgen voor een vertrouwensbreuk. Dit brengt heel wat tijdsverlies met zich mee, niet alleen om de brief te gaan opzoeken, maar ook om dit uit te leggen aan de patiënten en vervolgens om dit probleem aan te kaarten met de ziekenhuizen of desbetreffende specialisten en diensten.

Een huisarts uit de derde focusgroep stelde wel dat er een discrepantie is in het gebruik van CoZo tussen de specialist en de huisarts. De huisarts moet van alle aspecten van zijn patiënten op de hoogte zijn en als verslagen niet automatisch toekomen, gaat er medische informatie verloren. Bij de specialist is de inhoud nauwer en is er maar info nodig over een specifiek onderwerp waar CoZo een goede tool in is, om dit in op te zoeken.

- Medicatie

Medicatie speelt een belangrijke rol in de behandeling van patiënten. Een goede communicatie is noodzakelijk om geen fouten te maken in het gebruik. In zowel de tweede als de derde focusgroep werd medicatie vermeld als een van de eerste zaken waar huisartsen van op de hoogte moeten worden gesteld. Bij onduidelijkheden over medicatie kan dit zorgen voor moeilijkheden tussen de huisarts en patiënt, terwijl als er een duidelijk medicatieschema is, is de kans veel groter dat dit niet voorvalt. Ook bij ontslagen uit het ziekenhuis is een brief onmisbaar. Niet alleen de medicatie en bevindingen, maar ook de vervolgplanning is belangrijk zodat de huisarts mee is in het hele verhaal van opname en opvolging.

Er worden jammer genoeg nog heel wat fouten gemaakt met medicatie [4]. Er bestaat reeds een gezamenlijke medicatiefiche, maar die is nog onvoldoende geïntegreerd. Hier kan meer op worden ingezet, waar bijvoorbeeld specialisten ook op kunnen aanpassen en waar apothekers en verpleegkundigen toegang toe hebben. Medicatiewissels, onderbrekingen of herstart van medicatie moeten duidelijker gecommuniceerd worden. Als er nieuwe medicatie wordt opgestart in het ziekenhuis, krijgt de patiënt dit best mee van de specialist en moet hij niet nog eens direct langs de huisarts. Verder is het ook belangrijk om het gebruik van de medicatie steeds duidelijk te instrueren. Bij het ontslag krijgt de patiënt vaak een medicatielijst mee vanuit het ziekenhuis. Daarin worden merknamen van eenzelfde medicament soms gewijzigd, wat voor twijfel kan zorgen bij patiënten en thuisverpleegkundigen met als gevolg onnodige telefoons, consultaties of huisbezoeken. Het wijzigen van merken van medicatie is iets dat vermeden moet worden.

- Het lezen van verslagen

Tussen de huisarts en de specialist worden heel wat verslagen gestuurd. In die verslagen staat heel wat medische informatie van de patiënt. Om een goede overdracht te verzekeren, is het belangrijk dat zowel huisartsen als specialisten de verslagen lezen. Toch merken huisartsen dat hun verwijsbrieven niet altijd worden gelezen. In alle focusgroepen spraken de artsen over het feit dat er niet altijd een gepast antwoord komt op de vragen die ze stellen in hun verwijsbrief of dat er bepaalde onderzoeken niet werden uitgevoerd. Daarnaast heerst er ook twijfel bij de huisartsen rond de digitale verwijsbrieven. In de derde focusgroep werd aangehaald dat ze hun twijfels hebben of dat die brieven toekomen op de juiste dienst en dat ze die daar daadwerkelijk lezen. Hier kan verder naar gepeild worden bij een vragenlijst.

In een ontslagbrief van een specialist staat veel medische informatie. Deze brief is opgedeeld in verschillende delen, waaronder voorgeschiedenis, anamnese, klinisch onderzoek, onderzoeken en besluit. In alle focusgroepen gaven huisartsen aan voornamelijk het besluit te lezen en aanvullend de anamnese, klinisch onderzoek of onderzoeken bij complexere pathologie. Het besluit is hetgeen in de brief dat steeds wordt gelezen en dit staat onderaan in de brief. Nu staat dit soms zelfs tussen de laboresultaten, zodat men als huisarts onnodig moet zoeken naar het besluit, wat tijd kost en soms zorgt voor verlies van informatie. Huisartsen lezen eerst het besluit van een brief, toch staat die onderaan in de brief. Een uniforme lay-out kan hierin al een pak helpen, waar het besluit bijvoorbeeld bovenaan staat. Daarnaast gaven huisartsen aan dat in het besluit de essentie moet staan, niet een heel uitgebreid verslag van alle onderzoeken en laboresultaten. De belangrijkste gegevens in het besluit die werden aangegeven tijdens de focusgroepen zijn: de diagnose, de medicatie, een stappenplan, termijn van opvolging en vervolgafspraken.

In de literatuur vinden we terug dat huisartsen over het algemeen volgende informatie als belangrijkste beoordelen in een ontslagbrief: hoofddiagnose, relevante klinische bevindingen, resultaten van procedures en labotesten, ontslagmedicatie met redenen voor eventuele wijzigingen in het vorige medicatieschema, vervolgafspraken, gegeven informatie aan patiënt en familie, nog niet gekende resultaten bij ontslag en specifieke follow-up behoeften [6,15]. Hoewel specialisten hiermee akkoord gaan, bleek uit audits van ontslagdocumenten dat deze belangrijke informatie vaak ontbrak [16,17]. Zo bijvoorbeeld ontbrak er in de ontslagbrief een verantwoordelijke ziekenhuisarts (25%), de hoofddiagnose (17,5%), klinische bevindingen (10,5%), onderzoeksresultaten (38%), ontslagmedicatie (21%) en follow-up plannen (14%) [18,19].

Verslagen van de specialist zijn niet alleen een bron van informatie voor de huisartsen, maar ze vormen ook een belangrijke tool om bij te leren. Huisartsen gaven aan in de tweede en derde focusgroep dat ze leerden welke informatie de specialist het meest noodzakelijk vindt en wat de behandeling is bij een bepaalde aandoening, wat de communicatie ten goede komt. Bijvoorbeeld bij beeldvorming worden de verslagen steeds gelezen, maar huisartsen proberen ook zoveel als mogelijk de beelden op te vragen. Niet alleen om te controleren, maar vooral om bij te leren. Wat extra uitleg of waar je een bepaalde afwijking kan zien (aanduiden met pijl), wordt geapprecieerd door huisartsen.

Tijdens de focusgroepen werd er aangegeven dat huisartsen steeds alle verslagen van de specialist lazen. In de derde focusgroep werd de opmerking gemaakt dat het wel zo is dat hoe meer brieven er toekomen, hoe moeilijker het is om ze allemaal te lezen, zeker in grotere groepspraktijken. De eBox van de huisarts mag dus geen ‘spamfolder’ worden met alle verschillende onderzoeken, laboresultaten, glucosewaarden, bloedgassen, etc. Ook in CoZo moet alles overzichtelijk blijven en hoeven al die resultaten niet in CoZo te staan. Een label van belangrijkheid kan helpen om de huisarts zijn brieven te lezen op een efficiënte manier, hier kan verder naar gevraagd worden in een vragenlijst.
In de eerste focusgroep werd een gelijkaardige opmerking gemaakt dat verslagen binnenkomen in de inbox van de huisarts, die worden gelezen en geklasseerd. Door een toevloed aan verslagen, tijdsgebrek of onzorgvuldigheid, kan er makkelijk over gelezen worden. Met de introductie van digitale verslaggeving, het tekort aan huisartsen en een toenemend aantal onderzoeken moet alles sneller gaan. Met als gevolg wordt er minder gekeken naar die onderzoeken. Als de patiënt niet consulteert om het verslag van de specialist te bespreken, kan dit verloren gaan. Een verbeterpunt zou zijn om in de brief de belangrijke

zaken uitdrukkelijk te vermelden, in het vet te zetten, bovenaan te zetten of de huisarts op te bellen. Een vragenlijst kan de voorkeur van de huisartsen hierin beter gaan aantonen.

Door de toegenomen digitale rapportering is het een fijne lijn om de opname- en ontslagmeldingen niet als 'spam' te zien. Deze pushmeldingen worden vaak niet of heel snel gelezen, toch gaven de huisartsen in de derde focusgroep unaniem aan dat ze dit nuttig vonden. Belangrijk is om dit heel compact en overzichtelijk te houden zodat de huisarts deze niet als 'spam' gaat beschouwen. Daarnaast mag dit ook niet als vervanging gezien worden van een telefonisch verwittiging van het ontslag van een patiënt. Het nut en de inhoud van deze pushmeldingen kan verder geëxploreerd worden in een vragenlijst.

- Verbetering van verslaggeving

"De wereld is niet af en er moet blijvend aan de boom geschud worden, zodanig dat we toch wat kwaliteitsverbetering krijgen." Om het met de woorden van een van de huisartsen uit de eerste focusgroep te zeggen, is het belangrijk om te blijven aandringen en aan de boom te schudden. Dit zonder iemand te verwijten of met de vinger te gaan wijzen, maar vooral om de kwaliteit van zorg te verbeteren. In de drie focusgroepen werd in verschillende gevallen aan de boom geschud. Dit werd zo goed als altijd telefonisch gedaan. Telefonisch contact met de specialist zorgt voor snelle en adequate communicatie die de vragen en opmerkingen van de huisartsen kunnen oplossen. In sommige gevallen wordt telefonisch contact met de specialist wel beschouwd als tijdrovend, voornamelijk omdat het niet altijd gemakkelijk is om de juiste persoon snel aan de te krijgen. Een snelle telefonische lijn naar de specialist zou de communicatie kunnen verbeteren. De drempel om te bellen en tijd te verliezen hou je op die manier onder controle. Een ander probleem is dat huisartsen niet altijd goed weten naar waar ze hun feedback moeten richten. Hierdoor gaat er tijd verloren of wordt er niet altijd feedback gegeven. Een eventuele oplossing kan een algemeen meldpunt zijn waar huisartsen hun casussen kunnen doorgeven. Hoe dit het best kan geïmplementeerd worden, kan via een vragenlijst verder worden bekeken.

Toch zijn niet alle specialisten even ontvankelijk voor feedback van de huisartsen. Een huisarts diende daaropvolgend een klacht in bij het betreffende ziekenhuis. In die tweede focusgroep werd de opmerking gemaakt dat de huisarts de specialist kiest met het oog op een goede samenwerking en verslaggeving. Uit die klacht zijn er uiteindelijk weinig gevolgen voortgevloeid. Ook werd de huisarts daar niet van op de hoogte gesteld. In de derde focusgroep werd aangehaald dat als de huisartsen feedback kregen rond hun bemerkingen dat dit zorgt voor een toegenomen motivatie en meer voldoening. Het blijft belangrijk dat er met de feedback aan de slag wordt gegaan voor betere verslaggeving.

Een andere idee om de verslaggeving te verbeteren is een telefoonnummer in de brief van desbetreffende dienst. Zo kan de huisarts zonder extra opzoekingswerk de dienst bereiken. Een gelijkaardige lay-out voor alle brieven kan alles overzichtelijker maken. Daarnaast kwamen ook aan bod in de focusgroepen: een titel die aan elk verslag wordt gegeven, een stappenplan in het besluit, waaruit de huisarts ook kan leren en afkortingen zo veel mogelijk te vermijden. Een ander idee zou zijn om twee brieven te hebben. Eén die snel en beknopt is en een tweede die uitgebreider is met resultaten, uitleg, opvolging en eventueel wat later doorkomt. Daarnaast moeten deze brieven niet alleen beschikbaar zijn in CoZo, maar ook toekomen in de mailbox van de huisarts. Het blijft belangrijk om na te vragen wie de huisarts is van de patiënt en de verslagen aan hem te adresseren. Eén groot programma voor alle artsen samen zou de communicatie en verslaggeving verbeteren. Een ander verbeterpunt is om onderzoeksresultaten te gaan coderen, zodat die makkelijker in het dossier kunnen worden opgezocht. Ook het coderen van verslagen moet helpen bij het opzoeken in de dossiers, dit geeft meer uniformiteit.
Deze verbeteringen aan verslaggeving kunnen vervolgens getoetst worden in een vragenlijst.

Een punt dat nog werd aangehaald in de derde focusgroep, was dat er niet te snel terug naar de huisarts moet worden teruggekaatst. Zo bijvoorbeeld als er onderzoeken worden gedaan en er wordt aan de patiënt gezegd ‘Bel eens naar je huisarts.’ Dat zinnetje is iets dat te veel wordt gebruikt. Sinds de pandemie zit dit ingebakken bij de bevolking waardoor de huisarts te veel telefoons op een dag moet verwerken en niet meer het werk kan doen wat hij effectief zou moeten doen. Het zou beter zijn om een afspraak te maken en langs te gaan bij de huisarts. Een betere slagzin zou zijn: ‘Ga naar uw huisarts.’ Vroeger gingen de mensen sneller bij de huisarts om resultaten te bespreken, mede ook omdat de verslaggeving niet elektronisch gebeurde en de patiënt zijn brief moest gaan afgeven zodat de huisarts op de hoogte was. Het idee werd geopperd om een combinatie te doen van digitale en papieren verslaggeving, dit kan zeker verder worden uitgezocht in de vragenlijst.

Beperkingen

In de literatuur werden verschillende methodes gebruikt om veiligheidsincidenten bij transfers te onderzoeken, waaronder een meldingssysteem van incidenten, enquêtes bij patiënten, interviews van patiënten, case reports van huisartsen en ziekenhuisspecialisten en focusgroep gesprekken van huisartsen en ziekenhuisspecialisten. In die studie werd de opmerking gemaakt dat de veiligheidsincidenten bij transfers die in de focusgroepen werden gemeld, ernstiger waren dan die die via andere bronnen werden gerapporteerd. De setting van een

focusgroep geeft meer waarschijnlijkheid om een discussie uit te lokken over casuïstiek die een grote impact heeft gehad op de arts. Dit zijn degenen waar ernstige schade aan de patiënt was opgetreden [5]. In het onderzoek van deze masterproef zijn enkel focusgroep gesprekken uitgevoerd.

Om een correcte studie met focusgroepen uit te voeren, dient te worden gecontinueerd met focusgroep gesprekken tot er geen nieuwe informatie meer wordt verkregen. Omwille van tijdsgebrek en gebrek aan mankracht kon aan deze voorwaarde niet voldaan worden, wat invloed heeft op de kwaliteit van de studie.

Een kwalitatief interview of focusgroep dient te worden gecodeerd door minstens twee onafhankelijke personen. Hierna wordt er met beide partijen samengezeten en overlegd welke codes of thema's er gebruikt worden en daarnaast welke tekstfragmenten aan welke code worden gelinkt. Aan dit onderzoek werkte slechts één huisarts in opleiding, waardoor dit niet kon worden uitgevoerd. Om hieraan tegemoet te komen, werd na het coderen overlegd met de promotor en copromotor van deze masterproef rond het toekennen van codes en tekstfragmenten. Op die manier werden de meningen van twee personen ingewonnen, wat meer controle geeft.

Niettegenstaande deze beperkingen in dit onderzoek, geloven we dat deze aanpak de moeite waard was, aangezien we optimaal gebruik maakten van de informatie die werd verteld in de focusgroepen. Naast de focusgroepen werd ook een literatuurstudie uitgevoerd. De resultaten die hieruit voortvloeiden werden gecorreleerd met de informatie uit de focusgroepen. Hieruit kwamen heel wat overeenkomsten, wat ten goede komt voor het opstellen van een vragenlijst om de verslaggeving naar de huisarts te verbeteren.

Finale opmerkingen

Zowel de literatuurstudie als de focusgroep gesprekken suggereren dat veiligheidsincidenten bij transfers vaak voorkomen, wat enige urgentie voor verbetering impliceert [4]. De resultaten geven ook aan dat verbeterstrategieën gericht moeten zijn op uitwisseling van informatie tussen huisartspraktijken en ziekenhuizen [4,6,7]. Bij het bespreken van de resultaten in deze masterproef werd op geregelde tijdstippen gemeld dat een bepaalde verbetering verder geëxploreerd kan worden in een vragenlijst. Zo dient er verder geëxploreerd te worden wat huisartsen precies in het besluit willen staan, ook de maximale termijn van verslaggeving kan verder worden ondervraagd. Daaraan koppelend kan men vragen hoe huisartsen staan tegenover een korte nota die onmiddellijk beschikbaar is. Ook kan er gevraagd worden aan de

huisartsen of een label van belangrijkheid die aan elke brief wordt gekoppeld, een meerwaarde kan bieden. Een systeem om de resultaten en verslagen van de specialisten makkelijker te integreren in het eigen dossier door middel van coderen, kan ook naar gepeild worden. Ook het voorstel van niet meer te spreken over "*Bel naar je huisarts*", maar in plaats daarvan "*Ga naar je huisarts*", kan voor interessante resultaten zorgen in een vragenlijst. Als laatste kunnen verschillende verbeterinitiatieven tegenover elkaar gezet worden waaruit huisartsen moeten kiezen. Zo kunnen de beste initiatieven geprioriteerd worden.
Het onderzoeksteam hoopt dat die vragenlijst wordt opgesteld in een volgende masterproef om de communicatie te verbeteren.
Er moet wel worden opgemerkt dat in de literatuurstudie weinig artikels werden teruggevonden met betrekking tot communicatie tussen specialist en huisarts. Alle studies die gevonden werden, waren kwantitatief onderzoek waarbij casussen van veiligheidsincidenten werden gedocumenteerd. In die studies werden geen aanbevelingen voorgesteld om de communicatie tussen beide partijen te verbeteren. Verder onderzoek is daarom onontbeerlijk.

Nog een laatste opmerking rond het rapporteren van slechte verslaggeving is dat er vermoedelijk nog veel meer casussen zijn dan degene die gerapporteerd worden. In veel gevallen is er geen communicatie tussen de specialist en de huisarts waardoor er in veel gevallen niet met de vinger wordt gewezen naar slechte communicatie.

Conclusie

Tot slot doen veiligheidsincidenten bij transfers zich typisch voor door fouten bij informatieoverdracht van ziekenhuis naar huisarts [4,5,9]. Een derde van die veiligheidsincidenten bezorgt schade aan de patiënt [4]. Door de snelle groei van de ziekenhuizen en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, is het steeds belangrijker geworden voor ziekenhuisartsen en huisartsen om relevante patiënteninformatie te communiceren bij ontslag uit het ziekenhuis [6]. Vertragingen in verslaggeving komen nog vaak voor en zorgen voor vermindering in kwaliteit in de post ziekenhuiszorg. De verantwoordelijkheid voor de patiënt moet met vertrouwen en zekerheid kunnen worden overgedragen van specialist naar huisarts, terwijl dat belangrijke informatie niet verloren gaat tijdens de transfers.

Een aantal interventies werden voorgesteld door de huisartsen tijdens de focusgroep gesprekken om de tijdigheid te verbeteren alsook de kwaliteit van de verslagen. Die voorstellen kunnen samengebundeld worden in een vragenlijst en gelanceerd worden naar huisartsen om hun voorkeuren beter in kaart te brengen.

Eenmaal de vragenlijst is opgesteld en gecontroleerd op betrouwbaarheid en validiteit, kan deze vragenlijst in het project van de HuisartsenVereniging Gent gelanceerd worden naar een grote groep huisartsen. Die resultaten kunnen vervolgens gecommuniceerd worden met de vier Gentse ziekenhuizen, wat tot een betere informatieoverdracht zou kunnen leiden. Een betere informatieoverdracht zorgt voor minder fouten, dat op zich zorgt voor minder veiligheidsincidenten bij transfers, wat ten slotte zorgt voor minder schade aan de patiënten en een betere kwaliteit van zorg.

Referenties

1. Newell S, Jordan Z. The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. JBI Database System Rev Implement Rep. 2015 Jan;13(1):76-87. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1072. PMID: 26447009.
2. O'Malley A, Reschovsky J. Referral and consultation communication between primary care and specialist physicians: finding common ground. Arch Intern Med. 2011; 171: 56-65.
3. Coleman E, Berenson R. Lost in transition: Challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. Ann Intern Med. 2004; 141:533-536.
4. Poldervaart J, van Melle M, Reijnders L, et al. Transitional safety incidents as reported by patients and healthcare professionals in the Netherlands: a descriptive study. European Journal of Gen Pract. 2019; 25:77-84.
5. Van Melle MA, Zwart D, de Bont A, et al. Improving transitional patient safety: research protocol of the transitional incident prevention programme (TIPP). Saf Health. 2015;1-13.
6. Kripalani S, LeFevre F, Philips C, et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. JAMA. 2007; 297: 831-841.
7. Williams H, Edwards A, Hibbert P, et al. Harms from discharge to primary care: mixed methods analysis of incident reports. Br J Gen Pract. 2015; 65:829-837.
8. Martinussen P. Referral quality and the cooperation between hospital physicians and general practice: the role of physician and primary care factors. Scand J Public Health. 2013; 41:874-882.
9. Van Melle M, Erkelens D, van Stel H, et al. Pilot study on identification of incidents in healthcare transitions and concordance between medical records and patient interview data. BMJ Open. 2016; 6:011368.
10. Tulloch A, Fowler G, McMullan J, Spence J. Hospital discharge reports: content and design. BrMed J. 1975; 4: 443-446.
11. Motamedi S, Posadas-Calleja J, Straus S, et al. The efficacy of computer-enabled discharge communication interventions: a systematic review. BMJ Qual Saf. 2011; 20(5): 403-415.
12. Forster A, Murff H, Peterson J, et al. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. Ann Intern Med. 2003; 183: 161-167.
13. Panesar S, Cleary K, Sheikh A. Reflections on the National Patient Safety Agency's database of medical errors. J r Soc Med. 2009; 102: 256-258.
14. Mant A, Rotem W, Kehoe L, Kaye K. Compliance with guidelines for continuity of care in therapeutics from hospital to community. Med J Aust. 2001; 174: 277-280.
15. Pantilat S, Lindenauer P, Katz P, Wachter R. Primary care physician attitudes regarding communication with hospitalists. Am J Med. 2001; 111: 15-20.
16. Solomon J, Maxwell R, Hopkins A. Content of a discharge summary from a medical ward: views of general practitioners and hospital doctors. J R Coll Physicians London. 1995; 29: 307-310.
17. Van Walraven C, Rokosh E. What is necessary for high-quality discharge summaries? Am J Med Qual. 1999; 14:160-169.

18. Raval A, Marchiori G, Arnold J. Improving the continuity of care following discharge of patients hospitalized with heart failure: is the discharge summary adequate? Can J Cardiol. 2003; 19: 365-370.
19. Van Walraven C, Demers S. Coding diagnoses and procedures using a high-quality clinical database instead of a medical record review. J Eval Clin Pract. 2001; 7: 289-297.
20. Van Walraven C, Seth R, Austin P, Laupacis A. Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmission. J Gen Intern Med. 2002; 17: 186-192.

Bijlages

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Diego Schrans
Huisartsengeneeskunde - HAG
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-11805	NVT	31/01/2022	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Communicatie tussen eerste lijn en ziekenhuizen: optimalisatie van verslaggeving naar de huisarts. MaNaMa Jules-Emile De Visscher"

B.U.N.: B6702022000046

- Adviesaanvraagformulier (+ handtekeningen) Jules-Emile De Visscher dd. 28/12/2021
- Begeleidend schrijven dd. 30/11/2021
- Protocol Focusgroepen, Versie 005, dd. 28/12/2021
- Interviewguide, Versie 005, dd. 28/12/2021
- Informatie- en toestemmingsformulier voor de patiënt versie 003, dd.
- 28/12/2021

Advies werd gevraagd door: Diego Schrans

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 25/01/2022 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 25/01/2023, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

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

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 25/01/2022. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 25/01/2023, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

° *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 effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
° *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

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 effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

IOV
PROF DR R PELEMAN
SECRETARIS CME

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Ledenlijst op 25/01/2022

Voorzitter: Prof. dr. P. Deron
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. Dr. S. ROTTEY (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COOREVITS (UG - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)	Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZG – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZG – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)	Prof.dr. S. STERCKX (UG - moraalfilosoof, ♀)
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)	Prof. Dr. T. GOFFIN (UG - jurist, ♂)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)	Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZG - internist/pneumoloog, ♂)	Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden. Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, werden d'office uitgesloten van beoordeling.

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Communcatie tussen eerste lijn en ziekenhuizen: optimalisatie van verslaggeving naar de huisarts.

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

De dienst Huisartsgeneeskunde voert een onderzoek uit naar de communicatie tussen huisarts en ziekenhuis. Het hoofddoel van de studie is het onderzoeken en optimaliseren van de verslaggeving naar de huisarts. Het onderwerp van de masterproef zal kaderen binnen een groter project van de huisartsenvereniging Gent (HVG), dat de digitale communicatie tussen de huisartsen en de 4 Gentse ziekenhuizen tracht te verbeteren. Verder willen we nagaan welke factoren een invloed kunnen hebben op de verslaggeving en welke factoren kunnen verbeteren. Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om deel te nemen aan een focusgroep voor ons. Dit zal ongeveer 5 tot 10 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Diego Schrans. *Studenten van de vakgroep geneeskunde zullen deel uitmaken van het onderzoeksteam.*

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verdere opvolging.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes voor de communicatie tussen eerste lijn en ziekenhuizen.

4. KOSTEN

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.
Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, paragraaf 1 (a) en artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier). In het geval van pseudonimisering zal de sleutel tot deze codes enkel toegankelijk zijn voor de onderzoeker of de door hem/haar aangestelde vervanger. Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Zowel persoonsgegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Dr. Schrans Diego (UZ Gent). Zijn onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.
In het kader van de gegevensbescherming zullen de gegevens verwerkt worden door personen behorend tot het onderzoeksteam en aangeduid door en onder de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker inclusief interne medewerkers met een niet-gezondheidszorgberoep.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

7. CONTACT

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u contact opnemen met de onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: Dr. Diego Schrans – Jules-Emile De Visscher

Adres: Corneel Heymanslaan 10, 9000 Gent

Telefoonnummer: 09 332 41 93

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers” pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

1) Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de onderzoeker.	
2) Ik stem ermee in dat de audio van het interview wordt opgenomen	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

<u>Bijlage: Protocol Masterproef Focusgroep</u>

<u>Titel</u>: Communicatie tussen eerste lijn en ziekenhuizen: optimalisatie van verslaggeving naar de huisarts.

Probleemstelling:
Het onderwerp van de masterproef zal kaderen binnen een groter project van de Huisartsenvereniging Gent (HVG), dat de digitale communicatie tussen de huisartsen en de 4 Gentse ziekenhuizen tracht te verbeteren. Het grote project heet 'Digitale Communicatie tussen de eerste en tweede lijn in Gent'. Binnen dit project heeft de HVG reeds een klachtenformulier geïntroduceerd waar huisartsen kunnen melden wanneer de communicatie van ziekenhuis naar eerste lijn niet goed verliep.
Aan de hand van dit klachtenformulier komen bepaalde thema's vaak op de voorgrond. Deze zijn:

- geen verslaggeving van de specialist
- enkel resultaten van onderzoeken beschikbaar
- geen correcte adressering
- geen duidelijke ontslagplanning
- geen duidelijke opvolging bij de huisarts voorzien
- verslaggeving enkel op CoZo terug te vinden
- medicatiewijzigingen worden niet genoteerd of correct doorgegeven.

Samengevat is dit de communicatie van de tweede lijn naar de eerste lijn die niet altijd even vlot verloopt, waardoor er vaak onduidelijkheden zijn of fouten worden gemaakt in opvolging, medicatie, dossierbeheer, …

Vraagstelling:
Kort: Wat maakt een goede verslaggeving? Hoe kan dit verbeterd worden?
Wat is voor huisartsen de meest essentiële informatie om tot een goede verslaggeving te komen en een goede overdracht van informatie? Wanneer moet er zeker een verslag gemaakt worden, zodat er een goede continuïteit van zorg gegarandeerd kan worden?

Methode:
Kwalitatief onderzoek: focus groepen van huisartsen

- Design: er wordt afgetoetst wat de huidige situatie is rond verslaggeving, wat de problemen zijn en wat eventuele oplossingen kunnen zijn.
- Setting: Het onderzoek gaat uit van de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Gent
- Deelnemers: Huisartsen-in-opleiding en Huisartsen in Vlaanderen.
- Rekrutering: een LOK-groep zal aangeschreven worden.
- Datacollectie: een focusgroep zal op gesprek uitgenodigd worden. Het gesprek zal verlopen volgens een vooropgestelde topicguide.
- Analyse: de focusgroep zal (na toestemming) opgenomen worden. Deze opnames zullen bewaard worden op een beveiligde schijf. De opnames zullen getranscribeerd en gecodeerd worden. Hierna zal er een schriftelijke neerslag gemaakt worden.

Doel:
Op basis van de bekomen resultaten wordt een vragenlijst opgesteld, die dan wordt getest op validiteit en betrouwbaarheid.

Deze vragenlijst kan vervolgens in verder onderzoek worden gebruikt om het probleem van miscommunicatie tussen eerste lijn en ziekenhuizen te optimaliseren.

Focusgroep 28/06/2022

Legende
HA1: Christophe
HA2: Tom
HA3: Sarah

Ik: Ok, goed. Dus welkom allemaal, ik ga misschien opnieuw de introductie geven. Deze focusgroep, mijn masterproef kadert binnen de communicatie die verbeterd kan worden van de specialist naar de huisarts. En aan de hand van casussen waar dat de communicatie wat is misgelopen gaan we proberen zo veel mogelijk uit te weiden over wat er is misgelopen, wat er verbeterd kan worden, wat jullie voorkeuren zijn van communicatie, wat jullie wel goed vinden, waar jullie naartoe willen gaan op langere termijn en of dat er eventueel ideeën zijn om die verslaggeving om te gooien, want voorlopig is dat eigenlijk een verslag, eigenlijk doorlopende tekst, waar er verschillende zaken staan opgesomd, wat moeilijk integreerbaar is in het dossier en of dit op een andere manier kan, en of dat jullie daar eventueel ideeën over hebben.
En dan zou ik eventueel willen beginnen met casussen die jullie hebben meegebracht of die naar boven komen… Ah!

HA1: Ik heb een recente relevante casus waar dat de communicatie eigenlijk niet ideaal was. Het ging over een radiologisch verslag van de specialist, die binnenkwam met een MR van de lumbale wervelzuil en het verslag stond gecodeerd dat het volledig besluit en dan een kort besluit van bovenaan in het vet. Dus je hebt het volledig verslag van de radioloog met alles wat die beschrijft en dan het kort besluit vanonder, dat boven projecteert in het vet. Dus enkel dat kort besluit.

HA2: Dus je hebt u protocol en een besluit?

HA1: Ja, da was het protocol en dan heb je het besluit. Dus het besluit vanboven vertaalde alles dus perfect over wat er mis was met de rug. Die patiënt was bij een collega geweest, die had zich vnl daarop gefocust en kwam dan de volgende dag terug bij mij en ik was aan het scrollen door het verslag, want ik dacht: huh, die is nog maar net bij een collega geweest. Er stond eigenlijk helemaal vanonder als ge scrolt, nota bene (NB), maar dat was enkel in het protocol. Kleine toegevoegde structuur thv de bijnier, aanvullend CT-abdomen te doen ter uitsluiting tumor. Nu, die patiënt was anderstalig, sprak Italiaans en Frans, en dat verslag was in het Nederlands. Mijn collega had dat dus niet gezien. Dus die kwam dan de volgende dag

met, ja hij had dat gerund in google translate, en tumor is nog altijd tumor in het Italiaans of Frans, en ik had dat op voorhand gezien, dus ik bel naar mijn collega van heb jij al iets gepland van beeldvorming en hij viel volledig uit de lucht van ‘nee ik heb dat totaal niet gezien’. Toen hij uiteindelijk bij mij kwam was die inderdaad volledig over zijn toeren omdat hij had gelezen dat er ergens een tumor was gezien. Wat dus nog niet helemaal het geval was, dus ja, een soort van miscommunicatie eigenlijk en dat stond ook niet In het donkere besluit vanboven wat wel niet onbelangrijk is, denk ik, voor de patiënt. Dat was een beetje de miscommunicatie waren dat het een beetje is fout gegaan. Enerzijds ook wel bij ons maar misschien ook bij de radioloog.

Ik: En hoe is het dan verdergelopen?

HA1: Dus ja Ik heb die patiënt spreekt Italiaans kan niet goed Frans dus aangezien dat ik Van Italiaanse afkomst bent komt die nu naar mee kon hij ook consultatie volvoeren In het Italiaans en die man is nu wel gerustgesteld In de mate dat je iemand kan geruststellen maar ja Natuurlijk Het is wel opgemerkt geweest in die zin dus er is dan een CT-abdomen gepland en dat wordt nu verder opgevolgd. Maar ik heb eigenlijk geen feedback gegeven naar de radioloog nee.

HA2: en zouden we dat doen, feedback geven aan de radioloog?

HA1: Wel het ding is natuurlijk. Ik denk niet dat mijn collega dat zou doen, want hij heeft. In principe erover gelezen.

Ik: En over welk tijdsbestek spreken we dan eigenlijk, als die patiënt eerst bij uw collega is geweest. Of eerste bij de radioloog, natuurlijk voor zijn rug, dan naar uw collega en dan naar u gekomen.

HA1: Wat zei je precies?

Ik: over welk tijdsbestek we spreken dan?

HA1: Tijdsbestek één dag.

Ik: Een dag, ja.

HA1: Dus donderdag is hij bij mijn collega geweest en vrijdag stond hij bij mij.

HA2: stel dat die man niet meer had geconsulteerd dan was het verloren gegaan waarschijnlijk he?

HA1: ik denk het wel

HA2: Omdat natuurlijk de binnenkomende post, degene die dat dat dan interesseert die leest dat en vinkt dat dan aan. En dan staat dat aangevinkt en is dat bij wijze van spreken geklasseerd.

HA1: Ja inderdaad.

HA2: Dus strikt gezien gaat dat over kwaliteitsverbetering, kwaliteitsbeoordeling. Dus stel dat uw collega, stel nu dat jij dat nu voor hebt gehad. Het is heel herkenbaar he. Het is een blad lang met protocol en dan besluit. Wat zou je dan naar uw collega kunnen brengen, de radioloog?

HA1: Ik denk, om zulke dingen tot ook zeker in het belangrijkste, in het vet te zetten, of evt te bellen, maar dat is ook niet evident. Of daarbij ook nog een extra ding te sturen.

HA2: Nee. Het staat erin he, strikt gezien heeft hij zijn werk gedaan he.

HA1: Strikt gezien heeft hij zijn werk gedaan.

HA2: Ja, en misschien is ook de vraag van hoe komen ze tot dat besluit want voor hetzelfde geld is dat de secretaresse die da, ik vermoed dat hij zijn brieven niet zelf doet he.. Dat weten we niet he.

HA1: dat is met spraak he.

HA2: Hoe komt de secretaresse dan tot een besluit? Is dat in spraak afgebakend, euhm..

HA1: ik zou het niet weten.

HA2: nee, hahahaha
Dus ik denk, het minst bedreigende is dat je dit gewoon een keer communiceert en zegt: ‘collega, ik ben nu weer wat tegengekomen, ik ben daar helemaal over gelezen. Hoe hoorde

dat in het besluit, hoorde dat niet in het besluit. Punt blijft dat erover gelezen is, wat zeer menselijk is he

HA1: Het was nog net een klein beetje meer scrollen en dan kwam het, daar helemaal vanonder.

HA2: en het had daarbij niets te maken met natuurlijk de reden dat die patient gestuurd was. Het was een vondst.

HA1: het was een incidentaloom, noemen ze het zeker?

HA2: ja absoluut.

Ik: en ze kan natuurlijk op lange termijn ook toch een veiligheidsincident met zich meebrengen, dat is een beetje het jammerlijke eraan. Dus wil ik eens luisteren hoe dat je het misschien idealiter had zien willen verlopen, qua verslaggeving. Of iemand anders?

HA1: Goh ja, ik denk dat het gewoon beter was als het van in het begin daar al vanboven stond, of ook nog eens in het vet vanonder. Want het kwam gewoon als een doorlopende tekst met nota bene in afkorting N.B. plus die afkortingen zijn niet voor iedereen even evident. Mensen gebruiken graag cave of nota bene. Nu was het gewoon N.B. Dus daar kan al snel eens overlezen he.

HA2: het is heel herkenbaar he…

Ik: in een typisch verslag van medische beeldvorming. Lees je alles, of lees je enkel het besluit of ook het volledige protocol?

HA1: ik kijk zelfs.

Ik: Jij kijkt zelfs?!

HA1: ik probeer altijd eens te kijken omdat op spoed moest ik dit toch doen. Ik moest toch wachten op de radioloog en soms was die niet in huis, zeker ’s avonds voor fracturen enzo en zo leer je nog wat bij of onderhoud je nog wat je radiologie.

HA2: je hebt zeker gelijk he, ik denk met het elektronisch platform minder gekeken wordt dan

dat we vroeger een foto in ons handen kregen en dat we die foto ophingen aan de negatoscoop en dat we dan vaak in een aparte ruimte vaak eens zelf keken en dan pas het protocol van de radioloog erbij houden. Nu is het sowieso omgekeerd he, het is eerst het protocol van de radioloog en dan misschien een keer kijken.

HA1: Ja, het is waar. Pas op, ik betrap mezelf er ook soms op dat ik niet altijd kijk he.

HA2: Neenee, maar door de elektronische communicatie, die vanzelfsprekend heel veel voordelen heeft, zijn we dat voor een stuk kwijt.

Ik: En we zien daaropvolgend dat het beter moet kunnen als nu, uit mijn eigen ervaring is om die foto te gaan bekijken is dat vrij veel moeite, je moet naar PACSonWeb gaan of via CoZo, of dat je eigenlijk makkelijk een link kan krijgen die dan in bijlage zit in het verslag zelf, omdat dit toch elektronisch wordt verstuurd, dat het dan eigenlijk in het verslag gegoten zit. Dat het gemakkelijker is die foto of …

HA2: en dan zou je natuurlijk verwachten, idealiter als je die link aanklikt, dat hij dan direct dat aanvaardt. Waarschijnlijk ga je copy-paste moeten doen he.

Ik: Ja, nee. En dan heb je vaak nog een code en een geboortedatum nodig.

HA2: en tegen dan zeg je ‘godverdomme’. *Slaat op tafel*

Ik: je verliest daar wel uw tijd mee.

HA1: ja dat is waar.

Ik: het kwartier of twintig minuten dat je hebt per patiënt is dit nauw.

HA1: het makkelijkste is misschien nog gewoon via extern zoeken in careconnect

HA2: in cozo heb je vaak beiden met een apart vakje voor het protocol en een apart vakje met de beeldvorming.

Ik: ik vind het toch nog altijd wat omslachtiger dan dat het evt zou kunnen. Het verslag krijgen we wel, en dat is makkelijk raadpleegbaar. En dan vraag ik mij soms af of dat dat niet gewoon…

HA1: Ik denk dat dat zware bestanden zouden kunnen zijn, denk ik. Zeker bij een CT abdomen ofzo.

HA2: En elektronisch blijven er toch wel een paar knopen he. Ik weet niet of dat bij jullie dat zit, maar bijvoorbeeld de berichtgeving vanuit het UZ hebben we nog altijd heel veel brieven die in COZO raadpleegbaar zijn, maar die niet automatisch in het dossier worden geïncorporeerd. Dus ge verwijst iemand voor bijvoorbeeld een echo cor, en dat weet je dat dat gebeurt en die brief verschijnt niet. En dat moet ge actief in COZO gaan zoeken en dan zie je 'aja tien, tis gebeurd', maar hij is dus vanuit de informatica vanuit het UZ niet in uw dossier geïmporteerd.

Ik: Ahja, en je krijgt daar ook geen melding van dat die…

HA2: Nee, en omdat aan uw patient uit te leggen, dat is bijna on… Want dan vragen mensen, 'ge hebt toch mijnen brief gehad?' En dan zeg ik: 'ja kzal ne keer kijken terwijl da ge hier zit.

Ik: Ja, dat is ook vaak wel ambetant, je stuurt iemand door en je verwacht iets van bericht dat je al weet…

HA2: En dan ben je verplicht om te gaan kijken. Dat is zeer vervelend.

Ik: En normaal word je ingelicht, als de brief krijgt natuurlijk. Dat je een herinnering krijgt dat de patient bij de cardioloog is geweest.

HA2: Ahja en dus vaak is het niet zo he. Vaak zweeft die brief daar dan in de Hubs, maar is hij niet geïncorporeerd en moet je bij wijze van spreken weten van 'ik heb die mens verwezen', hoe komt dat dat ik hem nog altijd niet gezien heb die brief. Dus dat is eigenlijk onbegonnen werk.
Ok.

Ik: Goed, dankuwel. Misschien hebben we hier al een volgende casus dat hier al is aangehaald door de collega van de verslagen nu het UZ in dit geval, dat die niet direct doorkomen naar de huisarts in kwestie.

HA2: Wel, ze komen wel door maar ze worden niet in het dossier geïncorporeerd, en daar hebben we al ettelijke telefoons voor gedaan en blijkbaar is dat technisch niet op te lossen. Maar dat is wel zeer vervelend. Het is echt zeer vervelend.

Ik: Wat is dan de fout die daar in kan zitten? Dat de correcte huisarts niet is aangeduid? Dat het eigenlijk naar een andere huisarts wordt verstuurd?

HA2: Ja, dat kan. Maar zelfs als de juiste huisarts is aangeduid, dan krijg je toch aan u gericht in COZO, maar moet je actief, bij die patient, want anders heb je geen verslaggeving.

Ik: En wat is dan de reden meestal dat ze aangeven, dat het niet mogelijk is?

HA2: Dat dat het technisch niet op te lossen is. Ik vind dat vreemd, want bij andere ziekenhuizen is het wel op te lossen.

Ik: En zijn dat bepaalde diensten dat dat meer opvalt?

HA2: Ik heb daar al een paar keer met het diensthoofd van cardiologie van het UZ gebeld. De cardiologie in het UZ is bijna standaard dat je ze niet binnenkrijgt. Dus ze zijn er wel, maar ze zweven in de Hubs. En ik vind dat communicatief ook zeer moeilijk om dat uit te leggen aan uw patiënt. Omdat mensen hebben zoiets van ‘oei, hebde gij da nie gelezen?’ ‘Ahja sorry, ik kan dat niet lezen, ik kan dat pas lezen als gij hier voor mij zit en gij tegen mij zegt dat ge geweest zijt.’
Want inderdaad vanuit de spoedopname lukt het wel standaard. Vanuit het spoed krijgt je standaard, wordt het standaard in het dossier.

Ik: En het is niet dat het een voorlopige brief is, want dat heb je ook soms.

HA2: Nee, nee, nee, nee, nee. En ik denk dat daar ook het probleem is, dat je niet altijd goed weet met waar kan ik nu met dit probleem terecht. Aan wie moet ik dat melden? Want ja als je het aan het diensthoofd meldt, die mens heeft ook wel meer aan zijn hoofd dan alleen maar dit.

Ik: En dan kan je soms ook lang rondbellen ook en dat is ook tijdsintensief.

HA2: Nee, dus eigenlijk denk ik is het hier Tom Fiers die je zou moeten aan de haak slaan en dan nog is het mogelijk dat hiet niet mogelijk is he. We hebben dat gezien bij Covid ook, dat het automatisch rapporteren in sommige ziekenhuizen keihard lang geduurd heeft vooraleer dat het lukte elektronisch.
Is er … Collega heb jij een voorbeeld rond communicatie tussen eerste lijn en tweede lijn?

HA3: Ik had ooit een patiënt die marevan nam en hij ging naar een operatie en hij was thuisgekomen vrijdagavond en er was niets opgestart geweest van anticoagulantia. Zij hebben naar ons een brief gestuurd, maar niemand werkt op het weekend en de patiënt was anderstalig. Dus voor 3 dagen heeft hij eigenlijk niets genomen. Ik vond dat toen raar hij had eigenlijk een niertransplant ook en een klep en daarvoor nam hij Marevan. Ik vond dat wel ernstig toen, mijn collega's hebben dan toen wel contact opgenomen met het ziekenhuis, met de orthopedist om dit te bespreken. Er was ook blijkbaar iets fout geweest in het systeem. Maar ik vind dat wel erg dat als iemand naar huis gaat op vrijdag dat moet eigenlijk gestart worden vanuit het ziekenhuis en niet via de huisarts.

HA2: En het ging hem om de medicatie die afwezig was?

HA3: ja ik eigenlijk die patiënt nam Marevan en dat was tijdelijk gestopt geweest voor de operatie.

HA2: en die was niet herstart?

HA3: Nee, die was niet herstart, hij nam niets meer van anticoagulantia op dat ogenblik dat hij thuis was.

HA2: En er was dus ook geen bridging gebeurd met Fraxodi of een ander LMWH?

HA3: Nee

HA2: Ok

HA3: Er stond wel hoe die. Zij hebben eerst gebeld naar de praktijk, de patiënt toen hij thuisgekomen was, voor terug op te starten. En die brief is pas gekomen op maandag, die ontslagbrief. En daarmee was het wel misgelopen.

Ik: En wat was dan het verdere verhaal van de casus, hoe ben je er dan achter gekomen?

HA3: Eigenlijk, ik ben HAIO, ik krijg niet zoveel brieven, dus als ik die briefjes dan vroeg ik aan mijn PO hoe ik dit verder moet opstarten, want dat was mijn patiënt eigenlijk. Dan hebben wij dit opgestart. Maar van het ziekenhuis vinden ze dat ook raar dat de patiënt op ontslag gaat en als ze het niet zelf willen opstarten ze niet kunnen bellen naar de huisarts bij ontslag. Wij

zijn toch open op vrijdagavond, of zelf opstarten, want hij was echt een ernstig risicopatiënt voor alle soorten ziekten. Diabetes, niertransplant, hartaandoeningen. Die patiënt had dus een ernstig risico. Gelukkig hij heeft niets ernstig meegemaakt, maar ik vond dit niet ok.

HA2: Dus eigenlijk zeg je dat dat iemand was met een hoge CHADSVASC score?

HA3: Ja

HA2: Het was iemand die embolisch veel risico had.

HA3: Ja

HA2: Dus dan heeft hij eigenlijk geluk gehad dat er in het weekend niets is misgegaan.

HA3: Ja, want hij was ook geopereerd geweest voor zijn voet, hij was niet echt mobiel. Dus daarmee vond ik dit ook echt heel raar.
En ook misschien, wat was niet echt. Want in die brief stond dan wel hoe hij die heparine mocht gebruiken, maar voor de rest naar de patiënt toe was dit niet gecommuniceerd geweest. En die patiënt was ook anderstalig, misschien daardoor is dit misgelopen, maar ze hebben ook aan ons niets laten weten. Dus en hij heeft ook niets meegekregen.

Ik: Wat zeg je?

HA3: En hij heeft ook niets meegekregen van medicatie.

Ik: Ah, dat ook niet. Dus er zijn toch wel een aantal zaken die zijn misgelopen en niet een enkel iets.

HA3: Ja, normaal gezien mocht dat ook niet gebeuren. Ofwel doordat de patiënt anderstalig was, hij verstond er niets van. Dus het was echt moeilijk om daarin mee te gaan. De patiënt sprak enkel Bulgaars. Dus daarmee, was het heel moeilijk te achterhalen wat er precies misgegaan was. Hebben zij de medicatielijst meegegeven, verstond hij dat niet? Het was heel moeilijk dit te achterhalen… Sowieso hij heeft niets ingenomen, want hij kwam elke dag om zijn medicatie op te halen van het wijkgezondheidscentrum toen, en daarmee was de planning dat de verpleegster elke dag kwam en daarmee was dat dan verder gelukt. Maar, gelukkig is er verder niets gebeurd in die 3 dagen.

HA2: Dus eigenlijk gaat dit rond ontslagmanagement he. En het feit dat dit meer en meer gebeurd he, met de heel korte ligduren, dat mensen dan vaak nog net voor het weekend naar huis vliegen en dat er dan naar bereikbaarheid. Soms is er ook een probleem van bereikbaarheid van de huisarts he. Zeker als er de vrijdag nog vanalles op punt moet worden gezet. Maar dan hadden ze inderdaad 's morgens kunnen bellen he? Ze hadden eigenlijk 's morgens al de praktijk kunnen verwittigen he.

HA3: ja dat is waar.

HA2: of de patiënt pillen meegeven, en hem duidelijk geïnstrueerd.

Ik: Ja, vaak heb je ook nog een bridging dat je moet respecteren, zeker met de opstart van Marevan, dat je nog even moet overbruggen met Fraxodi of Clexane.

HA2: En dat is dus ook niet gebeurd.

Ik: En dat is dus ook niet gebeurd, dus ik zie daar wel een aantal zaken niet goed zijn verlopen en die toch wel kans konden geven op ergere zaken die toch ook weer een hospitalisatie..

HA3: ik had ook een tweede casus toen had ik een patiënte doorgestuurd naar de spoed en ik had ook een verwijsbrief meegegeven, want die patiënte was gekend met rugaandoening. En zij had op dat moment heel veel rugpijn, en ook een verkoudheid. En ik vermoedde een covid pneumonie. Ik had dit dan ook bij mijn differentieeldiagnose geschreven, maar op de spoed was zij opgevolgd door een van de HAIO's die ik persoonlijk ken en zij hebben daar geen covid test genomen. Zij heeft mij dan een bericht gestuurd 'ik heb je patiënte gezien en ik heb ze niet laten opnemen, vind je dat erg?'. Ik heb dan gevraagd of ze ook covid test afgenomen, want ik heb ze niet alleen doorverwezen voor haar rug, maar ook omdat ik vermoed dat het een covidpneumonie zou zijn. En zij zei 'neen'. Terwijl de saturatie op dat moment niet super was. Dat was op dat moment 91, bij haar was dat standaard ook altijd 92. Ik was dan zelf terug op huisbezoek geweest en dan zelf een covid test gedaan en dat was wel positief.

HA2: En wat zeg je van die saturatie?

HA3: Volgens mijn collega was haar saturatie wel ok, haar CRP was ok, want ze doen standaard bloedafnamen op spoed. En ze hebben geen reden, maar ze hebben toch geen covid test gedaan. En ze hebben mijn briefje ook niet goed gelezen. Dat was eigenlijk

miscommunicatie, want ik heb dit ook op mijn briefje gezet, dus daarmee dat ik op dat moment geen covidtest had afgenomen, maar zij hadden dat dan ook niet gedaan, terwijl die patiënte wel covid positief was. En zij was morbide obees en had allerlij risicofactoren, dus dat was ook iets dat soms onze verwijsbrieven niet worden gelezen op spoed of bij de specialist. Ik heb dit al een 2-3 keer meegemaakt dat mijn brief niet werd gelezen.

Ik: En dat er ook niet teruggekoppeld wordt naar je eigen bevindingen en zaken die jou wou uitsluiten of aantonen en die niet onderzocht zijn geweest.

HA3: Ja, want hier gaat het eigenlijk voor een covid test. Maar ik had ook eens een patiënt gestuurd met een H pylori die resistent was voor gastroscopie. Ze hebben gastrocopie gepland, maar ze hebben mijn briefje nooit gelezen dat ik haar 2x behandeld had met antibiotica en bismuth therapie. En dan hebben ze opnieuw dezelfde therapie vastgesteld, terwijl mijn vraag was om resistentie na te checken tijdens gastroscopie en toen ik had teruggebeld vertelden ze dat de patiënt opnieuw moest langskomen om een nieuwe gastroscopie te doen en kweek te bepalen. Die patiënt was afkomstig van Afghanistan en daar is antibioticaresistentie een veelvoorkomend probleem. Maar die patiënte wou niet opnieuw een gastroscopie. Dus ik vind dat niet echt ok, dat ze mijn brief niet gelezen hebben. Anders moet ik telkens opnieuw bellen voor elke patiënt naar de specialist als ik een verwijsbrief meegeef.

HA2: Dat is ook wel heel herkenbaar he, dat we dan proberen een geïndividualiseerde brief te schrijven en dat er op een af andere manier niet direct een antwoord komt op de vraag die we stellen of dat je een brief terugkrijgt die een soort van kopiebrief is en niet heel geïndividualiseerd is op de patiënt en zijn problematiek zelf he.
Ook herkenbaar.

HA1: Ja.

HA2: Met wat heeft dat dan te maken? Ok, met moeilijke communicatie, maar op welk niveau zit dat dan?

HA3: Eigenlijk, in mijn casussen was het extra moeilijk omdat dat de patiënten zelf ook niet konden geven, die waren anderstalig, allemaal.

HA2: Kwetsbare mensen, minder mondige mensen, ja.

HA3: En daarmee heb ik extra input gedaan als een verwijsbrief te schrijven, en zij hebben dat nooit gelezen. Op spoed lezen ze dat bijna altijd. Als ik mijn stage heb gedaan werd dit meestal wel gelezen.

HA2: Meestal wordt de brief ook ingescand he, de brief die je meegeeft.
Beetje op niveau van attitude? Want ja, je kunt gij nog heel goed communiceren en heel goed verwijzen, maar natuurlijk als de persoon die dat krijgt die brief niet leest, daar sta je machteloos tegenover.

HA3: Ja, en ook die patiënte met haar rugpijn, zij hebben gefocust vooral op de rugpijn, en een MRI gepland en ja niets over de verkoudheid en ook, zij hebben een bloedafname gedaan, maar geen covid test genomen.

HA2: En je had ze nochtans de pap in de mond gegeven.
Dus dat is bewijs dat de wereld niet af is en dat er blijvend aan de boom geschud wordt, zodanig dat we toch wat kwaliteitsverbetering krijgen.
Zo je nog iets willen toevoegen?

HA3: Niet direct. Ja voor deze 2 gevallen zijn er zelf teruggebeld geweest naar de specialist voor terugkoppeling. Ik heb toch een briefje meegegeven, maar voor de rest niets verder.

HA2: Nee, je kan maar hopen dat iets mee gebeurd is, want ook dat is kwaliteitsverbetering he. Als we dat als bedreigend zien, dan gebeurt er niets. Maar als we dat gewoon zien als een kans om de volgende keer de brief wel te lezen, dan is dat opnieuw een stap vooruit he.

HA3: Met die patiënt van gastroscopie vond ik dat wel jammer dat ze nooit meer gastroscopie en die klachten beleven.

HA2: En is dat invloedbaar dat iemand zegt van ‘sorry, geen 2de of 3de keer een gastroscopie?

HA3: Ja, meeste mensen vinden dat lastig, die proceduren van een gastroscopie.

HA2: Het is een onaangenaam onderzoek he. Ok, dus de patiënte heeft in dit geval geen ongelijk.

HA3: Huhhuh, nee inderdaad.

Ik: Ok, en bij die gastroscopie, hoe gaat het dan verder met die patiënt? Werd die dan verder opgevolgd zonder gastroscopie, of komt die nog verder bij jou? Hoe ging die behandeling?

HA3: Ik heb dan teruggebeld naar de gastro-enteroloog om te vragen wat ze moet doen na de gefaalde behandeling. En dat was ook mijn vraag daar. En hij heeft gezegd dezelfde medicatie opnieuw eens geven en terugsturen naar ons, we gaan dat dan verder bepalen. Maar die medicatie was ook duur. Ik denk dat was zeker 70 euro, dus de patiënte wou dat niet kopen. Dus we hebben dan met gewone antibiotica nog eens geprobeerd. Maar dat helpt eigenlijk, en die klacht komt terug.

HA2: En ben je zeker dat die patiënt zijn antibiotica neemt?

HA3: Ja, want wij geven dat via de verpleegsters. Dus zij komt dit dan halen. Dus daarmee.

HA2: Want ik stel de vraag omdat de compliance niet altijd zo groot is omwille van het feit dat die behandeling niet altijd goed verdragen wordt he. Dat is zo een mic mac van antibiotica die niet altijd zo aangenaam is voor mensen.

HA3: Ja, maar bij deze, de patiënte komt dan naar de praktijk om haar medicatie af te halen. Wij hebben hier op de praktijk een project met een soort van medicatiedoos, dus soms maken we de medicatiedoos klaar, soms komt de patiënt voor de medicatie op te halen. Daarmee proberen we de compliance bij kwetsbare patiënten, anderstaligen en niet goed begrijpen te vergroten.

HA2: Ok.
Ik ben een beetje luidop aan het denken, maar als we gaan naar een oplossing rond communicatie zou eigenlijk bij iemand die verbaal minder sterk is, de community health worker een rol kunnen spelen. Er zijn een aantal mensen opgeleid in het Gentse om mee te gaan met kwetsbare patiënten, bvb naar de specialist, om daar als het ware een stukje de advocaat van de duivel te spelen. En de vragen nog eens te stellen die ook in de brief staan.

Ik: En zouden ze dan ook voor een betere communicatie tussen de patiënt en de specialist zorgen zodat ze beter begrepen worden?

HA2: Ja he, en dan heb je ook echt wel, of toch dat is de bedoeling, de vertaalslag van waar de patiënt zelf mee zit in beide richtingen. En ook de instructies die gegeven worden, dat die

niet alleen bij de huisarts of bij de verpleegkundigen maar ook bij de patiënt verstaanbaar zijn he.

Ik: Ja, zeker. Dankuwel. Misschien kan jij nog een casus voorbrengen?

HA2: Ja, ik heb een verhaal dat nu lopende is van eigenlijk pogingen tot goede communicatie die toch moeilijk blijven tussen de eerste lijn in het ziekenhuis. Dat gaaf over een ethische casus bij een jongeman van 40 die geboren met cerebral palsy, die dus hersenverlamming heeft. En die de ene lage luchtweginfectie na de andere doet met soms ook nood tot opname op IZ en dan derde of vierde lijns antibiotica om samen met, niet die jongen want hij is niet wilsbekwaam, maar met zijn mama en papa en het ziekenhuis tot een soort van vroegtijdige zorg te komen. Dus dat je op papier, als die jongen terug op spoed komt, dat je op papier hebt waarin alle partijen zich kunnen vinden. En dat is heel moeilijk om dat er daar heel veel partijen in zijn betrokken. Dus mama en papa zijn daarin betrokken, ik ben daarin betrokken als huisarts, in het ziekenhuis zelf, het gaat hem om een groot ziekenhuis, is IZ betrokken en pneumologie betrokken. En dan moet ik die mensen op dezelfde golflengte krijgen, dus een zeer moeilijk verhaal waar we nu al weken mee bezig zijn en waar dat uiteindelijk dachten we een kleine doorbraak was doordat we gevraagd hadden aan het diensthoofd van palliatieve zorg om te bemiddelen. Dus het diensthoofd van palliatieve zorg in het ziekenhuis zelf en is er een lang gesprek geweest waar ik bij was, waar mama en papa bij waren en waar ook de patiënt zelf bij was, in een rolstoel, weliswaar is dat iemand die totaal wilsonbekwaam is. Maar op dat moment was Intensieve en pneumo niet aanwezig waardoor we echt wel een aantal dingen duidelijk hebben kunnen maken, maar een knoop rond al dan niet een opname op intensieve zorgen is blijven liggen. En dan heeft de collega dat op zich genomen om dat op te nemen met intensieve zorgen en we zijn ondertussen 14 dagen verder en dat is nog altijd niet gefinaliseerd. En ondertussen is die jongen opnieuw opgenomen in het ziekenhuis. En dan is het groot spel want de specialist zegt ‘wat is dat, er moest iets op papier staan en het staat nog altijd niet op papier’. En dan denk je ‘ja jongens’.

Ik: en hoe verloopt die communicatie, is dat telefonisch of is dat via verslaggeving?

HA2: ik heb mezelf vrijgemaakt. Ik heb gezegd ik denk dat we rond de tafel moeten zitten, live. En ik ben naar het ziekenhuis gegaan. Mama en papa zijn met die jongen, op het moment dat hij goed was, ook naar het ziekenhuis gegaan. Ik denk dat dat onmogelijk is omdat via telefoon of via teams gedaan te krijgen.

Ik: Ik denkt dat het in alle geval heel moeilijk geweest zou zijn.

HA2: Het was nu al heel moeilijk he. Omdat mensen zijn 40 jaar opgekomen voor die jongen en nu hebben ze zoiets van ‘ja we willen nog altijd opkomen’, maar de zorg heeft het gevoel dat we aan hardnekkige zorg beginnen doen. En de zorg zegt is dit wel zinvol en waarom doen we dat en omdat dan een klein beetje op dezelfde golflengte te krijgen, dat was niet gemakkelijk. En eigenlijk waren we bijna geland op een compromis dat we zeiden van ok, als jullie als ouders vinden dat uw zoon toch nog het recht heeft om op intensieve zorgen te verblijven dan willen we daarin meegaan als we dat verblijf mogen aflijnen in de tijd. Als we iets hebben van we kunnen 48 tot 72 uur op IZ ondersteunen en op IZ derde of vierde lijns antibiotica geven, maar als we dan zien dat het niet lukt, dan moeten we kunnen lossen. En dat gesprek hebben we gehad, maar het jammere was dat IZ niet aanwezig was, en de vertaalslag is dan moeten gebeuren naar IZ en dan heeft IZ daarin moeten beslissen en er is nog altijd geen beslissing.
Ja, en is dat slechte communicatie? Nee, iedereen heeft geweldig zijn best gedaan, maar het eigenlijke ei moet nog gelegd worden. En ik denk in deze dat je je ook niet moogt laten verleiden om in een soort van gevecht te komen, want dat wordt dan een gevecht tussen jullie als ouders willen dat en wij vinden dat overdreven. Eigenlijk is het IZ voor mij als je dat kan beperken in de tijd een soort van eerbaar compromis waarbij je dan toch nog weet dat als dat niet lukt, dat er dan echt gegaan wordt naar stervensbegeleiding, maar we hebben volgens mij die soort van omleiding, of omweg eventjes nodig om mama en papa zover te krijgen om hun jongen te kunnen loslaten. En dat was moeilijk, moeilijk, moeilijk. Omdat sommige collega’s helemaal vastzitten in hun eigen gelijk en per se willen dat het is zoals zij denken ‘geen IZ niet meer’.

Ik: en wat is uw rol dan voornamelijk als huisarts in het hele plaatje? De bemiddelaar?

HA2: Een soort van bemiddelende rol he, een soort van buffer tegen, tussen mama en papa die soms ook denk ik wel onredelijke eisen stellen en anderzijds het ziekenhuis die de onredelijke eisen als bedreigend ervaren. Terwijl ik denk dat die mensen het heel goed voor hebben en het ook goed voor hebben met de hulpverlening als zij een rationale zien. Zij moeten niet per se gelijk krijgen. Ik denk dat zij ergens kunnen landen in een compromis. En dus we zijn nu 14 dagen verder en dat compromis is er nog altijd niet, dus die jongen ligt nu opnieuw in het ziekenhuis en het is ambras. En het was te voorkomen.

Ik: Het is natuurlijk wel heel veel partijen die erbij betrokken zijn. Ik hoor de familie, gij als huisarts, de pneumoloog, en

HA2: Ja, en uiteindelijk een zeer goed gesprek met degenen die als bemiddelaar heeft opgetreden, zijnde het diensthoofd van palliatieve zorgen, dat was een schitterend gesprek, waar dat er ook echt ook heel veel dingen besproken kunnen zijn en waarvan ik als huisarts vind, van kijk, die mensen hebben ongelooflijke stappen in jullie richting gezet. Maar er gaat een stapje van jullie moeten komen, en ja, ik kan natuurlijk ook niet verplichten he.

Ik: En bij de bespreking was de intensivist er niet bij?

HA2: Nee

Ik: En de pneumoloog?

HA2: Ook niet.

Ik: Dat is natuurlijk ook wel… En was dat niet afgesproken?

HA2: Het ding was dat palliatieve, dus dat gesprek rond einde leven en vroegtijdige zorgplanning op zich ging nemen en dat ging vertalen naar andere diensten. Dat heeft die collega ook gedaan he, maar de andere diensten willen daar ook nog even hun zeg over.
Soms denk ik dat de ego's te groot zijn.

Ik: Daar ga ik niet te veel over uitweiden.

*Lachen

HA2: En de rol als huisarts is toch dat je ziet wat er echt ook aan goede wil is, bij ook die mensen, die natuurlijk de lat zeer hoog leggen, maar die eigenlijk wel opgeschoven zijn. En je probeert dat dan te tonen aan de derde lijn en die hebben dat blijkbaar nog altijd moeilijk om dat te zien.

Ik: En hoe denk je dat dat dan ideaal verlopen zou kunnen zijn?

HA2: Best was dat op dat gesprek zelf dat we dat helemaal hadden kunnen landen he. Doordat er op zijn minst iemand van IZ aanwezig was he. Want nu is de vertaalslag en willen ze daar IZ nog eens op staf brengen. Dat is allemaal te begrijpen he, maar dan verliezen ze toch wel echt veel tijd.

Dat is ook beetje de machteloosheid he collega, zij lezen uw brief niet en naar mij hebben ze even geluisterd, maar ik ben absoluut niet zeker dat ze met mijn argumenten rekening gaan houden.

HA3: Ja dat is waar.

HA2: Ja he, en dat is ook normaal he. In het ziekenhuis is er nog altijd de goeie wil om te doen zoals zij denken dat het ok is, en dat is ok. Dat is hun wereld waar dat wij gelukkig niet verantwoordelijk voor zijn, maar om die link en die verbinding te blijven vinden is niet gemakkelijk.

HA3: Ja dat is waar.

HA2: Dus het zou kunnen dat als jij naar die radioloog zou bellen dat hij zou zeggen 'ja maar ja collega, het staat erin he, je hebt erover gelezen he'.

HA1: Maar ik heb in principe er niet over gelezen. (knipoogt)
HA2: Neeneenee, dus in die zin heb je gelijk dat u collega moet bellen. Het is ook best dat de betrokken partij zelf contact neemt. Mijn casus is ook zo, als intensieve daarbij was, hadden we kunnen landen op het moment dat we dat gesprek hadden. Want we hebben echt kunnen spreken over wat gaan jullie doen als jullie zoon komt te overlijden. Allez, dat is echt een moeilijk gesrpek geweest, waar dat die mensen toegelaten hebben, wat ik super vind.
Moeilijk.

Ik: En tot de beslissing om naar het ziekenhuis te gaan (voor gesprek) was waarschijnlijk ook niet gemakkelijk?

HA2: Nee, dat was niet moeilijk. Er waren zodanig veel echo's die ook in brieven duidelijk waren dat het ziekenhuis zich bij wijze van spreken boos begon te maken over het feit dat die persoon opnieuw op spoedopname stond.

Ik: Dus er moest wel eens een duidelijk gesprek komen

HA2: En dan is mijn ding altijd dat het jammer genoeg is dat Mozes naar de berg gaat en niet de berg naar Mozes. Ik denk, weet je wat 'komen jullie van intensieve zorg en palliatieve zorg en kom eens bij mij, we zullen wij hier met een koekje en koffie een goed overleg hebben, maar nee, het is de huisarts die naar daar mag ketsen.' Maar ok, daar leren we mee leven.

HA3: Ja

HA2: De berg die naar Mozes komt, dat gebeurt niet zo vaak. Soms wel he, we hebben eens een neuroloog zover gekregen dat ze naar huis kwam.

Ik: Is dat echt?

HA2: Ja, de casuistiek, dat gaat ook over communicatie. Over een dame die echt in de buitenbaan leefde, een poezenmadam, met 30 poezen, helemaal vervuild, maar heel slimme vrouw en die toch een neurologisch beeld deed, waarvan ik dacht is dat nu Parkinson of niet. Die vrouw was absoluut niet te verwijzen en dan zei een andere neuroloog 'weet je wat collega, ik zal daar eens passeren'. Schitterend toch, schitterend he. Dat gaat ook over communicatie en over het slechten van de muren tussen de derde en eerste lijn. Of de tweede en eerste lijn. En we hebben die dan wel die mevrouw laten zien bij haar zus, want haar eigen woonst was dan onbewoonbaar.

HA1: Eigenlijk dus een huisbezoek van de neuroloog. Allez jong!

HA2: Soms zijn er kleine overwinningen, en het is met die kleine overwinningen dat we ons rechthouden, dat we tevreden moeten zijn.
Want meestal was de uitleg: 'we kunnen dat niet factureren, we hebben daar geen nummer voor'. En dan denk je 'godverdomme'. Ok.

Ik: Ok, goed, heeft er iemand nog andere casussen rond communicatie die ze naar voren willen brengen?
Of ronden we af? We zijn ondertussen al 50 minuten bezig, dus toch al mooi ons best gedaan. Alleszins bedankt voor jullie moeite en de leuke discussie en dan ga ik het hier bij houden en ga ik hier mijn opname stopzetten.

Focusgroep 08/12/2022

Legende
HA1: Herman
HA2: Carolien
HA3: An-Sofie

Ik: Goed, dus alvast bedankt om tijd vrij te maken en te willen deelnemen aan deze focusgroep. Voor we beginnen wil ik nog even de bedoeling van het onderzoek en deze focusgroep uitleggen. Mijn masterproef kadert binnen het project van de Huisartsvereniging Gent om de communicatie te verbeteren tussen de ziekenhuizen en de huisartsen. Voor deze masterproef ligt de focus voornamelijk om de communicatie te verbeteren van de specialist naar de huisarts. Bedoeling van deze focusgroep is dan om aan de hand van casussen waar de communicatie, verslaggeving, enzoverder is misgelopen, en om daarrond te filosoferen en discussiëren waar dat het is misgelopen, wat er beter kan, wat er wel al goed, en of er al ideeën zijn om die verslaggeving of de communicatie te verbeteren. Het is een focusgroep, bedoeling is dat ik zo min mogelijk moet tussenkomen als moderator, dus stel gerust elkaar maar veel vragen. Moesten er teveel vragen zijn, breng ik jullie wel terug op het goede pad.

HA1: Of als we elkaar in de haren vliegen.

Ik: Of als ik eventueel bijkomende vragen stel, dat alles een beetje afgebakend blijft. Ok? Voor we van start gaan met de casussen stel ik nog eens de vraag of het ok is als we deze focusgroep opnemen. Is dit ok voor iedereen? Dus de audio, niet in film. Alles wordt ook geanonimiseerd.
Dan gaan we nu van start met de casussen. Iemand die wil beginnen met zijn casus?

HA1: ik wil wel beginnen, ik heb eens een aanvaring gehad met een collega spoedarts, een aantal jaar geleden, waarbij dat ik in het rustoord iemand gezien had, die blijkbaar gevallen was. Iemand die nog weinig zelfredzaam was, en ook geen eigen vervoer meer had en ze werd daar. Ik zei in het rustoord, nee het was in een serviceflat dat ze zat. En in de serviceflat werd ze soms door haar buurvrouw geholpen om uit bed te komen want ze kon uiteindelijk niet meer steunen. Ik had haar onderzocht. Interne en externe rotatie van de heup was normaal, maar ze had geweldig veel pijn en ik dacht direct ‘het zal waarschijnlijk iets van haar bekken zijn.’ Ik schrijf ook zo een briefje voor naar de spoed. Dus ze moet dan met het ziekenvervoer naar het ziekenhuis, ze komt in het ziekenhuis toe en het was

blijkbaar druk op spoedgevallen toen en de spoedarts had dan gewoon; ik had nochtans genoteerd dat aan de heup niets te merken was, hij had dan gewoon gezegd ‘geen heupfractuur, ze mag terug naar haar serviceflat.’ ’s Anderendaags had ik dan gebeld uiteindelijk, dat werd altijd maar erger. Heb ik gebeld met de geriater en hebben ze rechtstreeks op geriatrie laten opnemen. Ook nog eens gebeld met de spoedarts en dat uit de doeken gedaan en ik kreeg daar toch wel geen antwoord die ertoe deed. In het ziekenhuis die dag dan een CT-scan genomen van haar bekken en haar bekken was gebroken en vandaar dat ze niet kon steunen en dan is ze opgenomen geweest. Die had dan 2 keer vervoer en ik vond dat echt niet kunnen. Dat was iemand die het al niet breed had, die moest dat vervoer 2x naar het ziekenhuis betalen, heen en terug. Dat is niet zo evident als mensen zelf niet naar het ziekenhuis kunnen. En dan heb ik trouwens omdat die spoedarts wat uit de hoogte deed, het was precies... Ik legde dan uit, uiteindelijk dat dat voor dat mens financieel zwaar was. Ik heb dan ook klacht neergelegd, eerst via de ombudsman te regelen en dan bij de ziekenhuisdirecteur klacht neergelegd, maar daar is nooit iets van gekomen.
Ze hebben er niet op ingegaan, maar dat was niet mijn beste vriend/collega. Hoewel ik had hem duidelijk een bericht gestuurd wat er aan de hand was, ik schrijf niet mooi, het kon zijn dat hij het niet kon lezen, maar allez.

HA2: Ik denk dat dat vaak het probleem is he, dat die briefkes naar spoed verloren gaan en dat het niet gelezen wordt, of dat het verloren is gegaan en dat ons eigenlijk, ons klinisch onderzoek. Ik heb het ook al vaak gehad ze, ik schrijf dan alles op en ik vraag een DD en dat dan enkel 1 ding nagekeken is geweest en de rest van mijn DD gewoon. Dan denk ik, daarvoor heb ik u niet doorverwezen naar spoed, want ik heb geen antwoord.

HA3: Ja inderdaad.

HA1: Als je een verwijsbrief maakt, je typt dat uit, je maakt een uitgebreide verwijsbrief met de voorgeschiedenis met de actuele bevindingen en vermoedelijke diagnose en je vraagt dan bevestiging en eventueel ook technische onderzoeken. Maar dat er dan niet direct op ingegaan wordt, dat is wel spijtig dat dat regelmatig misloopt. Hoewel dat de communicatie hier met ons lokaal ziekenhuis meestal goed verloopt. We nemen de telefoon op en we krijgen nog rap iemand van de specialisten aan de lijn, maar met sommige spoedartsen lukt dat toch wel moeilijk. Of als je zegt ik bel op voorhand en je vraagt ze aan de telefoon, dan lukt dat meestal wel, maar het gaat niet met iedereen zo. Het is, sommigen doen dan wat uit de hoogte, je zal het wel weten zeker, de manier waarop. En soms ja, zo een situatie, toen

was ik kwaad. Ik vond dat dat niet kon, dat ze een mens die op de sukkel is, en financieel kon ze haar ook niet zomaar.
Ik heb dan ook klacht neergelegd omdat ik geen afdoend antwoord kreeg, maar ja, dat haalt ook niets uit he.

HA3: Ik denk inderdaad dat het soms naast elkaar werken is, je doet u best om een brief op te stellen en hij wordt door sommige collega's gelezen, maar niet door iedereen he. En dan is dat jammer dat je dan, want vaak zaken uit de voorgeschiedenis of medicatie zijn vaak wel relevant.

HA1: Ja, wat dan soms gebeurt, is dat men een uitgebreide brief meegeeft en dan bijvoorbeeld komen ze op geriatrie en dan is het belangrijk toch dat ze een beetje weten van de voorgeschiedenis. Dat ze ons opbellen van geriatrie van 'hoe zit dat met die patiënt?'. Die brief is er dan niet meer, ze hebben die gelezen, of niet gehad op geriatrie, wat soms niet kan he. En het is dan toch vooral met bepaalde spoedartsen dat we die problemen hebben. En als we rechtstreeks naar de specialist sturen op consult, dan krijg je meestal toch wel, die lezen dat dan wel, dat is anders.

HA2: Dat is meer afhankelijk van ziekenhuis tot ziekenhuis.

HA1: Ja tuurlijk!

HA2: Want Geraardsbergen is daar wel heel goed in, maar OLV is daarin een stuk minder.

HA1: Ja dat is juist, het is afhankelijk van ziekenhuis tot ziekenhuis en wat dat ook een nadeel is, is dat bij bepaalde ziekenhuizen het langer duurt voordat je een brief krijgt of dat je iets ziet. Bijvoorbeeld op spoed in Geraardsbergen ga je meestal binnen de 24uur een verslag krijgen van de spoedarts en dan zie je toch al iets, ok de patiënt is opgenomen, patiënt heeft die of die medicatie. Wat dat in OLV niet is, soms is het 3 dagen eer dat je iets krijgt, of dat de patiënt al overleden is. En bij sommige kan het zelfs weken duren eer dat je een brief krijgt, en dat kan niet.

HA3: Ja, en dan vind ik psychiatrie daar ook wel een heel uitgesproken discipline in. Daar, daar leunt mijn laatste casus bij aan. Maar in het algemeen vind ik dat we van psychiatrie gewoon te weinig feedback krijgen en feedback krijgen, terwijl dat net heel belangrijke dingen zijn om te weten, ook vaak heel belangrijke switches in medicatie die we gewoon nooit te weten komen.

HA1: Dat is toch belangrijk dat we dat weten he.

HA3: En als we dan al psychiater gewoon willen telefoon pakken en hem opbellen is dat vaak ook heel moeilijk om dat ze ook vaak in gesprek zijn.

HA1: Je krijgt ze niet vast.

HA3: Dus dat vind ik wel dat daar ook een heel grote verbetering in kan gebeuren naar de communicatie naar de huisarts toe. Want ik had overlaatst bijvoorbeeld een patiënt die voor de eerste keer in onze praktijk kwam en die. Ik had de vorige huisarts aan de lijn gehad en die stond al heel lang onder Subutex, dat is zo voor heroïnegebruik, zo gelijk methadon substitutie. Wat toch heel zware medicatie is. En hij zou naar eigen zeggen in begeleiding zijn bij een psychiater maar ik vond daar helemaal niets van terug, maar dat is wel belangrijk om te weten.

HA1: Tuurlijk.

HA3: en ik heb dan de psychiater uiteindelijk telefonisch te pakken gekregen en dan zegt hij ‘ah ja, oei mijn brief stond nog niet, nog klaar om te verzenden’, maar dat was al maanden geleden dat die patiënt was langs geweest. Ja, dan mis je heel veel informatie, ik wist niet. Uiteindelijk bleek die psychiater niet op de hoogte te zijn van die Subutex inname, maar kwam hij daar voor iets helemaal anders. Maar dat is ook relevant om te weten waarvoor hij juist bij de psychiater kwam dan. Dus dat vond ik dan wel jammer, mijn communicatie telefonisch was dan wel heel, hij was wel heel open en bereid om mijn vragen te beantwoorden, maar die brief had al lang verstuurd moeten geweest zijn, dus dat vond ik wel jammer. Dus dat valt mij wel het meeste op bij psychiatrie.

HA1: In bepaalde disciplines krijg je de brief heel snel. En ik begrijp dat bij psychiaters dat dat soms niet zo evident is, ze hebben ook veel workload en het is een lange wachttijd. En als ze een uitgebreide brief schrijven, vraagt dat ook wel een beetje tijd als er antecedenten in staan. Maar de medicatie zou er toch moeten kennen.
HA3: Awel, ik wou net zeggen der kan toch wel een kort besluit of een medicatieswitch.

HA1: Of sowieso kunnen ze een kort briefje geven aan de patiënt dat je iets hebt. Bepaalde disciplines weet je snel iets van, soms al de dag zelf. Bijvoorbeeld de neuroloog krijg je dat heel snel. En dat je de dag zelf nog iets weet. Ok, ik begrijp dat dat niet altijd kan, maar

binnen de paar dagen moet je wel. Als er iemand ontslagen wordt na een opname, moet je toch iets weten als ze thuiskomen, want je ziet de patiënt als ze thuiskomen.

HA3: Ook bij psychiatrie, je weet niet altijd wat je kan geloven van de patiënten vaak.

HA1: Ah voila, tis da!

HA3: En dat is vaak, als zij komen vragen achter benzo's. Dat zijn dingen die je niet graag zomaar meegeeft, zonder dat je weet dat dat besproken is met iemand.

HA1: Voila, is dat werkelijk besproken door de psychaiter of niet.

HA3: en zo kom je soms in discussie met de patiënt als je dat niet direct wil meegeven. En hij zegt daar krijg ik het wel. Dat zorgt voor moeilijkheden die er eigenlijk niet hoeven te zijn als er een vlotte communicatie zou zijn.
Dus ja, dat vind ik een heel groot nadeel.

HA1: Ook bij opnames van interne bijvoorbeeld, zeker in het OLV duurt het een tijdje tegen dat we een brief hebben. Ze zijn al ontslagen en er zijn een heleboel veranderingen in medicatie. Over het algemeen hebben ze een lijstje mee, maar het gebeurt ook tegenwoordig een zekere slordigheid dat een assistent iets maakt, maar dat het niet klopt met wat ze moeten nemen. Dat het niet meer overeen komt en als je dan achteraf de brief krijgt, het totale verslag, dat er dan toch wel een misverstand is. Er wordt eigenlijk scrupuleus mee omgegaan vind ik. Het is wel belangrijk, ontslagmedicatie, je moet toch weten.

Ik: Zeker!

HA2: Awel ik had zo een casus van iemand die onstlagen was vanuit het ziekenhuis, een bepaald ziekenhuis, het OLV dan. En die had niets van brief en is ondertussen al een week dat die ontslagen was, en ik wist niet waarvoor. Ik wist dat ze een pneumonie had, een bilaterale pneumonie, maar niet wat voor een. Het bleek dan een virale te zijn. Die mens was dan aan het desatureren, dus ik wou die terug naar het ziekenhuis sturen, hij had ook CLL enzo. Dus ik wou die terug naar het ziekenhuis sturen, maar ik had niets van brief dus ik wist niet wat de bedoeling was. Dus dan heb ik ook moeten bellen naar de specialist waarbij dat hij opgenomen was, maar dat was dan ook weer moeilijk omdat je die via het secretariaat niet te pakken krijgt en ik vind dat wel een beetje, dat is toch een werkpunt. Zeker als ze op ontslag gaan, dat je een brief meegeeft. En ik heb nog altijd geen brief gekregen, en dat is al

een week geleden. Het bleek dan een virale pneumonie, dus we konden eigenlijk geen medicatie, allez geen antibiotica op zetten. Het was dan gewoon symptoomcontrole, maar voor hetzelfde geld had ik die gewoon opnieuw binnengestuurd zonder dat dat nodig was voor die patiënt, maar ja als je niets van achtergrond hebt.

HA3: Ja, nee tuurlijk.

HA2: Ja, dat vond ik wel soms, ook omdat ze moeilijker te bereiken zijn. Dat zou ook al een voordeel zijn, als ze hun nummers, als ze hun persoonlijke nummers hebben waardat we ze kunnen bereiken.

HA1: Ja, we hebben nog van Zottegem vorige week een lijst gekregen met persoonlijk nummer van alle collega's dat we ze zo kunnen bereiken. En dat is wel handig dat je rechtstreeks de specialist kunt bereiken. Want als je dan via de receptie en dan weer secretariaat en dan pas. Allez, op den duur hangt je een hele tijd aan de lijn.

HA3: Ja, zeker op de spitsuren kan dat een hele tijd duren.

HA1: Voila, ook zo als ze u bvb vragen, de patiënt: 'maak eens een afspraak in het UZ voor het een of ander'. Dan kun je soms een halve dag aan het telefoon hangen. "U bent de eerstvolgende patient" hoor je dan, maar je kan dan nog een uur of 2 aan telefoon hangen. Dat is toch wel…

HA2: Dat zou toch wel al gemakkelijk zijn.

HA1: Het is dan toch wel beter dat wij als huisarts het rechtsreeks nummer hebben en van bepaalde disciplines hebben we dat we rechtsreeks kunnen bellen of rapper een afspraak kunnen maken, voor cardiologie bvb in Aalst is er ook zo een rechtsreeks nummer, van het OLV he?

HA2: Ja

HA1: Waarbij dat je de cardioloog van wacht altijd direct kunt hebben, op gsm. Dat is ook wel handig als er iets is, of als je een keer wilt overleggen.

HA3: Ja, dat is waar.

HA1: Dat zijn toch een aantal initiatieven die communicatie vlotter maken, maar soms loopt het nog stroef.

Ik: En dan eventjes terug inpikken op die eerste casus, je bent dan om die miscommunicatie aan te kaarten ben je eerst naar de ombusdienst gestapt?

HA1: Nee, ik heb het verhaal, het is al een tijdje geleden. Ik heb het niet meer correct gereproduceerd. Ik heb eerst en vooral naar hem gebeld, en van hem kreeg ik geen duidelijk antwoord. Dan heb ik een collega van hem, die ik goed ken van het ziekenhuis aangesproken die eigenlijk ook voor een stuk de ombudsdienst daar deed, en ik ken die goed. En die zei ‘ja als er niet verder op ingaat, beter via de ziekenhuisdirecteur’ en ik heb dat gedaan.

Ik: En heb je daar dan nog iets van gehoord?

HA1: Nee, de ziekenhuisdirecteur heeft nooit gereageerd, nooit een reactie op. Ondertussen is die mens spijtig genoeg overleden, dat heeft er niets mee te maken, maar kom. Dat was toch wel iets dat mij altijd bijgebleven is. Vooral omdat dat weinig mondige mensen waren in een zwakke situatie. En als je die zo aan het lijntje houdt, daar kan ik niet tegen. Dan word ik kwaad.
Ok, mensen die mondig zijn en voor zichzelf kunnen opkomen, maar als het dan al iets oudere mensen, soms weinig geschoold, of weinig ter taal, als ze die dan zo behandelen, want ja ze zouden met iedereen iets doen. Moest dat iemand mondig zijn, ik kan hier direct voorbeelden geven in ons praktijk, met die zouden ze het zeker niet doen en terugsturen. Dus dat, vooral dan het feit dat ze zwak stonden en dat is in onze maatschappij hoe langer hoe meer he. Als je niet goed ter taal zijt, of niet goed kunnen verdedigen, of niet goed met de computer werken, val je al snel eens tussen de plooien . Want veel andere mensen hadden misschien al zelf een email gestuurd en gereageerd hebben. Maar ik heb gezegd tegen die mevrouw, ik ga reageren voor u. Omdat ze zelf dat niet kon, of haar familie ook niet direct, maar ik vond dat ik dat moest doen, mijn verantwoordelijkheid opnemen.

IK: En dan die communicatie tussen de spoedarts en uzelf, hoe is die dan verlopen? Je hebt verslaggeving gekregen van het spoedverslag dan?

HA1: Ik had een verslagje gekregen waarin dat stond Rx van de heup genomen, niets speciaals en terug naar huis gestuurd. Dat had ik gekregen, een briefje zo. Maar ik had gezegd ‘ik had haar binnen gestuurd omdat ik een vermoeden had van een bekkenfractuur

en ze hadden gewoon een RX genomen en niets daarop gezien. ’s Anderendaags heeft ze haar CT dan gehad op geriatrie en dan toch wel gezegd dat ik toch regelmatig mensen stuur naar het ziekenhuis. Ik zeg ‘ofwel moet ik hier niemand meer naar het ziekenhuis sturen, dan zullen ze het misschien ook op hun boterham krijgen als ik systematisch naar andere ziekenhuizen stuur. Daarmee dat ik toch wel veel mensen naar dat ziekenhuis stuur, en als ze mensen zo behandeld worden, daar kan ik niet tegen.

Ik: En je hebt dan ook die collega aan de lijn gehad?

HA1: Jajaja, ik heb die collega aan de lijn gehad, maar ja hij had misschien niet veel tijd of niet veel goesting, met nogal rap vanaf gemaakt ‘wuwuwu’. En hij heeft er niet veel op gereageerd of geen verontschuldigingen, of niet gezegd misschien beter een scanner gepakt. Ok, het kon heel druk geweest zijn, maar ja hij had er weinig. Het feit dat ik niet eens een serieus antwoord heb gehad, heeft gemaakt dat ik naar de ombudsdienst moest gaan. Ik heb dat dan ook gedaan. Ik heb dan een brief gestuurd naar de ziekenhuisdirecteur. Maar daar zal waarschijnlijk niet mee gebeurd zijn.

Ik: Dat is moeilijk te zeggen natuurlijk.

HA1: Volgens iemand die ik goed ken die daar ook in het beheer zit, niets mee gebeurd.
En die zei me dat ze regelmatig eens met spoedartsen conflicten hebben en dat die mensen zo precies hun eigen rijk hebben. En dat zij er soms ook in conflict mee waren, als ze orgaanspecialist, dus dat sommige weinig correct soms optraden en weinig verantwoording voor aflegden. Dat was het antwoord.
Is dat een antwoord op uw vraag?

Ik: Dat is een antwoord op mijn vraag, dankuwel .
En wat vond je dan dat er beter kon lopen in die communicatie tussen uzelf en dan de spoedartsen.

HA1: Ja, ik vond het vooral spijtig dat hij niet over zijn lippen kreeg dat ze toch beter een CT scan nog gedaan ook. Die mevrouw niet direct naar huis gestuurd, want ze komen met de ziekenwagen toe, met de ziekenwagen terug. En dan ’s anderendaags terug. Dat kon niet he. Misschien had hij een slechte dag, maar ja dan had hij moeten zeggen, ik had een slechte dag, ik heb dat verkeerd beoordeeld. Alle respect he, maar je moet kunnen toegeven als je ergens in de fout geweest zijt, of onzorgvoldig geweest zijt, het is niet dat ze op spoed meestal te weinig onderzoeken doen, maar toen wel. Ja, voila.

Ik: We hadden daarnet al eens gesproken over de verslaggeving die niet altijd toekomt, om terug bij jouw casus in te pikken. Misschien kan jij nog eens de casus volledig uit de doeken doen?

HA3: Awel ja, dat was een patiënt die voor de eerste keer bij ons kwam en ik kreeg telefoon van een Brusselse huisarts dat die patiënt bij ons was ingeschreven, maar dat hij terug bij haar stond voor medicatie dat ze schrik had die bij ons niet te kunnen krijgen, en dat ging dan om die subutex. En dan uitgelegd dat hij dat al vele jaren nam en dat hij daar stabiel onder was. Dat er ook geen bijgebruik was van heroine, dat dat onder controle was, maar dat hij die medicatie dus wel nodig had. Maar ja, dat is geen medcatie dat we alle dagen voorschrijven, dus ik wou ook wel dat die patiënt ook begeleid werd, maar dan ik heb ik die patiënt bij mij gezien en hij zei me dat hij bij de psychiater wel in opvolging was en enkele maanden geleden geweest was en volgende maand of binnen 2 maanden terug een afsrpaak had. Maar ik vond daar dus niets van terug in COZO en ja dan heb ik die pyschiater opgebeld en heb ik hem wel daarover kunnen, allez heeft hij mij alles uitgelegd wat dat hij in zijn computer kon zien van die patiënt. Maar dan zei hij ‘ja ik had nog niet op verzenden geduwd bij het verslag’, maar dat was al zeker, dat was al in juni ongeveer, bijna een half jaar geleden dat die patiënt daar geweest was. Dan is dat jammer, dan is er toch iets, dan loopt er toch iets mis met de communicatie, dat is niet dat dat een paar daagjes is blijven liggen. Terwijl ik vind dat dat wel belangrijke informatie is om te weten. En uiteindelijk aan de telefoon was die heel vriendelijk en heeft die mij ook verder geholpen, maar het was makkelijker geweest als ik het verslag op voorhand had kunnen lezen wat er met die patiënt was gebeurd, wat er onderzocht was al en wat nog niet. En wat hij van andere medicatie nog kreeg, want ik wist op dat moment nog niets van die patiënt, dus dan is het fijn om zo, allez. Dus ja en dat is niet de enige psychiatrische patiënt waar ik geen verslag van krijg, dat is wel iets dat terugkeert vind ik, en dat is wel jammer.

HA1: Dus soms stuur je iemand naar de psychiater, en de eerste keer sturen ze meestal een brief, soms niet. Zelfs als ze opgenomen geweest zijn, krijg je wel een brief, maar dan kan het zijn dat ze daar jaren in behandeling, en hun medicatie is veranderd en je krijgt er niets van verslag van bvb hun situatie is veranderd en daar weet je dan gewoon niets meer van. Dus dat is inderdaad wel spijtig, want onder andere voor bepaalde medicatie moet je weten: mogen ze dat nog nemen, wat nemen ze nog? Dat er geen interferentie is met andere medicatie.

HA3: Ja voilà, je stuurt ze ook naar de psychiater omdat het moeilijke medicatie is om elkaar te blijven combineren en als je dan niet de correcte lijst terugkrijgt, weet je het helemaal niet meer natuurlijk. Een patiënt kan zeggen wat hij wil, de meeste gaan eerlijk zijn, maar sommige gaan daar ook misbruik van maken en dan kan je het op geen enkele manier controleren, tenzij je de psychiater telefonisch te pakken krijgt. Maar dat is niet hoe het meest efficiënt is he?

HA2: Ja, ik ging het juist zeggen, dat is niet efficiënt he. Hoeveel werk je kan al besparen met een brief he, al is het maar: 'R/ idem verder' of dit verandert er.

HA1: Of een kleine nota. En ok, ik begrijp een uitgebreid verslag is moeilijk, want een psychiatrische patiënt, in bepaalde situaties waarin het evolueert, maar over de medicatie moeten we toch iets weten he.

HA3: Het verhaal kennen we vaak wel he, het is de conclusie en het beleid dat we zeker moeten weten.

HA1: En soms is dat ook zo, staat er ergens op dat het een strikt vertrouwelijk verslag is, de dingen die ze bij de pyschiater zeggen, zeggen ze alleen maar aan de psychiater en willen ze niet openbaar maken of niet zomaar in een dossier staan, dat begrijp ik. Maar de medicatie mag er toch in staan.

HA2: Eigenlijk zou het gewoon heel gemakkelijk zijn moesten de huisartsen en de ziekenhuisartsen eigenlijk gewoon een groot programma zouden hebben, zoals in het ziekenhuis waardat alle specialisten, zoals dat wij een programma hebben met alle contacten en dat de specialisten dat ook hebben en dat bij elk contact zogezegd, dat dat op een andere manier …

HA1: Dat bestaat in het ziekenhuis he.

HA2: In het ziekenhuis is dat, maar eigenlijk zouden de huisartsen daar ook in geïntegreerd moeten worden he. Dat we gewoon het dossier kan zien en zien die is daar geweest en daar is een nota. Dat zou wel gemakkelijk zijn.

HA1: Via de hubs kunnen we natuurlijk veel zaken zien, ook als patiënten. Dat zijn de brieven natuurlijk he, en de technische onderzoeken, maar als er geen brief is opgemaakt

staat het ook niet in de hubs. Dan kan je ook zien of ze van elders komen en dat is wel een grote vooruitgang.
Maar het zijn vooral bepaalde disciplines.

HA3: KWS.

HA2: KWS, bijvoorbeeld dat we in kws zouden geïntegreerd worden.

Ik: Of een algemeen groot systeem he, zoals je zei he. Dat er iets anders nog wordt uitgevonden.

HA1: In Frankrijk is het zo, hier heb je verschillende huisartsenpaketten, daar één pakket. In Frankrijk is er een huisartspakket, iedereen werkt met hetzelfde, dus je hebt dan geen problemen meer met de conversie en dergelijke. Dus iedereen werkt met hetzelfde, en nu zijn er al wat minder, maar er waren zoveel paketten en het is spijtig dat de overheid niet in het begin was opgetreden, in het begin van 1990 moeten optreden. Toen waren er nog niet zoveel praktijken geïnformatiseerd, maar van dan af een pakket voorzien voor alle huisartsen en ook voor de specialist. Natuurlijk, dat zeggen we nu nog altijd, als je een brief krijgt van specialist en er zijn een heleboel technische onderzoeken gebeurd, dat is vrije tekst. Uiteindelijk om erop te zoeken, wanneer heeft die nog een echocardiografie gehad of een echo van zijn hart, moet je in die brieven allemaal gaan zoeken, terwijl als je dat onder een item zet, gelijk dat de labo's ook zijn. Dat zijn bepaalde items en je zoekt onder de items en je vindt dat allemaal terug. En je ziet daar een grafiek of dergelijke, maar je kan ook perfect al die data terugzien.

HA2: Ik heb gezien dat ze nu ook doen, echocardio als een apart item.

HA1: Ahja.

HA2: Bij dr Hermans was dat, die had echocardio apart gezet.

HA1: En kan je daar dan op zoeken?

HA2: Zoals in de hubs echocardio en dan de gewone brief.

HA1: Aaaah dat is goed! Zo kan je dat apart zien. Ik heb indertijd veel brieven ingescand, en dan scande ik die totale brief in en plukte ik eruit 'dat is cardiologie, besluit van de

cardioloog, echo,… Allemaal die verschillende item. Nu doe ik dat al een tijdje niet meer, dat was allemaal te veel werk.

HA2: Dat is ook niet meer nodig he.

HA1: Dat is niet meer nodig. Maar we hebben altijd gezegd, maar waarom kan dat niet zoals in de labo's dat ze een bepaald item zetten? En dan kun je dat perfect. Als je iemand 20 of 25 jaar ziet en je moet iets gaan opzoeken van lang geleden, dat is niet evident.

HA3: Nee dat is waar.

Ik: Dus dat is eigenlijk dat je het gaat coderen?

HA1: Ja, zo dat je codeert he. Dus voor een bepaald item is dat een labo, al die zaken is met een unieke code dat ze werken voor elke test. En labo x of y, ze werken met dezelfde code. En als dat in het dossier komt, kan je daarop analyse doen, kan je dat zien. Natuurlijk nu is het weeral anders, ons labo, hier hebben we dus, op het labo zelf gaan zoeken met de uitslagen en niet in ons medisch dossier. Ik ben nog atlijd van gewoonte om in het dossier te gaan zoeken om te vergelijken, evolutie, bvb iemand zijn psa en kun je dat over 10 jaar zien hoe dat dat geëvolueerd is dat die bepaalde onderzoeken is dat wel interessant. Urologen vinden dat ook wel goed he.

Ik: En dan die verslaggeving van de psychiater bijvoorbeeld. Wanneer verwacht je dan eigenlijk een verslag van de specialist als de patiënt bij de specialist is geweest. Wanneer wil je dan eigenlijk idealiter, of wil nog wachten tot je een verslag krijgt?

HA2: Dat is afhankelijk waarvoor he.

HA3: Je bedoelt op welke termijn ik een verslag wens?

Ik: Ja

HA3: Liefst zo snel mogelijk natuurlijk he.

HA1: Ik zou bij ontslag toch al willen weten welke medicatie, en komt het verslag dan wat later, dat is niet erg. Maar toch wel welke medicatie.

HA3: En zeker bij veranderingen van beleid, van mij hoef je niet elk, het is misschien utopisch om na elke consultatie een brief te verwachten, maar zeker als er iets belangrijks wijzigt, is dat gewoon belangrijk om dat zo snel mogelijk te weten, omdat ze ook wel bij u komen voor een vervolgvoorschrift, ze komen misschien wel even toe, maar toch.

HA1: Ook dat ze komen marchanderen he, als ze veel benzo's of dergelijke pakken en dat ze nog extra komen vragen ook al hebben ze al voorschriften. Sommige komen ook met een excuus 'mijn hond heeft het opgegeten of ik ben ik het kwijt' en dan willen ze weer een voorschrift.

Ik: Dus de medicatie wil je eigenlijk al direct weten?

HA3: Ja.

Ik: En de rest van de verslaggeving? Bvb besluit, hoe lang wil je daar maximum op wachten, of wil je dat direct, natuurlijk liefst direct

HA2: Zolang de medicatie, als je dat al weet is dat wel het belangrijkste, en dan het besluit…

HA1: Wel het besluit, als dat binnen de week kan, zijn wij al heel tevreden.

HA2: Ja inderdaad.

HA3: Ja, ik had ook zoiets in mijn hoofd. Ik heb ook zoiets, na een week gaan ze dat toch ook. Ik vraag mij dan af, waar loopt het dan strop? Ik kan mij niet voorstellen dat die pas na een maand dat verslag maken, dat staat daar wel ergens in die computer, maar iemand moet daar gewoon nog de moeite doen om dat te versturen. Alles is zo elekronisch, ik vraag me gewoon af waarom dat zolag kan duren, want je gaat me niet vertellen dat die binnen een maand nog weten wat ze toen allemaal exact hebben verteld, dus het verslag moet op dat moment gemaakt zijn.

HA2: Maar misschien dat ze dat ook willen finaliseren.

HA1: Soms is het op dictafoon en dan wordt dat uitgetypt door de secretaresse en daar is een zekere wachttijd en moeten zij dat nog eens nalezen en elektronisch ondertekenen en dan wordt dat verstuurd. En natuurlijk is het beter als dat direct is.

HA3: Awel dat staat dan ergens als voorlopig verslag en dat moet dan nog gewoon gevalideerd en verzonden worden en dat is jammer dat dat ergens blijft steken.

HA2: Of ja als, bvb tijdens de consultatie met veel afkortingen en dat ze dat nog willen finaliseren, op die manier.

HA1: Ja, afkortingen, dat mogen ze niet te veel inzetten in hun verslag. Het is nu soms al in elke discipline gebruiken ze hoe langer hoe meer afkortingen dat je u afvraagt wat is dat nu weer?

HA3: Ja dat is waar.

Ik: En elk hun eigen afkortingen.

HA1: Elk hun eigen afkortingen!

Ik: Als soms bij cardiologie en orthopedie dezeflde afkortingen hebben, maar dat ze voor iets anders staat.

HA1: Inderdaad.

Ik: En bij die verslaggeving, wat lees je in het verslag?

HA2: Het besluit.

Ik: Lees je het hele verslag, lees je enkel het besluit?

HA2: Ik lees eigenlijk enkel het besluit, tenzij…

HA1: Wel je bekijkt alles eens diagonaal zijn er bepaalde onderzoeken gebeurd.

HA2: Maar meestal staat dat ook in het besluit.

HA1: Maar meestal staat dat in het besluit, de essentie staat in het besluit. Natuurlijk als het een uitgebreid verslag is van langdurige hospitalisatie, dan zijn er toch een aantal zaken die nog in de brief overloopt, heel snel. En dat besluit vind je meestal de essentie toch.

HA3: Zeker bij interne problematiek toch, daar zie je meestal al voldoende.

Ik: En ben je tevreden met de verslaggeving in briefvorm? Dus dat het verslag in vrije tekst wordt doorgestuurd, of denk je dat dit beter kan? Of dat je eventueel zelf ideeën hebt?

HA1: Dat is utopisch denk ik om te verwachten dat dat. Ik denk dat dat nog altijd vrije tekst gaat zijn. Het is nu al veel gemakkelijker dat we dat elektronisch binnenkrijgen, maar dat dat …

HA2: En heb jij dan voorstellen voor andere manieren voor die brief?

Ik: Nu onlangs heb je vanuit de huisartsen de eForms, die je kan invullen voor die covid testen in te vullen. Dan was dat via een eForm. Dat dan evt de verslaggeving via een eForm zal zijn. Dus dat er dan eignelijk staat bij anamnese dat je met code woorden werkt en dat je bepaalde zaken aanduidt en dat dat allemaal uniformer is. Dat dat makkelijker integreerbaar is, ook in het eigen dossier, ook makkelijker te lezen.

HA2: Ik denk dat dat de lay-out is die ik bedoelde dan met dan geïntegreerd worden in een gezamenlijk dossier eigenlijk. Dat dat dan is alsof wij een consultatie hebben en das dan uniform, anamnese dit, besluit dat. En dat specialisten hun consultaties ook zo zijn. En dat dat dan wel onmiddellijk wordt doorgestuurd.

HA1: Terwijl dat dat wel moeilijk is voor bepaalde disciplines is, als dat heel technisch is. Mensen moeten een gastroscopie of een coloscopie hebben met een besluit. En daar kun je natuurlijk een internistisch probleem dat ze moeten onderzoeken, kan dat heel uitgebreid zijn en moeilijk in een vorm te gieten. Maar zeker gastro-enterologen, dat is frequent dat ze alleen gastro en enkel coloscopie moeten doen en dat is wel gemakkelijk om dat uniform in een soort brief te plaatsten.

Ik: Dat heeft ook met software te maken, je kan daar wel integreren, van een aantal onderzoeken, dat je aanduidt gastroscopie, coloscopie en dan kan je daar iets onder schrijven. Ik denk dat dat nu ook in de wachtdiensten zijn, bij een labo bvb, dan kan je onder opmerkingen iets bijschrijven. Dat dat zaken zijn die speling toelaten, dat je de zaken makkelijker kan toevoegen voor zaken die buiten de reguliere consultatie vallen.

HA1: Ja dus, zeg maar.

HA2: Ik weet niet, ik denk dat dat wel zou vergemakkelijken naar de termijn van verslaggeving denk ik.
Dat dat minder tijd vraagt he om een verslag te maken.

HA1: Alhoewel sommigen doen dat wel heel snel. Met dictafoon, ze hebben de voorgeschiedenis, de huidige onderzoeken. Dat men dat echt wel heel snel, maar dat moet dan wel nog uitgetypt worden door de secretaresses, dat ze dat niet zelf doen.

HA2: Nu ja, de brief wordt meestal gemaakt uit een soort van eForm, van KWS, dan is dat meestal ook anamnsese, KO, zoals in de wachtdienst. Dat u brief dan gemaakt wordt, maar dat jij dan gewoon elk tabblad invult.

Ik: Maar het wordt dan vrije tekst he.

HA2: Maar het wordt wel vrije tekst als brief, maar inderdaad het zou misschien anders zijn, een beetje gemakkelijker. En dan we dan voorlopige brieven of verslagen of eForms ook kunnen zien he.

Ik: Je had daarnet nog iets gezegd over de verslagen van bepaalde specialisten, dat dat soms wat moeilijker verliep bij bepaalde specialisten. Je gaf al aan psychiatrie en dan gynaecologie.

HA2: Gynaecologie vaak ook wel.

Ik: en heb je nog andere specialisaties?

HA2: Orthopedie vind ik dan ook soms.

HA3: Dat is gewoon heel beknopt.

HA2: Ja en ook vaak omdat ortho geschreven is in onsaaie brieven dat ik dat vaak niet kan lezen, omdat ik hun geschrift niet kan lezen.

HA3: Ahja omdat ze nog vaak een geschreven briefje meegeven. Dat is op zich wel handig voor het

HA2: Dat moeten we hun wel aangeven, maar hun geschrift is natuurlijk wel iets anders.

HA3: En dermato, daar hoor je ook niets van he.

HA1: Awel, bepaalde dermatologen wel. We sturen soms patiënten naar Oudenaerde en vandaar heb ik al een aantal keer verslag gehad. Maar ik ken ook dermatologen die constant baso's eruit halen bij patiënten, en je leest niets van anatomopathologie en dat wordt niet doorgestuurd en ik vind dat dat niet kan.

HA2: Vaak wordt anatomopathologie wel doorgestuurd maar heb je geen brief, is dat gewoon ineens een bericht.

HA1: Awel ja, maar zelfs anatomopathologie dat dat elektronisch niet doorgestuurd wordt, dat kan niet. Dus sommige dermatologen wel, en dan krijg je daar verslag van. Soms hebben mensen al eens melanomen eruit laten halen bij bepaalde dermatologen en je weet van niets. Dat is echt wel

HA3: Nee, dat vind ik ook nog zo een specialisatie, voor de rest.

HA2: Oogheelkunde

HA3: Ahja

HA2: Oftalmo is ook niet zo heel

HA1: Welja als ze operaties doen krijg je daar meestal een verslagje van.

HA2: Ja bij cataract, maar bij diabeterscontrole ofzo meestal niet.

HA1: Wel als de endocrinologe dat aanvraagt, krijgen wij dat niet he. We scannen dan een dubbeltje in, maar in veel gevallen heb je niets.

HA2: En NKO is daar dan ook iets minder in. Ja de interne specialisaties zijn wel heel goed he.

HA3: Ja inderdaad.

HA1: Maar NKO, dat wisselt een beetje van ziekenhuis, bij sommige sturen wel een brief, anderen heb je nooit een brief.

HA3: Het is bij alles ook persoonsafhankelijk he. Hier is het pediatrie, maar dat is niet typisch. Van de meeste pediaters krijg je wel iets, maar hier in het ziekenhuis nooit iets he.

HA2: Maar van Zottegem krijg je ook niets?

HA3: Nee?

HA2: Van Zottegem niet.

HA1: Bij een opname en bij eerste brief na de geboorte, het eerste onderzoek soms. Maar voor de rest.

HA3: Het is persoonsafhakelijk he.

HA2: Ik had onlangs een patiënte die bevallen was en ik wist het gewoon niet eens omdat er geen brief was van de gynaecoloog, zelfs bij de bevalling. Dat ik zo denk van, die is bevallen.

HA1: En iemand die voordien al gezien had en gevolgd haar zwangerschap een aantal keer gezien en het is niet van de bevalling.

HA2: En dat ik dacht van ‘die zou nu toch ergens moeten gaan bevallen zijn’, maar ik vond niets terug.

HA1: Ja maar ja, het is wisselend van ziekenhuis en van persoonlijkheid he. Sommigen sturen praktisch bijna nooit een brief.

HA3: Ik denk ook dat het is hoeveel aandacht dat je eraan besteed als specialist natuurlijk he.

HA1: Het is wel een feit dat in de keuze dat als je weinig feedback krijgt van de specialisten dat je bij voorkeur geen patiënten naar stuurt. Waardat je een goeie brief van krijgt, daar stuur je ze ook naartoe. Dat maakt toch wel een verschil he?

HA3: Dat getuigt ook van een belang dat je eraan hecht om goed samen te werken met een huisarts vind ik.

HA1: Natuurlijk.

HA3: Als je die communicatie belangrijk vindt, dat zegt ook iets over uw samenwerking, en over uw ingesteldheid en uw houding naar de huisartsen toe.

HA1: Ja voila.
Bepaalde pediater in de regio indertijd bij de vrouw van een collega kwam die pas bevallen was en hij begon ‘je moet dan komen voor uw spuitjes’. Maar zij zei dan mijn man is huisarts, hij zal die vaccinaties wel zetten. ‘Ahja ik zal u een schema’tje meegeven hoe dat hij dat moet zetten.’ Dus kwestie van respect te tonen, of… Ik ga er geen naam op plakken, maar je gaat hem misschien kennen.

HA2: Hahaha, wie zou dat nu toch zijn, ra ra ra.

HA1: Maar uiteindelijk zo een cowboys, die zijn niet direct concurrentie voor ons, want sommige mensen lopen wel in hun verhaal, maar velen niet en komen dan wel degelijk naar de praktijk. Vandaar dat we ook nogal wat kindjes zien. En dat zo een pediater die echt goed is en ook serieus communiceert die hoeft niet zo elke patiënt in te palmen he. Als hij op een eerlijke manier kan werken en echt pediater zijn.

HA3: Ja dat is hetzelfde met die gedeelde zwangerschapsopvolging als er een goede communicatie zou zijn, zou er perfect veel meer door de huisarts gedaan kunnen worden. In Gent is dat al sommige gynaecologen doen dat iets, of is dat meer ingeburgerd, maar ook niet heel veel.

HA1: In de regio is dat ook beter geweest, een tiental jaar geleden gebeurde dat nog veel beter. Wat doen ze nu in de ziekenhuizen, ze gaan regelmatig op controle, dan eens bij de vroedvrouw, bij de huisarts is er geen sprake niet meer van.

HA3: Maar daar heb je ook communicatie voor nodig.

HA1: Dat is zo.

HA2: Je mag mij zo opvolgen collega, als je dat wilt. In plaats van de vroedvrouw.

HA1: Hahaah, dat gebeurt in verschillende ziekenhuizen, hetzeflde met bepaalde cardiologie diensten. Decompensatiekliniek, dan moeten ze om de 14 dagen gaan, ze worden daar gewogen door de verpleegster, hun bloeddruk gepakt door de verpleegster. En als mensen een beetje mobiel zijn moeten ze daar altijd naartoe. Zelfs als ze praktisch niet meer kunnen, moet iemand hen voeren. Ik vind dat toch wel erg, uiteindelijk zijn dat ook zaken die wij kunnen opvolgen, mits goed overleg, maar gewoon een goede weeschaal en een bloeddrukmeter hebben wij ook he?

HA3: Ja dat is waar.

HA2: En wij hebben ook een stethoscoop dat we kunnen luisteren of dat ze geen longoedeem hebben.

HA1: Ja dat is waar.
En dat is een revolutie dat we overal zien he. In het OLV is dat al langer die decompensatiekliniek, nu zijn ze er ook mee begonnen in het ASZ ook.

HA2: Ik denk wel dat de outcome van de patiënt wel beter is omdat ze inderdaad verplicht worden voor opvoling en systematisch controle te doen.

HA1: Ja dat is wel juist, terwijl ze dat bij ons zouden overslaan.
Ze gaan op controle, krijgen hun briefje en direct een afspraak mee en als ze er niet naartoe gaan naar de afspraak een boete, of de raadpleging wel betalen. We moeten dat ook zo doen he.

HA2: Ja hoe ga je dat dan doen.

HA1: Eergisteren had ik 2 patiënten na elkaar die er niet door kwamen.

HA3: Je zou bij ons hypernerveus worden.

HA1: Ja dat kan ik mij voorstellen.

HA3: Zelden iemand die op tijd komt, en heel vaak mensen die niet komen opdagen.

HA2: Amai.

HA1: Kaart jij dan veel met je collega's.

HA3: Meestal geraakt dat wel terug bijgewerkt, maar neen.

HA1: Ja, ik zou dat niet kunnen he.

HA3: Ja ik weet het. Jij zou wel hypernerveus geworden zijn.

HA1: En ik zou hen zeggen 'je moet hier niet meer komen he, 2x niet afkomen en buiten'. Uiteindelijk deze week ook, ik moest een raadpleging doen en ik heb een halfuurtje gehad dat ik niemand zag die er niet doorkwam, en ik moest tot een stuk later nog werken, en tegen andere mensen zeggen, vandaag gaat niet meer. Ik vind dat dat niet kan, dat is niet van weinig respect voor ons, maar ook voor andere patiënten, als je een afspraak maakt en niet gaat. Dat is toch het minimum. Maar dat was niet het onderwerp van vandaag.

Ik: haha, nee, dat is een ander onderwerp.
Ik ga eens even kijken of ik nog prangende vragen heb. Juist, we hadden daarnet over dermatologen en andere specialisten die minder goed hun verslaggeving opvolgden. Ik had een aantal maanden terug een gesprek met de dienst dermatologie in Gent en zij gaven aan eigenlijk dat ze dat niet altijd nuttig vonden om verslaggevind door te sturen, bvb zij doen ook gewoon cryotherapie en zij vinden dat daar niet altijd verslaggeving voor nodig is, maar zij vroegen dan of dat eventueel of dat wij daar een nota van wensen te krijgen, ik weet niet of jullie daarvan van op de hoogte willen gesteld worden?

HA3: Maar dan weet je tenminste dat er iets gebeurd is.

HA1: Je weet dat er iets gebeurd is, als ze bijvoorbeeld een aantal weken of maanden geweest zijn voor cryotherapie, kun je dat wel eens laten weten met eenmalig een briefje. Maar het belangrijkste is dat als ze een huidtumor weghalen dat we daar een verslag van hebben he. Dat is, of ja of een zeldzame dermatologische aandoening, al is het maar voor ons ook als een soort van feedback.

HA3: Ja je leert daar gewoon ook veel uit.

HA1: Je hebt sommige patiënten al gezien, maar je weet niet wat er aan de hand is, je kan er niet aan uit. Dat ze dan toch feedback sturen, dat is hier de diagnose, al dan niet na biopsie, bepaalde zaken.

HA3: Zodat je het in de toekomst ook beter kan herkennen.

HA1: Ewel ja, ik vind dat als je een beetje uw dossiers opvolgt, dat je veel leert van contacten met specialisten als er iets speciaal is dan steek je daar ook veel van op, dat is ook de bedoeling, maar dan moet er een goede communicatie zijn he. Ook bijvoorbeeld van nieuwe technieken, nieuwe chirurgische technieken of aanpak, als je daar geen verslag van doorsturen, ben je ok niet altijd mee, en kan je het ook niet aan de patiënt uitleggen. Want wij zijn meestal de eerste persoon waar dat de patiënt dat aan vraagt. En daarom is het ook wel belangrijk he, als er bepaalde nieuwe ingrepen doen, of bepaalde nieuwe techniek, dat je dat weet.

HA3: Ja wij worden als huisarts ook een beetje als organisator van alle zorg gezien en patiënten komen met vragen, je moet alles wat kunnen samenleggen, maar als je de helft van de informatie mist, dan is dat moeilijk. Dus ik zou niet weten, waarom we niet op de hoogte zouden willen zijn. Het staat toch ergens op hun computer, dus is het een kleine moeite om dat ook te versturen denk ik dan.

HA1: Ja dat is waar.

Ik: Er was nog iets anders dat in dat gesprek naar boven kwam. Als er geen verwijsbrief of dat bij hun de regel was. Als ze een verwijsbrief kregen van de huisarts, dat ze sowieso een verslag sturen, maar als ze geen verwijsbrief, tenzij dat het voor belangrijke zaken is, dat ze geen verslag sturen. Ik weet niet hoe je daarover denkt, je hebt het natuurlijk al wat beantwoord.

HA2: Dan gaan we altijd een verslag krijgen, want we moeten altijd een verwijsbrief sturen. Vaak bellen de patiënten terug, ik kan alleen maar gaan als ik een verwijsbrief krijg. Tegenwoordig is dat vaak zo he.

Ik: Ja, dat is meer en meer aan het veranderen.

HA2: En ik begrijp hen daarin wel inderdaad, het valt natuurlijk wel te zien he. Voor de belangrijke dingen moeten ze zeker verslag sturen. Zeker als ze een melanoom of een baso

uitsnijden, vind ik dat nu wel, ook al is de patiënt niet op onze verwijzing is gekomen. Dat dat wel mag doorgegeven worden, of een verwijsbrief, dan is dat uiteraard wel normaal dat je een verslag krijgt, of feedback daarover krijgt. Maar ja ik zeg het, want het is vaak dat de patiënt bij de dermatologen niet zomaar binnen geraken. Dat ze toch wel een verwijbrief nodig hebben.

HA1: Dat is ook wel belangrijk he, als ze polymedicatie hebben en ze moeten bijvoorbeeld een exantheem door bepaalde medicatie, of ze moeten een chirugische ingreep hebben, dat ze op de hoogte zijn van de medicatie. Het werd langs de twee kanten, het is voor hen interessant welke medicatie de patiënt pakt, en voor ons dan ook een verslag te hebben he. En vandaar doen we dat toch meestal een versalg meegeven. Het is nu moeilijk om bij de dermatoloog te geraken, we kunnen nu regelmatig in Oudernaarde bij een aantal dermatologen terecht en ik stuur altijd een brief en ik krijg daar altijd een breif van terug. Er zijn daar een aantal jonge dermatologen, hier in de regio niet meer direct, wat verder kunnen ze er toch wel bij. Temeer dat de wachttijd zo lang is he, dat is erg.

Ik: Ok, dankjewel voor jullie tijd, ik denk dat we hier kunnen afronden, tenzij jullie nog toevoegingen hebben of jullie zaken willen vertellen?

HA3: Niet direct.

HA1: Nee, niet direct. Ik denk dat we bijna uitgepraat zijn.

Ik: Zo voila dan ga ik hier afsluiten.

Focusgroep 09/01/2023

Legende
HA1: Patrick
HA2: Benedikte
HA3: Saskia
HA4: Emily
HA5: Marleen
HA6: Dagmar
HA7: Peter H.
HA8: Stefaan
HA9: Steven
HA10: Stefaan
HA11: Catherine
HA12: Katrien

Ik: Ik schrijf mijn masterproef rond de communicatie van de specialist en de huisarts en meer bepaald de verslaggeving van de specialist naar de huisarts. En om dat een beetje te onderzoeken kijken waar dat het misgaat, waar dat het goed loopt, waar het kan verbeteren, wat onze wensen zijn van verslaggeving, doen we wat onderzoek met focusgroepen, of interviews in groep met verschillende huisartsgroepen. Het is een project dat ook kadert binnen de HVG die algemeen de communicatie vanuit de ziekenhuizen naar de huisartsen bekijkt, maar ook omgekeerd, en kijken of daar ook enige verbeteringen zijn. Summer of Sumehr kadert daar ook wat binnenin. Dus de bedoeling van deze focusgroep is aan de hand van casussen die jullie in jullie hoofd hebben over communicatie die mis is gelopen de laatste paar maanden of jaren, of die nog vers in het hoofd zit, die jullie naar voor brengen en daar wat over discussieren en dan daar verderop breien wat jullie wensen zijn, hoe die communicatie kan verbeteren, wat jullie verwachten in een verslag. Je mag dat heel breed zien. Dus als iemand een casus…

HA1: Ja!

Ik: Dat is al direct goed.

HA1: Ik heb onlangs een brief gekregen van een

HA2: Van wie?

HA1: Haha, ik weet van wie. Een brief waar dat er over een patiënt die ik goed kan, die al jaren gevolgd wordt met een kanker, die ik juist palliatief ging verklaren en die dan toch nog naar het ziekenhuis gegaan is omdat hij slecht was. Ok, hij ligt in het ziekenhuis en ik zie een verslag verschijnen van een bloedonderzoek van hem, en ik zie een verslag verschijnen dat hij bij een andere specialist geweest is in het ziekenhuis. En in ene keer weet ik dat hij gestorven is via zijn echtgenote, dat hij in het ziekenhuis gestorven is. Ok, ik vind dat niet slecht, dat is goed voor hem dat dat niet verder loopt omdat hij toch ging sterven. Maar ik krijg een brief 3 weken nadien en in die brief staat er 'uw patient is gekomen op de spoed met dit en dat en we hebben dit onderzocht en we hebben hem gestuurd naar dit onderzoek en we hebben dat nog gedaan en dan is hij verbeterd en dan is hij toch verslecht en dan is hij naar intensieve gegaan.' Een hele uitleg, 3 bladzijden brief en op het laatste staat er een zinnetje 'en tot slot is patiënt spijtig genoeg toch overleden.'
Nee, ik bedoel, ze kunnen ons opsturen dat hij van automatisch, of niet, dat hij van één dienst naar de andere dienst. Dan krijg je een briefje dat hij dus verplaatst, hij is getransfereerd, hij is ontslaan, hij is opgenomen en dat komt direct, de dag nadien. Maar overleden, maar dat komt niet. Dat heb ik dus niet geweten van het ziekenhuis en dan krijg je zo een brief. Ik versta wel dat die brief allemaal bestaat, maar de essentie is niet wat er nog allemaal gebeurd is, maar dat hij overleden is. En 2 weken nadien, ik vind het ambetant.

HA3: Vroeger werd er al een keer gebeld soms. De patiënt is overleden. Bachman.

HA4: Als HAIO op pediatrie werd er ook altijd gebeld, ze vroegen dat ook wel altijd, maarja dat gaat natuurlijk over kinderen. Dat was bij Bachman.

HA5: Ok, moeten we daar verder nog iets over vertellen?

Ik: Wel, nu mag je daar verder over discussieren wat er beter kan, of wat er is misgelopen, of iemand met gelijkaardige verhalen.

HA5: Ja dat is een heel herkenbaar probleem he.

HA6: In het UZ kan dat tot 6 maand nadien zijn dat het overlijden of de laatste brief.

HA5: Ewel het is dat dat ik zei, dat dat binnen 3 weken, niet dat dat, het is nog schappelijk, maar het is natuurlijk wel zo dat die lay-out slecht gekozen is. Dat ze vooraan zetten dat de patiënt overleden is en dan mogen zij heel die uitleg doen, maar het is zo wat vervelend dat

je dan het laatste zinnetje. Nog chance dat je het al wist, of als je hier zou geweten hebben dat je het misschien niet zou lezen, dat is ook wel vervelend he.

HA7: Ik lees mijn brieven altijd van achter naar voren, ik begin altijd bij het besluit.

HA5: Ja eigenlijk wel.

HA7: En als er iets is, dan kijk ik wel een keer.

HA6: Ja, ma tegenwoordig is het zo dat de laboresultaten er nog achter komen dan moet je weer naar boven scrollen.

HA3: Wij krijgen alleen maar dat ze opgenomen zijn of dat ze naar huis gaan van Sint-Lucas, maar Maria Middelares en Jan Palfijn niet. En als je dan kijkt naar de opnames, als je daar, niemand doet dat open he. Dan staat er wel bijvoorbeeld overleden of naar huis, maar je moet er echt op letten. Maar dat zijn voor ons dingen, je doet de brief open, maar dat doet je niet open he.

HA1: Je kijkt juist om een kruisje te hebben he. Dat hij op gelezen staat op dat moment, want anders blijft dat open staan.

HA3: Maar Maria Middelares geeft dat eigenlijk niet als ze naar huis gaan, dat vind ik wel.

HA1: Ahja Maria Middelares doet dat niet.

HA3: Nee, die sturen niet dat ze binnen zijn of ontslagen zijn. En Jan Palfijn ook niet.

HA2: Jan Palfijn wel dacht ik.

HA5: Jan Palfijn wel.

HA8: Ja dat zijn dingen die automatisch verzonden worden bij opname met de pas he.

HA1: Nee, maar bij opname of gelijk wat, is er daar een secretaresse die moet opschrijven, of de pas inlezen en opname selecteren.

HA8: Van zodra je Sint-Lucas binnengaat, je steekt daar u pas in, sta je geregistreerd. Meestal is dat voor een ambulante behandeling en dan krijg je geen brief, maar als dat voor een opname is ook in de pijnkliniek bijvoorbeeld, krijg je automatisch een bericht en er komt daar niemand aan te pas. En waarom dat in het UZ zo lang duurt is omdat de assistent vaak zo lang achter zit met zijn brieven en dat pas vaak een half jaar later u brieven krijgt. Sint-Lucas gastro-enterologie is daar ook zo een ramp.

HA4: Maar ja, dat wordt zo gemaakt, maar dan moeten ze nog gevalideerd worden he.

HA5: Dat is vaak het probleem he.

HA9: In Sint-Lucas op maag-darm is dat beginnen foutlopen sinds dat al die bevolkingsonderzoeken en sindsdien is dat fout beginnen lopen.

HA8: En in Sint-Lucas hebben ze op gastro-enterologie hebben ze de gewente om bijvoorbeeld voor een H. pylori te testen, bel maar naar uw huisarts, hij zal het wel opzoeken op Cozo. En in uw brief staat er dan ook letterlijk ‘zoek het eens op in cozo’ he.

HA1: Dat is een probleem, want voor de specialist is dat de normaalste zaak van de wereld van in cozo te zoeken, want hij moet maar zoeken naar de gegevens van de patient als hij daar zit. Ik wil ook

HA3: Die mensen bellen dan ook nog naar ons.

HA1: Ik wil ook wel kijken naar cozo als die patient voor mij zit. Dat is voor mij geen probleem, maar niet als ze bellen, of heb je het gezien? Ah nee, ik heb het niet gezien.

HA4: Bellen en er van uitgaan dat we het allemaal al hebben gelezen en gezien.

HA2: Als ze al bellen, dan is het al goed.

HA8: Ik vraag mij ook af wie daar verantwoordelijk voor is. Want als je daar een of andere APD diagnose mist. Bijvoorbeeld

HA1: die niet in cozo staat.

HA8: Voila, en de patient belt niet en de specialist laat niets weten en jij zoekt het ook niet op omdat je het niet weet. Dan kun je een of ander CA zo missen.

HA1: Voila, en dat is de setting van de specialist en ik versta hem dat hij verstaat cozo is toch perfect, want hij moet alleen naar cozo kijken als die mens daar zit. Maar wij doen dat niet he.

HA9: Collega, het is toch de bedoeling dat je als je ze naar de specialist stuurt dat ze onderzoeken doen die ze nodig vinden en dat ze daar een advies over geven en dat zo communiceren naar de mensen, en tegenwoordig heb je zelf mensen, je stuurt ze naar de neuroloog, ze pakken een paar scanners en ze sturen ze gewoon terug. Dan kunnen we het beter zelf doen als ze enkel scanners pakken en zelfs geen uitleg. Ga maar bij u huisarts, kga alles doorsturen en dan krijg je een briefje met bijna niets op of niets op scanner. Ja sorry, maar het ging over hoofdpijn.

HA1: Ja, nee nee. IK ben helemaal absoluut niet content he, maar ik wil wel de specialist verdedigen dat dat voor hem de normaalste zaak van de wereld. Cozo is perfect voor hem. Omdat hij toch maar die patient ziet als hij voor hem zit.

HA10: Zij blijven redeneren van het idee gelijk vroeger dat wij brieven kregen en lazen, terwijl nu komt dat automatisch in uw dossier terecht. En ten tweede vroeger als mensen naar de specialist gingen, kwamen ze daarna op consultatie om die resultaten te bespreken. Nu komen ze niet meer, komen ze 6 maand later voor iets en ondertussen gaat da allemaal verloren.

HA8: Plus de laatste tijd als je dat allemaal moet inplannen in uw consultatie, dan wordt dat heel krap he. Dat is immens hoeveel werk dat dat allemaal is he.

HA9: Het is mooi dat er zoveel begrip is maar dan zijn toch niet allemaal artsen van de jaren stillekes he. Zij moeten toch weten dat dat ondertussen anders werkt. Wij hebben al zeker 10x naar gastro sint-lucas gebeld, zij zouden nu toch wel echt moeten weten wat zij voor onze praktijk moeten doen. Ik heb vandaag iemand bij mij gehad, een beetje ontgoocheld en ze zegt ‘ik ben vorige week naar de dinge geweest, ik ga binnenkort nog eens een coloscopie moeten doen, want in 2016 ben ik ook geweest en toen was er blijkbaar wel een kwaadaardige poliep die moest opgevolgd worden’. Ik kijk dan op extern zoeken en kan ik iets vinden? Nee ik kan niets vinden. En ik dacht kan ik dan iets vinden van vorige week dat de specialist haar onderzocht heeft? Nee, ook niet. Gasten hoe moeten wij dat dan doen?

Dus ze hebben het niet alleen niet gestuurd, maar het is zelf ook niet op cozo te vinden. In 2016 niet en nu ook niet. Die madam zit dan ook voor mij ‘ja maar ik heb alle vertrouwen in u’. Dat kan niet he, ik kan haar niet eens laten weten hoe het resultaat was. En ik kan het haar niet laten weten, ik heb er nu zelfs geen gedacht van.

HA10: Zo zijn er ook coloscopieën die herdaan moeten worden, staat er ook niet altijd bij.

HA8: Dat is ook wat ik wil zeggen met die aansprakelijkheid he, als dat allemaal goed afloopt, geen probleem, maar als het fout loopt.

HA2: Maar je hebt er op de gastro die perfect brieven sturen en je hebt er een paar die niet kunnen schrijven. Ik weet het niet. Het zijn erbij die altijd perfect hun brief, maar anderen nooit een brief.

HA10: Mensen zouden gewoon na een consult veel meer bij ons moeten komen om brieven op te volgen.

HA7: Vorige week ook iemand geweest en niets te vinden, niet in cozo, niet in.

HA10: En nu wordt er verwacht dat wij iedereen gaan opbellen.

HA5: Dat kunnen wij niet he. Dat gaat niet.

HA8: Maar als zij geen verslag maken, staat het ook niet Cozo he. Er staat niets he.

HA1: Maar het UZ kan dat niet he.

HA10: Maar moesten ze gestuurd worden en vanaf die datum gaat mijn brief er zijn en dan kan je die met de huisarts te bespreken. Dan ga je wel zelf zeggen ah het zit niet in cozo, en ze hadden het verwacht. Ik ga mijn secretaresse aan het werk zetten dat ze dat wel nog hebben.

HA9: Dat is waar, maar wij hebben naar desbetreffende dienst al zeker 10x gebeld de afgelopen 2-3 jaar. En dat is vandaag nu weer een dag dat ik denk, morgen ga ik weer bellen, want dat is nu ook weer een grof ding. Want wat moeten wij doen.

HA11: ik denk dat zij niet altijd doorhebben dat de brieven die ze maken, krijgen we automatisch in ons dossier, maar de onderzoeken die zij met hun stempel aanvragen, krijgen wij niet automatisch. En ik denk dat zij die link niet doorhebben. Want als zij een scanner onder hun naam aanvragen, krijgen wij dat niet binnen.

HA8: Dat is ook iets dat volgens mij zou moeten, dat elk onderzoek dat wordt aangevraagd door de specialist, ook een kopij naar de GMD houdende huisarts moeten worden gestuurd.

HA3: En dan kan je het opmerken.

HA10: In een groepspraktijk is dat dan weer een moeilijk verhaal.

HA8: Maar als het in uw dossier staat, staat het in uw dossier.

HA10: Ja dat is waar. Maar bij ons, hoe groter dat je zijt, hoe meer brieven er toekomen hoe moeilijker het is om het allemaal te lezen.

HA8: Maar het zit dan in uw dossier.

HA1: Maar het staat er dan tenminste in.

HA9: Als ik dat vandaag zou zien, ik vraag dat op en ik zie ‘ahja die heeft vorige week en 2016, dat is natuurlijk ambetant, maar ik vond het zelfs niet. Dat is nog ambetanter.

HA1: Maar in het UZ maken ze nu voor elk onderzoek altijd een verslag. Dat verslag is intern, akkoord. En dat verslag kan niet verstuurd worden omdat aansprakelijkheid. En daar gaat het weer, omdat het verslag niet gevalideerd is. Wacht wacht! Daarachter komt die specialist om alles tekenen of elektronisch te tekenen en dan zijn die wel gevalideerd. Bullshit, hij leest dat niet meer, maar goed. Maar waarom mogen ze dat, waarom zou dat ook niet mogen dat ze dat ook sturen in de zin van ‘dit is een voorlopig gevalideerd verslag’, terwijl dat niet 100% juist is. En dat dat naar verantwoordelijkheid van hen niet zo belangrijk is, maar dat wij het al weten. Het is dan toch al gemaakt. Het bestaat he.

HA8: Dat is zeker waar.

HA10: Of bijvoorbeeld dat er een label aan een brief komt dat je zeker moet gelezen hebben.

HA5: Ja, dat zou misschien zeker niet slecht zijn.

HA10: dat er bijvoorbeeld iets kwaadaardig is dat na 5 jaar moet gecontroleerd worden, pakt in dat geval en er staat een rode bol naast.

HA5: Als er een follow-up moet zijn, jaja.

HA10: Want dan ga je het in uw eigen dossier.

HA8: Stefaan, eigenlijk elke brief van de specialist zou gelezen moeten zijn.

HA10: Maar laten we zeggen dat 90% van de verhalen misschien een doorsnee normaal verhaal is, maar dat er 10% echt wel dingen zijn die moeten opgevolgd zijn, en zeker bij jonge mensen die niet vaak komen, dan die heel rap door de mand gaan doen.

HA6: Maar ik vind dat de specialist ook ergens verantwoordelijk is, want als de patient een uitslag heeft die niet ok, dat die ook de patient mag verwittigen.

HA10: Ja, maar dat is vooral, moet binnen 5 jaar opgevolgd worden. Ik heb nu ook iemand gehad, moest na 5 jaar opgevolgd worden, corona is gepasseerd, niet meer aan gedacht, hij is na 8 jaar geweest en nu een dikke tumor. Met stoma en dinges, en dan denk je allemaal van. En ze hebben nooit gezegd dat hij na zoveel jaar moest terugkomen.

HA6: Nee, maar ik vind dat dat niet alleen de brief is naar ons, maar ook gewoon de specialist naar de patient toe, als er iets afwijkend is, of naar ons toe eens een belleke of een extra nota, van oei.

HA9: Zeker naar de patient toe, de patient onthoudt beter dat hij naar 5 jaar moet, dan dat wij dat doen. Gaat gij dat onthouden voor elk vaccin?

Unaniem: Nee

HA2: Anders moet je heel uw dossier vol met belletjes zetten he.

HA10: Eigenlijk zou daar al een systeem moeten zijn, dat er een coloscopie dat er na 5 jaar in mijn gezondheid een biepke komt bij de patient of in ons dossier van als je die patient ziet.

HA9: Als zij een brief sturen naar de patient is dat toch ons ding niet meer.

HA10: Nee, maar dat ze iets zouden kunnen instellen dat er in mijn gezondheid in die periode een belleke komt of…

HA1: Dat is geen communicatie meer van de specialist naar de huisarts meer he. Dat is dan communicatie algemeen en dat is dan een eHealth systeem. Nu gaat het echt over specialist en.

Ik: Ja, maar ook in heel brede zin, in de opvolging daarvan, als je iets kan integreren in myHealth, dat daar een label op komt. Dat zou ook een mooie oplossing zijn.

HA2: Gelijk bijvoorbeeld pediaters, oftalmologen, dermatologen, die zouden misschien ook moeten leren schrijven.

HA7: Ik vind dat ook altijd frappant, je krijgt van een dermatoloog niets, maar wel van het APD. En dan weet je niet wat je moet doen he. Worden die opgevolgd of niet, je weet het niet he.

HA5: Ik had onlangs een telefoon van dermatologe, of de assistent van de dermatologe die zei van ‘ik zou het een en ander willen doorgeven van een patient’. Ik zeg ‘Sorry, ik ben bezig met de consultatie, emailadres van de praktijk’.

HA11: Het was niet de assistent, het was de secretaresse.

HA5: Jaja, secretaresse. Maar ja, wij doen dat niet, het spijt me, wij zijn nu bezig. Het is maar een kleine moeite om in plaats van dat te zeggen, eens uit te typen en door te sturen. ‘Ja maar ja, wij hebben niet zo een programma om dat zo uit te schrijven.’ Maar het is dat niet dat ik vraag, gewoon in een word document en stuur mij dat door en ik zal dat wel integreren in het dossier.

HA2: Maar geen programma, allez.

HA5: Nee, niets. Echt, dermatologen, let op he.

HA1: Dermatologen hebben geen programma he.

HA6: Dan moeten ze een papieren brief sturen he. De post werkt ook nog altjid he.

HA3: Dat zijn dan dermatologen die geen dermatologen zijn. Allez, die zo van die esthetische toestanden doen.

HA5: Neeneenee, die van de Kouter, en in Sint-Lucas.

HA12: Ik vind dat dat in Sint-Lucas nog redelijk gaat.

HA5: Maar je hebt oftalmologen die wel sturen he.

HA3: Ja, maar enkel op papier, die kunnen niet op de computer schrijven.

HA5: Jawel, Van Schouvlieghe, cataracten enzo.

HA4: Ja, dat je soms zelf denkt, ik weet het niet. Ik wil gewoon weten wat het is, dat ik het de volgende keer zelf kan doen.

HA5: Gynaecologen, die zeggen soms letterlijk tegen de patiënt ‘als ik bij iedereen zou moeten een brief sturen als het normaal is.’

HA7: Als je niets hoort van mij, dan is het goed. Dat is de communicatie naar de patient he.

HA10: Ja, maar het is vooral bij de degenen dat het niet goed is. Uiteindelijk een oogarts die de patiënt niet doorstuurt dat een patient glaucoom heeft en die patient zegt het niet tegen u, en hij schrijft die druppels voor, dan weet je het niet. En dan schrijf jij iets van medicatie voor die zijn glaucoom verslecht. En dan krijg je achteraf op uw dinges van, ah kheb wel glaucoom. Ahja kweet kik da niet dat gij glaucoom hebt.

HA4: Ja of, ik ga al 5 jaar bij de psychiater. En wat neem je van medicatie? ‘Ah ja, zo van die antidepressiva.’ Geen enkele brief, niets he.

HA5: Ik heb onlangs een ander soort van probleem gehad, een patiënte die voorgeschiedenis heeft van allergieën en koliekpijnen en ze gaat naar de spoed, en binnenstebuiten gekeerd en eigenlijk vinden ze niets. Ondertussen zien ze dat die bloeddruk vrij hoog is. ‘Ja mevrouw uw bloeddruk is toch vrij hoog.’ In het verslag staat dan dat ze coversyl gegeven hebben. Ok, ze wordt ontslagen en vrijdagmorgen komt ze bij mij om die

bloeddruk te checken. En ok, die bloeddruk is hoog en ik zie dat ze coversyl gekregen had en weer gestopt ook. Dus ik zeg ja ‘ik ga je coversyl 5mg geven’. Ja ’s avonds met een uur of 9, terug naar de spoed, helemaal opgezet. Dus een allergische reactie. Blijkt dus om een lang verhaal kort te maken dat zij helemaal geen coversyl gekregen heeft. Dat iemand dat gezegd heeft, maar dat dat niet waar is, want “gelukkig” die patiënte is wat handig met cozo en heeft al die brieven doorkeken. Ze heeft zelf gebeld naar die artse die die brief getekend had en die had gezegd ‘nee inderdaad je hebt dat niet gekregen.’ Dat is wel een vervelend iets.

HA8: We hebben ze een patiënte die sukkelt met aanslepende hoest en die ook aan psoriasis reuma lijdt en ook bij Luyten en ook al bij Ommeslag geweest. Ik heb deze week ontdekt mevrouw stond vroeger op Ledertrexate met foliumzuur en nadien ook op Arava voor haar psoriasisartritis. En die begon te klagen van een enorme prikkelhoest, ze nam ook ACE inhibitie en ze nam en dat heb ik pas nu recent ontdekt een nieuw immunoglobuline, een biological speciaal voor psoriasis, zo een imab. Die was bij Ommeslag geweest, het zal wel niet van de ACE inhibitie geweest, want dat is al gestopt geweest en die prikkelhoest bleef. Het zal dan wel van de maag zijn, je moet een dubbele dosis pantomed nemen. Ik kijk in zijn brief, die weet niet dat zij een imab pakt. In Sint-Lucas he. Ik zoek dat op, eerste belangrijke bijwerking: hoest. Ommeslag weet daar niet van blijkbaar, dat is toch ongelooflijk.

HA1: Dat is raar.

HA10: Daarmee, ik vind alarm dat eigenlijk de medicatiefiche iets zou zijn waar dat iedereen op dezelfde medicatiefiche moet aanpassen en als we dat zouden kunnen integreren.

HA8: In principe is dat zo he. In principe is dat met Vitalink zo.

HA10: Ja maar eigenlijk echt hetzelfde zijn als ze iets aanpassen dat dat ook bij ons binnenkomt, en dat is niet zo.

HA5: maar dat gebeurt niet he.

HA2: Nee, wij moeten vitalink aanpassen en dan hebben zij het.

HA10: Maar wat gebeurt er, de specialist verandert naar een halfje of naar een volledig, die patient krijgen dan ook waarschijnlijk voorschriften mee en uiteindelijk dat weet je niet, en

dan schrijf je het voor en dan belt de apotheek ‘die pakt dat al lang’. Hoe die neemt dat al lang, en je kijkt naar de brief en die mensen zijn al lang niet meer geweest.

HA1: In het UZ heeft een hoofdapotheek mij gezegd dat zij dus niet op Vitalink kunnen.

HA9: Of niet weten hoe dat het moet.

HA1: Neenee, het gaat niet. Ze kennen dat maar het gaat niet.

HA8: Op het dorp, niet bij Ackerman, maar bij de buurvrouw van Peter, een patiënte die bisoprolol pakt en dan bij de specialist gaat en bipressil krijgt. Alle twee wordt gewoon verder gegeven, zonder probleem bij de apotheker.

HA1: Bipressil én bisoprolol?

HA8: Absoluut. Dat kan ook wel tellen qua communicatie he.

HA10: En ze heeft ondertussen een pacemaker?

Algemeen gelach.

HA5: Waar je dan ook nog niet van weet.

HA8: Dat zijn dingen die wij als huisarts eruit moeten halen in een kwartier de tijd. Je moet die brieven, medicatielijsten. Echt waar ik word er soms zot van. Wat dat bijvoorbeeld ook een belangrijk ding is dat onze software ons zou moeten helpen, elke brief van de specialist, naast het besluit zou elke brief een deftige titel moeten hebben. Follow-up van een aortaklep, follow-up van een helicobacter, follow-up van een carcinoom, of ik moet dat allemaal zitten doen.

HA5: En misschien ook bovenaan de arts, dat we weten van wie dat het komt.

HA8: Want van die lijst van inkomende brieven, dat zijn zo, daar kun je niet meer aan uit geraken.

HA5: Als je zo na een tijd het dossier in orde wilt zetten, je moet alles opendoen om te kunnen zien van wie wat komt.

HA10: Maar ja dat is hetzelfde van het UZ dat de hoofdprof de benaming komt, en die mens weet van niets.

HA7: ‘Je hebt een brief van Vandenbossche gehad, ah nee twas van Jaques.’

HA10: Ja en dan is er een assistent en daar nog een co-assistent.

HA8: En in cozo is dat helemaal een ramp. Dan vind je helemaal niets terug.

HA5: of je moet alles gaan opendoen. Daar is geen beginnen aan soms.

HA4: Lab result, lab result, lab result…

HA1: En bij bepaalde lab result is de hele brief.

HA10: Lab result die na 2 jaar nog altijd rood staan.

Ik: en hoe ziet voor jullie dan een ideale brief eruit van de specialist.

HA11: Een correcte voorgeschiedenis

HA5: Ja dat vooral.

HA11: Niet copy paste met

HA12: In Sint-Lucas blijft dat 20 jaar hetzelfde.

HA11: Ja, daar komt niet bij he. Die maken allemaal brieven, maar waar dat ze zelf in hun brief zetten komt er al niet meer bij.

HA10: Nee, ik zou eigenlijk 2 brieven willen hebben, de eerste brief met het besluit en de vervolgmedicatie. To the point, dat je heel snel weet waarover het gaat. En dan een tweede brief met de resultaten en met de uitleg, dat je iets. Maar een korte brief waar het besluit op staat en het juiste medicatieschema.

HA11: Dat daar de brief mee begint en dan de rest komt.

HA5: Of uw besluit in het vet vanboven.

HA8: Zeg maar waarom zou dat op dat fucking cozo moeten, dat zou gewoon in onze mailbox moeten komen.

HA3: Dat je niet moet gaan zoeken.

HA1: Ik weet het, maar tot daar.

HA8: Maar allez, Patrick, wat voor zever is dat nu?

HA1: Nee, nee ik weet het, maar a la limite dat de rest op cozo staat, maar dat kort stukje dat dat in onze brievenbus komt.

HA8: Nee ik ben niet akkoord.

HA9: De ideale, dus we zijn al aan het afwijken, rekening houdend met de specialist.

Ik: Juist, het is hoe dat je hem zelf wilt ontvangen.

HA8: De ideale brief is, hij moet er zijn, hij moet in onze mailbox komen en hij moet kort zijn.

HA10: Ja, veel korter dat je weet waarover het gaat en wat de juiste medicatie.

HA9: En als het opvolging vraagt in het rood.

HA5: Eigenlijk is het een beetje zoals dat wij een verwijsbrief moeten maken. We moeten wij ook to the point zijn.

HA12: En als er belangrijke dingen zijn die andere specialisten aanbelangt, dat wij daar ook tussen zitten, dat wij niet in een echo ergens in het midden van een brief. Te zien dat er een verdachte cyste gevonden is. Dat dat er dan niet bijstaat, en dat die mensen dat 3 maanden later te weten komen.

HA10: Dat is hetzelfde met radiologieverslagen: ‘normale bevindingen.’ En dan begin je de tekst te lezen en dan staat er toch een cyste en dan zijn die mensen ‘en ik heb daar toch een cyste’, en voila.

HA12: En ik vind het ook niet zo goed dat zij daar op kunnen. Die pakken hun google erbij en met een vergrootglas.

HA5: Ja verschrikkelijk.

HA8: Die klok kan je niet meer terugdraaien.

HA5: En dat labo, dat plusje en dat minnetje. Oh!

HA6: Wat dat ik nu had bij de gynaecoloog, wat ik niet correct vond in de cozo is een dame die komt voor een NIPT test af te prikken en de gynaecoloog had gezegd ‘zoek het eens op in cozo’.

Algemeen ongeloof.

HA6: Ze moest zelf in cozo het resultaat van haar nipt test doen. Ik zeg ‘je mag dat niet doen, je kan dat niet interpreteren’ en wat als er slecht resultaat bij zit. Allez, heb je dat nu al ooit gehoord?

HA8: Dat is zeker niet in orde.

HA6: Ze moet het opzoeken en je gaat 3 yeskes of 3 no’kes zien, hadden ze haar uitgelegd. Ik was daar echt van aangedaan. Ze hadden het haar tenminste wel nog uitgelegd.

HA9: Allez, dat is tenminste fair van haar, ze hebben het haar tenminste uitgelegd. Maar ik vond dat, zoiets laat je uw patient toch niet zelf opzoeken in cozo.

HA10: Maar dat is toch hetzelfde met die hematologie. Bel naar uw huisarts voor uw hematologie, en dan heb je een heel schema van die CD4, en weet ik wat, waar je nog nooit van gehoord hebt.

HA5: Heb je een halfuurke.

HA6: Maar ik ken dat ook niet.

HA2: Je stuurt ze door daarvoor he.

HA10: Of vrouwelijke hormonen in kader van zwangerschap. Ook zo een plezante. Hormonen in kader van al dan niet zwanger worden, kan jij dat interpreteren?

HA4: Zo ovulatie termijn? Nee. Ik zeg dan dat je daarvoor moet bellen naar je gynaecoloog.

HA10: Ahja en de gynaecoloog zegt ‘bel naar uw huisarts’.

HA3: Ik vind het woordje ‘bel naar uw huisarts’, te veel.

Unaniem akkoord.

HA10: Secretaressen beginnen dat ook te zeggen he. Bel

HA1: Niet bellen, ga eens naar je huisarts.

HA6: Ahja ik had iemand voor neurologie, ze had gebeld naar neurologie voor de scan ‘bel naar uw huisarts’. Ik wist niet eens dat er een scan gebeurd was. Ik zeg ‘sorry dat is niet voor mij.’

HA1: En wie heeft dat onderzoek aangevraagd?

HA6: Ahja de neuroloog tuurlijk. Op neurologie konden ze niemand doorgeven.

HA4: Ja, of ze zijn bij de specialist geweest, ze hebben nog een briefje nodig ‘ah maar daarvoor moet je naar uw huisarts bellen’. Nee we hebben die niet gezien.

HA3: Ik had ook iemand met een melanoom, ze is zelf naar de huidarts geweest om een paar zaken weg te halen. Dat wij dan niet weten en achteraf belt ze voor een bloeduitslag. Ik heb geen bloed afgenomen, ik weet van geen bloedafname. Ahja, bel eens naar uw huisarts.

HA9: Het belangrijkste is denk ik inderdaad dat ze zeggen ‘maak een afpsraak bij uw huisarts.’ Bellen dat kan niet, ofwel moeten ze naar hen bellen, wat het logischste zou zijn, ofwel moeten ze naar ons komen.

HA10: Maar eigenlijk zouden ze bij iedereen moeten komen uitslag die belangrijk is, ter plaatse bespreken.

HA9: Maar vaak is het niet belangrijk he.

HA10: Hoe klotig is het als je en APD krijgt en opeens een PSA op een minimum van tijd kweet niet hoe hoog gestegen was. Hoe zeg je dat aan telefoon. Als die voor u zit op consultatie, dan kun je beginnen uitleggen en een afspraak regelen. Maar aan telefoon, dat is toch.

HA9: Is dat niet het belangrijkste, ga bij uw huisarts?

HA1: Dat is al beter.

HA7: ‘We geraken daar niet binnen.’

HA1: Ja, maar bon.

Ik: Dat is dan een ander probleem.

HA6: Voor mij in een goede brief, wat er ook eventueel zou mogen instaan, buiten dat er een moet zijn, is soms ook een stappenplan. Want soms heb je doorgestuurd voor een bepaald probleem, maar ze vinden daar op dat moment geen probleem, bijvoorbeeld die bloeddruk valt mee. Dat ze dan gewoon zeggen van kijk ‘op dit moment is het ok, maar ik zou dat bijgeven moest het binnen 2 maand gecontroleerd worden.’ En dat vind ik ook heel leerrijk. En dat vind ik juist leuk, dat er eens wat uitleg staat wat wij niet alle dagen zien.

HA10: Het enige dat ik soms vind aan dat stappenplan is dat ze een stappenplan geven en je controleert en die bloeddruk is normaal en ze komen 6 maand later bij de specialist ‘hoe en dat is allemaal nog niet opgestart?’ Maar het was ok.

HA6: Nee maar een keer zoiets bijleren. Ik weet niet, was het dr Temmerman, die had zo de dingen van ze had de diagnose, en onderaan haar brief schreef ze een wetenschappelijke, dat moet niet altijd het. Sommigen doen dat wel over zeldzame zaken op het einde en je leert iets bij en dat is interessant voor de volgende patient. Misschien had ik hem niet per se moeten doorsturen als ik het de volgende keer zelf kan en zelf weet. Dus als het eens iets

uitzonderlijk is, ook al is het iets klein en de specialist vind ‘eigenlijk kan jij dat als huisarts ook, maar dan moet ik u laten weten hoe dat het is.’ Dat vind ik super interessant, omdat je iets bijleert uit de brief.

HA10: Dat is het idee van de endocrinoloog van Aalst he.

HA5: Nobels

HA6: Allez, zo eens iets kleins bijleren is het leuk, omdat je meer vertrouwen hebt om het de volgende keer zelf te doen.

HA7: Ik zou het ook interessant vinden in zo een brief waar dat er bij al die afkortingen, een lijstje vanonder staat met wat die afkortingen zijn.

Ik: Of geen afkortingen?

HA5: Geen afkortingen.

HA6: Of waar dat ze een keer staan uitgelegd en de rest dan wel afkortingen.

HA7: Nee, ik heb ooit eens een brief gehad van UZ urologie vanonder stond daar een hele uitleg van al de afkortingen. Het was van Brugge dacht ik.

HA10: Gelijk een niertumor dat staat altijd afgekort, en het gaat wel om een niertumor he. Eigenlijk moeten we wel goed begrijpen en dat weet je nu wel maar toch.

HA1: Maar de afkorting bij een specialiteit is niet dezelfde bij een andere specialiteit. Maar onderling weten ze dat niet he.
Binnen die specialist of die groep weten ze zeer goed waarover ze klappen, maar die andere weet dat niet.

Ik: Zeker als je verslag krijgt als huisarts.

HA6: Zeker ook bij APD en technische onderzoeken, wij kennen niet elk technisch onderzoek dat zij gewoon zijn van elke dag te bekijken. Hetzelfde voor hemato voor hen is dat waarschijnlijk gemakkelijk. Ik snap het, maar voor ons is dat minder eenvoudig.

HA1: Mogen we meeluisteren naar jullie interessante bedenkingen?

HA12: Ik vind dat de laatste tijd vaak op de vingers wordt getikt door specialisten, vooral spoedartsen. Ofwel heb ik te vroeg doorgestuurd, of te laat doorgestuurd. Of de foute diagnose.

HA3: Of kon de patiënt niet meer terecht bij de huisarts.
Jaaa, ‘patiënt kon niet meer bij de huisarts komen’.

HA12: Of wat dinge hier zegt, als je effectief verwijst, dat er staat dat je niet hebt doorverwezen. Of patient weet niet waarom hij hier is.

HA3: Ja, daar krijg ik het van. Of als je ze doorstuurt omwille van verwardheid. Ze botst tegen mijn deur. En ze schreven dat het cognitief allemaal meeviel, maar volgens de huisarts was ze verward.

HA2: Dat kan toch dat ze bij jou verward was, ik zou da niet verkeerd oppakken. Ik zou denken bij jou was ze verward en bij mij niet.

HA3: Maar ze had covid en ze was 4 dagen verward geweest.

HA8: Er is ook een verschil tussen cognitief meevallen en verward zijn he. Je kan acuut verward zijn en toch cognitief perfect in orde zijn.

HA3: Maar dat was ook zo!

Algemeen gelach

HA3: Maar ze wist niet meer wie dat ik was.

HA10: Nee dat is waar, ik had deze week een brief van een specialist ‘doorgestuurd door de radioloog’, maar ik had de patient wel doorverwezen naar de radioloog voor de diagnose. Maar de radioloog had bij gebeld of hij ze mocht doorverwijzen intern voor een longembool. En dan kijk ik en zie ik staan dat de radioloog doorstuurt. Ja maar ja, ik had wel de diagnose gesteld, en ok zij sturen dan direct door omdat ze er toch zijn.

HA8: Als het dat maar alleen zou zijn, vind ik dat niet erg.

HA9: Huisartsen staan al lang in de krant met hoe lastig het is en zou dat en de specialist een beetje minder. Maar ik denk als spoedartsen moet dat ook wel lastig zijn. Dat moet een zware job zijn.

HA6: Nee, dat is hel.

HA9: Specialisten sturen heel snel door naar de spoed, en wij, als we wat weinig tijd hebben, gaan mensen soms automatisch naar spoed. Ik denk dat die mensen pas veel werk hebben.

HA10: Maar stuur je per dag zoveel mensen naar de spoedopname?

HA9: Nee, maar wel te weinig plaats. Vroeger hadden we de dag zelf plaats, maar nu. Sommige gaan nu direct naar de spoedopname.

HA10: Maar dat zijn de mensen zelf die dat doen he.

HA7: En de spoedartsen moeten die wel zien he.

HA5: Als we met Patrick zijn hand naar de spoedopname zijn geweest, ik zag daar al die mensen in de wachtzaal zitten, ik dacht amai, ik ga mij daar niet gaan tussenzitten. Ik heb dan een beetje mijn charmes bovengehaald, maar er zaten er zeker 20 voor ons.
En dan wist ik het, nee! Met de ambulance.

HA9: Ik vind dat dan ook niet erg als er eens wat foutjes staan in het verslag van de spoedarts. Maar van de specialist. Ik vind dat we soms nogal hard zijn voor de specialist, zij moeten soms al die zaken doen en om half vier moeten ze soms naar huis. Verschillende diensten bel je soms en ook voor de dokter van wacht en ‘sorry het is half vier’. AH oei.

HA5: Is dat zo?

HA9: Ja ja, tegenwoordig, de vrijdag. Half vier, de dienst is leeg. Je moet zelf niet een arts hebben, gewoon de arts van wacht voor advies om te zeggen dat je die gaat doorsturen. Maar dat gaat niet. En een keer, nee, het is al kweet niet hoe veel.

HA2: Ik wou eens overleggen met dermato met iemand en dat was de donderdagnamiddag en er werd gezegd ‘ah ma donderdagmiddag is er niemand.’ Ja dermato sint-Lucas.

HA8: Maar allez, en ze zijn daar met hoeveel dermatologen? 6?

HA10: Ze gaan ’s middags iets gaan eten.

HA2: En dat was niet eens op de middag.

HA9: Het is een beetje sleuren aan ons om wat los te krijgen he?

Ik: Nee, ik vind dat jullie al veel zelf hebben verteld.

HA8: En ga je dat allemaal inbrengen?

Ik: Ik ga dat allemaal anoniem uittypen.

HA12: Anoniem, van mij mag jij daar mijn naam bij zetten.

HA3: Is er nog iets dat je zou willen weten van ons?

Ik: We hebben al eens gesproken over verslaggevind die niet altijd op tijd komt. Is er een tijdspanne waarin dat je het aanvaardbaard vindt dat je nog een verslag krijgt? Een dag, een week, een maand.

HA3: Eén week!

Unaniem een week.

HA5: Een maand is al heel lang he

HA2: Het liefst één dag.

HA6: Maar ja, dat begrijp ik dat dat de dag zelf niet kan.

HA10: Ik vind persoonlijk dat we na een dag al een kort verslag moeten hebben.

HA5: Goh, dat is bijna niet haalbaar toch?

HA10: Neenee, maar als er iets van nieuwe diagnose valt, dat we daar van op de hoogte zijn. Het volledige verslag kan daar dan achter komen.

HA5: Zou er nog iets te zeggen vallen over iets mee te geven aan de patient, zodanig dat de patient weet, ik moet dat gaan afgeven.

HA10: Maar de dag van vandaag een papier meegeven dat klinkt verkeerd.

HA8: Of ze steken die brief dan gewoon in uw brievenbus.

HA5: Ja dat is waar.

HA2: Wat ik nu dikwijls heb, is een ontslagverpleegblad. Daar staat gewoon u temperatuur, bloeddruk,… Maar gewoon het medicatieblad op zich, dat vind ik het belangrijkste van ontslag dat we zo snel mogelijk moeten hebben.

HA10: Uiteindelijk als iemand bij de cardioloog geweest is en je krijgt de volgende dag al bericht van ‘coronaro gepland’. Ah dat is goed dat ik die patient doorverwezen heb, coronaro gepland, punt. En dat geeft mij al een geruststelling, de rest komt dan wel.

HA5: Ja maar dat is nu specifiek.

HA10: Ja maar ik geef nu een voorbeeld. Sterk vermoeden van melanoom, we gaan een APD doen. Dat is goed dat ik hem doorverwezen heb.

HA1: Plus de familie.

HA8: Maar van de cardio’s vind ik dat we algemeen niet kunnen klagen.

HA9: Terwijl dermato enzo wel he.

HA8: maar, als het dus bij de specialist, de cardio’s zo een belleke

HA10: Gelijk je zegt maag darm. Ik bedoel als ze een coloscopie gedaan hebben en ze vermoeden dat er 5 poliepen zijn, dan kunnen ze toch al doorsturen dat er 5 poliepen gevonden zijn.

HA8: Tuurlijk, het is dat dat ik bedoel. Als je ziet hoe snel dat het bij de cardios kan gaan, ik heb van vaak, dat ze als ik iemand doorstuur met een acuut coronair syndroom. Awel, 's avonds heb ik al het verslag van de coronaro's he. Bij de dermato's, bij de gastro's duurt dat eeuwen.

HA10: Maar daar nemen ze biopsies, en daar kan je soms wel wat op wachten.

HA8: Ok, maar je kan toch al een verslag sturen van de coloscopie?

HA7: Die biopsie heb je na een paar dagen en de brief van de dermatoloog na 3 weken. Als er een brief komt uiteraard.

HA9: Bij sommige diensten zijn gewoon die nog niets doen he, kinderartsen dat is echt een uitzondering he. 5% van de kinderartsen schrijft iets.

HA5: Goh kinderartsen.

HA8: Als je een kleine doorstuurt met een ernstige pathologie, mag er wel een keer een verslag komen.

HA6: Maar die vinden dat niet de moeite om een verslag naar ons te sturen.

HA5: Jaja, die vinden dat niet, maar ja. Wij zouden daar toch

HA11: Ik denk ook dat veel specialisten zo denken 'de huisarts vindt dat niet interessant wat da wij hier nu gedaan hebben.'

HA8: Denk je dat?

HA11: Ik ben dat 100% zeker. Als ik stage heb gehad, als ik dan zo zei 'wordt er daar dan een verslag van gemaakt?' 'Dat is niet interessant voor de huisarts wat dat wij hier nu gedaan hebben.' Dermatologen ook he, zo een klein letsel, dat is niet interessant voor de huisarts.

HA10: En schrijf je dan wel een verslag als er een acute leukemie is?

HA11: Ja

HA10: Ja, van het UZ wel, maar van een perifeer ziekenhuis.

HA11: Ja daar ben ik 100% van zeker dat specialisten zijn die zo denken ‘dat is niet interessant voor de huisarts.’

HA3: Van intensieve krijg je zo een heel verslag, dat interesseert mij niet he. Elke dag en elk uur van zijn dagen hebben.

HA6: We zijn ook nooit content he.

HA10: Ja maar toch liever een verslag te veel.

HA9: Als je niet in slaap geraakt, kan je die verslagen wel eens lezen.

HA3: Als je niet weet wat gedaan, kan je eens 5 bladzijden.

HA8: Het is daarom dat ik vind, al dat gedoe op cozo, ik vind dat belachelijk. Je moet het gewoon doorsturen op mail dat het automatisch in uw inbox komt en dat je het niet moet opzoeken. Trouwens dat duurt ook lang he, voordat het opgeladen is.

HA6: En dan blokkeert het ook nog eens.

HA9: Ik zeg vaak tegen de mensen ‘vroeger schreven ze een brief en sturen ze hem op, nu schrijven ze een brief en hij ligt op hun bureau.’ Daar zijn we niets mee. We moeten hem zelf gaan halen overal.

HA8: En daarbij moet je ook een therapeutische relatie hebben. Als je geen therapeutische relatie hebt, kan je cozo op uw buik schrijven.

HA11: Wat ik ook wel vind is dat dat er in ziekenhuizen en misschien ook wel de specialist eens extra mag navragen wie de huisarts is, want heel vaak, ook al heb je 2-3 jaar het GMD. Worden de brieven door de vorige huisarts nog ontvangen.

HA3: Maar ze hebben dat dingske toch? Ze moeten dat beneden dan invullen.

HA11: Maar niet op de dienst! En dan is het op het dossier van de specialist nog de oude huisarts.

HA9: Maar dat is toch niet nieuw he? In het HVG zit dat al half in het BO en al verschillende keren besproken, ze hebben al jaren dit allemaal aan het zeggen aan het ziekenhuizen. En sommigen beginnen dat meer en meer te doen. En blijkbaar geven ze daar ook kwaliteitscriteria voor en beginnen ze dat meer en meer aan te trekken.

HA11: En het is daarmee dat de HVG zegt van al die dingen die wij in onze programma's hebben dat we dat moeten melden, dat zij dat kunnen melden aan de ziekenhuizen en het is daarop dat zij gequoteerd worden.

HA1: Maar zij kunnen alleen maar melden als een concreet geval is.

HA9: Casussen opsturen.

HA1: Dus echt met naam en toenaam, patient, specialist en dan kunnen ze dat melden. En dan vinden we dat misschien een beetje te confronterend omdat je dan zegt 'het is dienen'. Maar langs de andere kant als je zegt, we klagen omdat het niet goed is. Dan kunnen ze daar niets mee doen.

HA8: Maar dan dat voorbeeld van Ommeslag en Luyten, dat vind ik wel straf. Dat die zelf niet weten van elkaar.

HA1: Ja, ik vind dat wel.

HA6: En dan nu met dat nieuw verwijsbrief, weet je niet of dat de specialist dat kan lezen. In de andere richting dan. Wij kunnen nu elektronische verwijsbrieven sturen, kunnen zij dat lezen?

Ik: Ik vermoed van wel, ze moeten wel moeite doen om dat open te doen.

HA5: Ja maar soms komt dat niet door he.

HA6: Nee nooit, allez ik heb nooit iemand geweten die dat leest. Ik doe ze naar de spoed, en dan zeggen ze dat de huisarts beter nog een brief schrijft. Ik doe da nu ook voor verwijsbrief ook, maar ik weet niet of dat gelezen wordt.

Ik: In spoed wordt dat nu wel al gedaan.

HA6: Maar ook andere specialisten.

Ik: Ik denk niet dat zij daar al zo vertrouwd mee zijn.

HA7: Ze sturen een kopij van de bloeduitslag naar de specialist en dan zeggen ze tegen de patiënt ‘ja maar ja, ik ga dat nu niet opzoeken he. Ik heb liever dat je het meepakt op papier.’

HA6: Je hebt ook sommige reumatologen die geen computer hebben.

HA5: Is er nog iets dat je wilt zeggen in de groep, want anders

HA1: Allemaal samen kunnen we het niet opnemen.

HA5: Anders is het een kakafonie voor straks om het allemaal uit te schrijven.

HA1: Dan typt hij dat ‘kakafonie’.

HA11: We waren bezig over zelfreflectie en onze verwijsbrieven of dat die ook wel altijd even goed zijn.

HA12: Maar nu mag je u dinge uitzetten.

Ik: Maar daarover gaat het ook niet, dat is binnen het grote project, dat gaat niet over mijn masterproef.

HA6: Dat is niet relevant. Het is niet in de andere richting he.

HA9: We kunnen doen alsof wij ideaal zijn.

Ik: We gaan daarvan uit.

HA6: Maar ik vraag mij gewoon af of dat ze die elektronische al kunnen lezen die wij sturen. Of dat ze dat ook lezen.

HA2: Soms staat dat er ook in he. Zo van

HA6: Maar wanneer zien zij dat die verwijsbrief erin zit?
Op spoed is dat zo, maar nu is dat ook voor elke dienst dat je elektronisch kan verwijzen.

HA3: Maar ik heb dat al gedaan voor het UZ, en dan zeiden ze ‘ahja wij kijken daar niet altijd naar, we doen dat af en toe eens open, maar verder.’.

HA5: Maar voor het UZ is het nog anders he. Je geeft uw verwijsbrief mee aan de patient en de patient moet dat inscannen voor het secretariaat. En dan peis ik, dat inscannen.

HA8: Ook GDPR gewijs is dat niet katholiek he.

HA10: Maar als de patient het doet wel he. Als hij het vanuit zijn eigen mail adres doet, geeft hij zelf toelating om zijn informatie te delen. Als wij het doen, moeten we bewijzen dat wij daar toelating voor hebben gekregen.

HA8: Dat is een lol he.

HA10: Ja tuurlijk is dat een lol, maar dat is de redenering.

HA1: Dat is gelijk medisch geheim, GDPR de patient mag zijn brief afgeven, maar de patient mag u niet ontslaan van GDPR gewijs uw gegevens te delen. Echt waar, dat is zo.

Ik: Maar dat is iets anders.

HA5: Dat is voor een andere thesis, we zijn aan het afwijken.

Ik: In het verslag, ik heb al een paar zaken gehoord, een medicatielijst, voorgeschiedenis, een stappenplan. Zijn er andere zaken die jullie allerbelangrijkst vinden in en verslag. Een besluit bijvoorbeeld.

HA6: Het besluit, ahja he.

HA5: Maar wat moet er in het besluit staan? Ik bedoel

HA3: De belangrijkste dingen

HA10: De diagnose. En dan stappenplan. En een duidelijke termijn van opvolging. Bijvoorbeeld bij een coloscopie, ik heb ze gedaan, binnen 3 jaar, binnen 5 jaar, binnen 7 jaar.

HA9: En een vervolgafspraak, wanneer moeten de mensen gaan.

HA12: Maar dat staat vaak in het verslag.

HA5: Ja, dat begint toch meer en meer, want dat brengt op he.

HA10: Maar dat zijn korte, dat zijn de korte afspraken, maar niet de lange afspraken. Eigenlijk zou de afspraak voor die coloscopie voor binnen 5 jaar al vast moeten liggen.

HA5: Goh!

HA10: Zodanig dat de mensen daar ook een reminder van krijgen.

Ik: En gaan de mensen dat dan onthouden?

HA10: Maar hoeveel zijn het er die effectief hun coloscopie doen na 5 jaar?

HA5: Ja maar ik denk dat daar misschien een taak bij ons weggelegd is he?

HA10: Maar de mensen komen ook niet meer zoveel als vroeger. Zeker bij jonge mensen als ze niet veel klachten hebben, niet zo veel komen, dat je dat ook niet kan sturen.

HA5: Maar dat is misschien nog een ander debat.

HA1: Patiënten hebben ook een verantwoordelijkheid voor henzelf he.

HA2: Maar dat vergeten ze soms.

HA5: Ja dat vergete ze zeker.

HA4: Wat ik ook gevaarlijk vind, is een patient in het rusthuis die op consultatie gaat bij een specialist. Dan gaan ze terug naar het rusthuis, er is iets van medicatie veranderd, maar niemand weet het.

HA12: Vrijdagnamiddag dan nog eens.

HA10: Dus een heel groot probleem, het universitair ziekenhuis heeft besloten dat ze geen papieren meer meegeven voor patiënten in het rusthuis. Ze gaan bij de oftalmoloog, de oftalmoloog schrijft oogdruppels voor, het rusthuis weet niet dat ze daar geweest zijn, de huisarts krijgt geen brief. De oftalmoloog stuurt het door naar de apotheek, maar de apotheek krijgt daar ook geen melding van dat er iets doorgestuurd wordt. Dus er worden geen oogdruppels opgestart. Een jaar nadien gaan ze bij de oftalmoloog 'hoe die druppels zijn niet opgestart?'. En het UZ weigert, want dat is al tussen de G bindingen, tussen de woonzorgcentra en de ziekenhuizen besproken. Maar het UZ weigert om ecologische redenen.

HA1: Maar ze mogen dat wel doen, maar als ze zelf al weten dat ze niet op Vitalink geraken, ja, wat dan? Die apotheker weet niets. Hij gaat juist gelijk bij cozo, die apotheker zou naar die patient moeten gaan kijken op voorhand wat hij heeft.

HA4: en de patient heeft verantwoordelijkheid, maar een dame van 89 jaar die niet helemaal goed, kan moeilijk haar verantwoordelijkheid opnemen.

HA9: Het is soms raar, want GDPR moet iedereen rekening houden daarmee, en nu zijn we allemaal ecologisch bezig. Dat is toch raar he, waar liggen de belangen soms. Het kan niet, hoe het kan niet, het is vaak van niet willen.

Ik: En wat lezen jullie dan allemaal in het verslag? Is dat enkel het besluit?

HA5: Ik begin bij het besluit gelijk dat Peter zegt en als er iets interessant te lezen valt, ne keer naar boven.

HA10: Je leest het besluit en als je het niet verstaat, dan ga je naar boven gaan zoeken waarom.

HA12: En voorgeschiedenis?

HA3: Besluit en de medicatie he.

HA5: Ik kijk ook waarom dat hij binnen is. De reden waarom.

HA4: de anamnese. Van de spoed.

HA8: Juist daarom dat ik vind dat de titel, wat dat er binnekomt, dat er zou moeten staan waarover het gaat. Dat zou enorm veel tijd besparen.

HA7: Een teaser.

HA5: En misschien dat alle diensten dezelfde lay-out gebruiken, dat zou misschien ook al niet slecht zijn.

HA2: Doen ze dat al niet?

HA5: Ik denk het niet.

HA7: We zouden zo een tijdelijke brief kunnen krijgen opgesteld door de wachtdienst, van de huisartsen. De standaard, diagnose, behandeling, punt. En dan de rest volgt he.

HA6: Gelijk dat wij die pijltjes moeten volgen.

HA7: Ja, gelijk dat je die pijltjes volgt. Het zou toch niet moeilijk zijn dat ze dat allemaal doen, diezelfde lay-out gebruiken?

HA10: Ik vind dat zever dat al die bloedresultaten daarin zitten, want die kan je zelf op cozo opzoeken, dus waarom moeten die daar nog inzitten, dat maakt uw brieven alleen maar volumineuzer.

HA2: En soms is dat de bloeduitslag bij de opname. Terwijl dat ze 17 keer bloed hebben getrokken.

HA10: Het belangrijkste is dat je weet welke medicatie dat er veranderd is, en welke diagnose en of dat je iets moet opvolgen.

HA8: Ja maar dat is ook weer hetzelfde probleem. Als dat met vitalink goed zou lopen, dat de specialist ook medicatie zelf kan aanpassen, dan is dat niet nodig van die brief. De verantwoordelijkheid ligt dan weer bij ons, wij moeten dat gelezen hebben, wij moeten dat gezien hebben. Anders komt dat er ook weer niet van.

HA10: Het is daarom dat ik zeg van die medicatiefiche. Er zou maar één medicatiefiche mogen bestaan waarop dat iedereen werkt. En dan is er geen discussie. En het zou er elke keer moeten bijkomen wie dat de laatste wijziging heeft gedaan.

HA8: Dat voorbeeld dat ik daar aanhaal van die bisoprolol en bipressil, dat is toch schrijnend. Ook voor die apotheker. Sorry maar, dat is toch wel regelrecht onbekwaamheid.

HA10: Voor de meest banale interacties bellen ze dat wel.

HA8: Neenee, de bedoeling was dat de bisoprolol werd omgeschakeld naar bipressil.

HA3: Maar dat weet de apotheker niet he.

HA8: Ja, maar ik weet wel, maar dat is niet de bedoeling he.

HA3: Maar dat kan de apotheker toch niet weten.

HA10: Nee, maar goed, dan kun je wel zeggen, ‘ik ga eens naar de huisarts bellen om te kijken of dat de bedoeling was.’

HA12: Maar dan krijg je weer veel te veel telefoons.

HA10: Ik vind niet dat wij veel telefoons krijgen van apothekers, ik hoor tegenwoordig veel apothekers zeggen tegen hun patiënt, dat medicament is niet te krijgen, dus je hebt maar naar uw huisarts te bellen. Maar waarom bel je dan zelf niet. Ik heb onlangs een palliatieve gehad, de morfine 10 is niet te krijgen, awel bel eens om te krijgen of dat de 20 mag zijn en dat het niet op te lossen is.

HA12: Maar er zijn er toch wel een paar die altijd bellen.

HA10: Ja, niet degenen waar dat ik mee werk dan. Jullie werken met andere apothekers dan wij.

HA1: Onze apothekers hebben de telefoon uitgevonden.

HA7: Als het middag is, en ze hebben nog niet gebeld, dan denk ik dat er iets mis is.

HA10: Wie?

HA7: De apothekers van naast de deur. Als er nog niet gebels is ’s middags, dan is het mis. Van dat is niet te krijgen, mogen we iets anders geven. Of het staat er niet op.

HA6: Dat krijg ik ook vaak, van dat staar er niet op.

HA1: Terwijl ze 5 minuten geleden nog bij u geweest zijn.

HA6: Het staat dan nog open in het dossier.

HA5: De specialist, dat is niet de apotheker zeker?

Ik: Nee, maar dat kan ook.

HA6: Ah een telefoonnummer!

Ik: Een telefoonnummer?

HA6: Een telefoonnummer. Want niet in alle brieven staat er een telefoonnummer. Dat je kan bellen naar de dienst, want nu met dat nieuwe systeem van Sint-Lucas bijvoorbeeld staan er geen telefoonnummers van de dienst bijvoorbeeld. Als jij dan de cardioloog wilt bellen, dus gewoon een telefoonnummer.

HA4: Of een prioritair nummer.

HA1: Nee, want dat staat in cozo, dus de patiënt kan dat dan ook zien.

HA6: Nee, nee, maar dat is niet het onderwerp van uw thesis.

HA5: Over wat zijn jullie bezig?

HA11: Wij zijn bezig over medicatie en dat formularium in het ziekenhuis niet altijd hetzelfde is als de medicatie die de mensen thuis nemen.

HA12: Bijvoorbeeld bisoprolol en emconcor, welke mogen we nemen? Omdat ze nog nemen wat er vroeger thuis lag, en ook nemen wat ze meegekregen hebben.

HA10: En dan zeggen ze ‘al mijn medicatie is gewijzigd!’ En dan kijk je en je ziet ah nee, dat is nog allemaal hetzelfde.

HA11: Dat is dan vooral na opname dat ze een medicatielijstje meekrijgen met medicatie met merknamen en in het klein wat de echte medicatie is. En sorry, de thuisverpleegkundigen, die snappen het ook niet, die snappen er niets van. Sorry, maar het is toch waar?

HA9: Ja, maar dat is toch logisch he?

HA11: Maar het staat maar rechts vanonder he.

HA1: En het wit-gele kruis kijkt niet naar vitalink en uitgedrukt schema van vitalinkt. Schema, niet van vitalink, die maken het zelf, die schrijven het over. Echt! En het enige dat telt, is hun dossier dat ze overgeschreven hebben.

HA10: Ok, maar die maken wel een medicatieschema he, veel andere thuisverpleegkundigen hebben geen medicatieschema he?

HA1: Nee, ze moeten dat ook niet doen, ze moeten dat vragen van dat je dat afdrukt van Vitalink, dat jij het doet, of dat zij het doen, maar zij kunnen er niet aan, dat moet ook niet.

HA10: Maar het zijn een van de weinige thuisverpleegdiensten die een medicatiefiche gebruiken, maar ze doen het wel he.

HA9: Als het staat is het goed he.

HA1: Maar zelf als je er een afdrukt van vitalink, specifiek, schrijven ze het over.

HA10: Wit gele kruis communicatie komt daarnaast ook in uw dossier. Een van de enige thuisverpleegkundigen waar dat dat is. Ok, het kan nog verbeteren, maar ze doen binnen hun mogelijkheden wel progressieve

HA1: Ja dat is waar, progressief.

Ik: Even terug naar de specialist en de huisarts. Hoe denken jullie dat die communicatie in zijn algemeen kan verbeteren? Hebben jullie algemene ideeën op regionaal niveau, nationaal niveau.

HA10: Ik denk dat we allemaal terug meer onze telefoon terug moeten pakken.

HA3: Maar we kennen ze ook niet meer zo goed he? Vroeger kende je wel zo bepaalde, gelijk sommige die belden, maar nu die jonge gasten, die bellen niet.

HA10: Die jonge gasten, dat klinkt zo oud.

HA3: Ik ben van de oude garde he.

HA8: Nee, maar dan vind ik wel dat de bereikbaarheid van de specialisten dringen enorm veel moet verbeteren. Er moet dringen een algemeen pleidooi gehouden worden dat als wij bellen naar een ziekenhuis voor een specialist dat je die niet na 10min, zelfs niet na 5min, maar binnen de minuut de gepaste mens aan de telefoon kunt hebben. Want dat is nu die diensten ‘Hallo dienst neurologie, een klein ogenblikje alstublieft.’

HA12: En dan nemen ze de telefoon even terug op en ‘nog een secondjen!’ Nee.

HA8: En ze luisteren zelfs niet meer wie dat je bent.

HA1: Maar ook zelfs op prioritair nummer zelfs he.

HA8: En zelfs prioritaire nummers. Prioritaire nummers werken niet.

HA11: Maar jawel, de gastro’s nemen altijd op.

HA10: Ik denk dat we gewoon veel meer moeten overleggen, dat er veel meer, dat dat de beste overlegmomenten zijn.

Ik: En hoe bedoel je dan?

HA10: Gewoon bellen en echt dingen benoemen en niet per briefjes naar elkaar, want dat is allemaal summier. Gewoon bellen, even discussieren met elkaar, wat is uw redenering, daar leer je ook zelf het meeste van.

HA6: Ahja, omdat je dan meer uitleg krijgt.

HA1: Heb je al een keer een specialist gehad die als je hem dan toch aan de lijn hebt gehad die u gezegd heeft ‘allez collega, dat zou je nu toch moeten weten.’

Unaniem: Nee

HA1: Meestal zijn ze heel vriendelijk en beginnen ze te vertellen en content dat we kunnen overleggen hebben. Het is toch zo dat we dat gekregen hebben.

HA6: Nee, niet allemaal. Soms heb je er wel een paar aan de lijn waarvan dat je zo denkt ‘waarvoor belt die dwaze huisarts mij?’ Dat vind ik wel.

HA5: Je hebt zo wel sommige psychiaters.

HA1: Ewel, ik ben meestal degene die voelt dat ik de dommerik ben, en ik heb dat nog nooit gehad als ik gebeld heb, dat ik als dommerik uitgescholden wordt.

HA6: Nee, niet uitgescholden, maar de ondertoon is soms van

HA1: Het is te zien waarvoor dat je gebeld hebt he…
HAHAHA

HA6: Ja dan nog als ik het niet weet. Ja, ik vind het niet altijd gemakkelijk. En dat kan voor hen iets dagdagelijks zijn, maar voor ons niet.

HA5: Tuurlijk dat is het he, Dat is gelijk als een patiënt dingen aan ons vraagt, we moeten wij ook niet zeggen ‘eej, weet gij dat niet manneke’.

HA6: Je vraagt ook niet aan de cardioloog ‘kijk eens in mijn oor’. Ze gaan het ook niet weten. Het is ook simpel he.

HA10: Er is niets zo klotig om achteraf een bericht te krijgen van je hebt het niet op tijd gezien of niet op tijd gehandeld.

HA1: Het is wel waar dat ze nooit ambetant doen als je ze aan de lijn hebt, maar je kunt ze niet aan de lijn krijgen. Dus waar zit dat, ofwel gebarende dat ze content zijn.

HA10: Maar ook ik denk dat als er gebeld wordt dat eerde het van onze kant naar hun is, dan omgekeerd. Ik was zo blij, ik heb onlangs naar Pierre Cambier gebeld, en dat is nu een oude garde man die eigenlijk ver niet meer moet werken. En ik belde voor een patient die een defibrilator heeft en hartritmestoornissen deed, en ik heb hem doorgestuurd van ‘Pierre, zou je daar eens naar willen kijken?’ En een paar uur later belde hij mij ‘Stefaan, je hebt dat goed gedaan, ik heb hem naar het UZ gestuurd.’ Ewel dat is leuk, dan heb je samen overlegd, en dan heb je iets gedaan voor die patiënt en een paar uur later was hij in het UZ.

HA1: Was hij dood..

HA6: Die brief moet nog komen!

Algemeen gelach.

HA10: Dat weet ik nog niet, ik zal het u binnen 6 maand weten te vertellen op de volgende LOK.

Ik: Dat brengt mij misschien direct bij het volgende puntje: zo meldingen van opname, ontslag, overlijden, vinden jullie dat nuttig? Soms kan dat een balast zijn in de inbox dat hij begint uit te puilen.

HA3: Ik vind dat wel nuttig.

HA2: Ik vind dat wel ok.

HA9: Het is nuttig als er ook andere brieven blijven komen, als die er ook snel zouden zijn. Als die even snel zouden komen, zou dat overbodig zijn.

HA3: En je weet ook wanneer ze naar huis zijn, ja ik vind dat niet erg.

HA10: Ik vind dat ook goed.

HA1: Ja, ontslaan, maar dan weet je wel niet naar waar dat hij ontslaan is he.

HA3: Jawel, meestal staat er bij ‘ontslag naar huis’

HA5: Ik vind het wel goed als ze van de dienst bellen dat de secretaresse belt, dat je patient gaat vrijdagnamiddag naar huis komen, of hij zal in kortverblijf gaan naar. Allez dat is wel

HA3: Maar dat is ook de geriatrie he.

HA5: Ja dat is geriatrie, dat is waar.

HA3: Dat is ook een van de betere diensten.

HA10: Maar eigenlijk, iemand die ontslaan wordt in een ziekenhuis zou eigenlijk sowieso een consultatiemoment bij ons moeten hebben om het eigenlijk allemaal te overlopen hoe dat het is geweest. Want dan ga je ook zelf kijken of dat de medicatiefiche aangepast is en zo verder.

HA7: We hebben daar ook niet altijd alle tijd voor he natuurlijk.

Ik: We leven ook niet in een ideale wereld natuurlijk.

HA10: Nee, ma zeker als het over echt pathologie gaat, ik bedoel, weet je als het niet over pathologie gaat, dan nee. Maar als het echt over iets is dat inpakt heeft, dat je direct ook in uw dossier mee zijt met het verhaal. Maar het is maar op die moment dat die patient bij u is, dat je uw dossier begint aan te passen, dat je iets begint op te schrijven, de medicatie nakijkt, kijken of ze het begrepen hebben. Uiteindelijk gelijk dat Stefaan zegt, als er iemand komt en hij brengt ook zijn medicatie mee en zijn lijstje mee, dan zou je direct zien ‘ah die neemt bisoprolol en die neemt bipressil, dat klopt hier niet.’ En nu is het maar achteraf, want evengoed, vraagt hij de ene moment bisoprolol en de andere moment bipressil en heb je het zelf niet door dat dat aan het gebeuren is uiteindelijk.

Ik: Ok, dan ga ik eens kijken.

HA5: Kan hij het nog aan?

Ik: Hij kan het nog aan. We zijn ondertussen al een mooi uurtje bezig. Zijn er nog mensen die zaken willen toevoegen rond de verslaggeving?

HA2: Ik heb onlangs telefoon gekregen van die jonge reumatologe, al 2 keer zelfs, Van Waebeke. Dat vond ik ook wel

HA10: En waar is dat? Is er daar een nieuwe reumatologe?

HA2: Sint-Lucas. 2 zelfs. 2 jonge vrouwen en ze hebben mij alletwee al eens gebeld.

Ik: Ok, dankjewel allemaal voor jullie tijd en inspanning.

HA5: Graag gedaan.

HA10: Maar zijn er nog dingen dat jij had, dat wij moeten een antwoord op geven.

Ik: Niet direct, er is al veel aan bod gekomen. Misschien, het was al aan bod gekomen, welke specialisten waar dat het minder goed verlopen. Ik hoorde al gynaecologen, gastro-enterologen van Sint-Lucas, oftalmologen, dermatologen.

HA7: Pediaters.

Ik: En waar gaat het goed ook?

HA8: Cardiologen, chirurgen, gastro-enterologen overal.

HA9: Geriaters.

HA10: Orthopedisten, NKO zijn wel. NKO van maria middelares krijgen we wel niet altijd bericht.

HA8: Psychiatrie is soms ook een probleem, vind ik.

HA7: Spoedartsen zijn wel goed.

HA10: Maar psychiaters vinden dat ze met ons niet moeten communiceren over de patiënten, ik heb daar al discussies over gevoerd.

HA3: Als ze een brief sturen is het wel 2 bladzijden lang.

HA9: Psychiaters vinden zelfs dat ze niet moeten communiceren met de partner of de familie.

HA10: Nee, psychiaters die vinden dat dat een contact is tussen hen en de patient en dat dat niet noodzakelijk is dat dat verspreid wordt naar

HA5: Maar ik vind dat jammer, want wij kunnen veel leren van die psychiaters.

HA8: Maar Stefaan, dat is ook weer dikke zever, als zij allerhande antidepressiva voorschrijven.

HA10: Jaja, medicatie kan ik wel begrijpen, maar het is vooral over de inhoud van de gesprekken.

HA11: Ja, maar die inhoud

HA7: Ze moeten daar gewoon een diagnose typen.

HA10: Ja maar inhoud doet u wel beseffen hoe dat zij soms tot een bepaalde diagnose komen.

HA2: Weet je wat ik eens gehad heb, een patiënte die zei ‘alles van mij mag op cozo staan, maar ik wil niet dat mijn verslag van de psychiater op cozo staat.’

HA7: Je kan dat kiezen he.

HA8: Dat kan je ook zelf aanduiden.

HA4: En heb je al met specialisten daarover samen gezeten?

Ik: Euh, ik heb al met vooral afdeling dermatologie op het UZ samengezeten.

HA5: Ja?

Ik: Daar kwam wat uit gelijk dat Catherine al had aangegeven, dat zij soms het de moeite niet vinden om een verslag te sturen gelijk dat ze zeggen, voor cryotherapie, moeten we daar een verslag over schrijven?'

HA11: Liever een versslag te veel dan te weinig.

Ik: Maar daar werd dan aangegeven, dat was met een groep huisartsen ook, dat zij toch liefst van alles, ook al is dat maar een heel klein verslag.

HA10: Awel, al is het maar eens een bereiding zien, die zij voorschrijven. Anders wil je dat voorschrijven, maar heb je niet de juiste formule van die bereiding.

HA1: En dan, welke diensten nog?

Ik: Met de directie van Sint-Lucas ook eens samengezeten. Vooral in de periode dat ze een nieuw programma aan het integreren waren en aan het kijken om de communicatie, was het 2 jaar geleden?

HA2: Ja, en dan is dat programma volledig mislukt. Dan krijgen we vanalles 2 brieven.

Ik: Dan is dat volledig mislukt, maar ze waren wel in gesprek met de HVG en ik mocht daarbij zitten omdat mijn thesis daar wat binnen zit. Hoe ze dan die verslaggeving konden verbeteren naar de huisartsen toe.

HA3: Typlessen voor dermatologie.

Ik: Of dictafoons.

HA5: Worden de brieven eigenlijk, dat is toch met een dictafoon en dan de secretaressen/secretarissen?

Ik: Dat hangt er wat van af, soms wordt dat ook direct van spraak naar tekst overgegaan. Maar soms wordt dat ook gewoon ingesproken en wordt dat door de secretaresse uitgetypt, maar dan moet de specialist dat nog eens nalezen, dus heb je daar wel van de ene naar de andere en dan terug.

HA5: Want de secretaresse moet waarschijnlijk en telefoon en typen?

Ik: Dus dat is ook niet atlijd even vlot. En zo een dictafoon van spraak naar tekst, dat is ook vaak heel veel werk dat daar op voorhand moet inkruipen.

HA6: Maar radiologen doen dat nu wel bijna allemaal.

HA5: Dus de conclusie is waarschijnlijk dat het allemaal veel efficiënter moet gebeuren en dan is het interessant, wel heel belangrijk om te weten wat er juist in moet.

HA1: Gastro-enteroloog Eric Vander Straeten die typte zijn brieven terwijl zijn patiënt erbij zat en *swiet*.

HA6: Ah Immegeers ook he.

HA1: Patiënt was mee met zijn brief en dat was al opgestuurd, dus wij kregen hem, en patient kreeg hem ook.

HA5: Dat is efficient werken he.

HA9: Je hebt daarjuist gezegd he, van welke diensten zijn goed, dat is ook belangrijk om aan te geven. Er zijn diensten die het goed doen, dus anderen zouden het ook moeten kunnen met de technologie dat er is. Als je kijkt naar geriatrie, cardio, heelkunde, die doen het al goed, dus ze moeten eens kijken naar elkaar, waarom het bij de een lukt en bij de ander niet. Soms zijn er problemen met de computer, maar vaak ook onwil of ..

HA10: Maar uiteindelijk, hoeveel is er van zo een brief, een heel lange brief, hoeveel is er dat ze allemaal zelf getypt hebben? Als dat allemaal copy paste dingen zijn, van bloed en radiologie en zo verder, dat lijkt heel veel, maar uiteindelijk is dat allemaal copy paste en het tekstje dat ze schrijven is de anamnese, misschien hun onderzoek en dan nog een besluit. Dus eigenlijk, zo veel is dat allemaal niet, dus dat zou rapper moeten kunnen.

HA5: Ja maar er sluipen toch wel, ik ga niet zeggen heel veel, maar regelmatig fouten in zijn copy paste, van uw patient neemt drugs en huh, die mens van 54 jaar zegt ‘ik pak geen drugs’.

HA3: 54, dat kan wel he.

HA5: Neenee, ik wil maar zeggen dat was geen jonge gast, sorry maar je moet toch eens hmm, eens checken.

HA6: Er staat ook vaak ‘gewicht zoveel’. Ik zeg dan ‘ah ze hebben u gewogen?’ ‘Ah nee.’

Ik: En extra onderzoeken, bijvoorbeeld bij de cardiologen echocor enzo, vind je dat nuttig dat dat erin staat?

HA8 en 5: Ja ik vind van wel.

HA3: Soms vragen de mensen dat ook wel, van hoe dat het is geweest. Anders heb je enkel uw besluit.

HA9: Maar dat staat er al in he.

HA5: Ja maar als we aan het zeggen zijn, we moeten de anamnese, de hoofddiagnose hebben, het besluit hebben. Dan gaat dat er allemaal van tussen vallen, dat is niet de bedoeling he.

HA1: Maar in zijn besluit kan hij er toch op zetten, op echocor hebben we dat gevonden in het besluit, dan weet je dat je echocor gedaan hebben.

HA6: Ja, ik vind dat nuttig. Misschien besluit in het vet ofzo, dat dat het besluit is.

HA5: Ik denk dat dat zo geen eenheidsworst is voor elke discipline

HA10: Nee, maar ik denk 2 brieven, een heel summier besluit en dan een tweede brief die ook wat later mag komen met als je.

HA3: We mogen al blij zijn als we er een krijgen he.

Ik: Awel, omdat het een beetje het idee was van Sint-Lucas, was dat er eigenlijk een heel uniforme brief zou zijn, gelijkaardig aan een eForm, heel vast met anamnese, met evt gecodeerde woorden met onderzoeken. Echocor is dan met cijfers is bijvoorbeeld of druk, en dan kan je dat vergelijken met vorige onderzoeken.

HA8: Ik vind ook dat naar communicatie toe naar de toekomst toe, zou er in uw brief zou er eigenlijk een paar codes moeten verwerkt zitten, en dan automatisch ook in uw dossier komen.

Ik: Maar dan zou je dezelfde codes moeten gebruiken tussen het dossier van de huisarts en het dossier van de ziekenhuizen.

HA6: Maar dat is dan voor de overheid om dat te regelen.

HA8: In principe is dat geen probleem he. Hartinfarct of pneumonie in R80, en voor de pneumologen is dat, dat kan geen probleem worden. Er zitten genoeg databases, linken die dat kunnen detecteren. Allez, ik vind dat dat naar brieven ook toe dat software ons veel meer zou moeten helpen en dat die brieven softwarematig interessant gemaakt zijn. Dat je daar iets aan hebt.

HA6: Dat je iets uithaalt uit uw brief, dat het geen brief is, maar dat je kunt in uw dossier slepen.

HA5: Maar hoelang zijn ze al bezig aan het herwerken van het coderen?

HA8: Absoluut.

HA5: Nee het is wel zo, wat voor coderingen er in staan. We hebben het er onlangs nog maar eens over gehad. Van die exotische dingen. En als je heel eenvoudig iets, dat vind je niet.

HA11: Muggenbeet? Nee he. Dat is insectenbeet.

HA6: Op lidmaat, niet nader gespecifieerd lidmaat.

HA8: Krokodilbeet staat er in, maar kattenbeet, hondenbeet, dat staat er niet in.

HA10: Prostaatcarcinoma, staat er niet in bij ons. Het is prostaatcarcinoma in situ, of prostaatkanker.

HA6: Het is te zien welke lijst je ook gebruikt he. Welke codering. Maar dat is een ander onderwerp.

HA5: Maar dat is ook wel onderdeel van een betere communicatie tussen de verschillende disciplines. Moesten we nu eens allemaal hetzelfde gebruiken.

HA8: Bij Mediris ook als we het overlijden moeten gaan vaststellen. Dood. In plaats van vaststellen natuurlijke dood of zoiets.

Gezamenlijk ‘Dood’

HA10: Duud es duud.

HA8: Er zijn nogal dingen waarvan dat ik denk van mannekes toch.

HA11: Op zich heb je wel verschillende manieren om dat te schrijven he, maar geen enkele is ‘normaal’.

HA5: Ok, iemand die nog dringend iets wil van zijn hart? Een rondje van het hart. Niemand?

HA8: Wat ik nog wil zeggen dat is dat de HVG wel altijd veel inspanningen levert en dat er wel altijd ook vanuit bestuursorganen dat dat altijd op gehamerd wordt, maar er gebeurt niets mee. Of toch heel weinig.

HA2: Dat wil toch zeggen dat wij niets te zeggen hebben.

HA8: Dus dat wordt toch echt wel tijd dat we, dat daar wel eens iets mee gebeurt.

HA9: Het is toch zeker al zo gekeken, de vrijdag naar huis sturen, dat ze dat minder gingen doen, zeker inderdaad medicatie meegeven tot na het weekend, een lijst meegeven. Dus dat zijn dingen die wel al gebeurd zijn en beter zijn.

HA10: Ja dat is waar, maar dat zijn dingen die niet alleen gestuurd worden vanuit de verenigingen, maar ook vanuit functionele binding, WZC en ziekenhuizen gestuurd. Dat zijn ongelooflijk veel kanalen en uiteindelijk zijn we na tientallen jaren en uiteindelijk misschien een beetje verbetering aan het zien.

HA9: Ja, dat is helemaal niet mijn ding, maar in vergaderingen moet je een uur vergaderen om een klein ding te veranderen en dan weer een uur voor nog een klein ding. Vanmiddag hebben wij een half uur, 10 mensen hebben juist hetzelfde gezeg tegen een iemand om een beetje met de mutualiteiten, met de arsten van daar contact te kunnen hebben met de telefoon. Na een halfuur heeft ze gesnapt ‘ah ik zal misschien eens vragen, ik vind dat ze ook een beetje in hun burcht zitten, ik zal eens vragen of ze toch telefonisch bereikbaar zouden kunnen zijn en zo misschien eens afspreken dat er iemand naar hier komt.’ Dat is het besluit na een uur.

HA5: Ik denk dat dat ook eigen is aan onze maatschappij.

HA9: Traag traag traag.

HA10: Ik heb in het WZC 5 jaar gedaan in de tijd om alcogel ingeburgerd te krijgen in het WZC en dan kwam corona. Ik wil gewoon zeggen 5 jaar.
Omdat dat financieel het probleem was.

HA5: Ok dan denk ik dat je uw toestel kunt uitzetten.

Ik: Ok, dank jullie wel allemaal.

Bijlage: Definities aan codes

- Medicatie: betreffende de medicatie van de patiënt
- Ontslagplanning: alles aangaande het ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis
- Pushmeldingen: betreffende automatische berichten naar de huisarts
- Rol van de huisarts: de verschillende rollen/taken/verantwoordelijkheden die de huisarts vervult
- Software: alles aangaande de software/medische programma's
- Tijdsverlies: alle taken/inspanningen die huisartsen zien als tijdsverlies
- Mondelinge communicatie: alles wat te maken heeft met mondeling overleg
    - Feedback: terugkoppeling van de huisarts naar de specialist over miscommunicatie
    - Goede communicatie: communicatie die goed is verlopen
    - Slechte communicatie: communicatie die niet goed is verlopen, niet duidelijk is
    - Samenwerking: het samenwerken van de huisarts, specialist (en patiënt) in zijn geheel. Ook verbeteringen van de samenwerking valt hieronder
- Verslaggeving: alles wat te maken heeft met geschreven verslaggeving van en naar de huisarts
    - Goede verslaggeving: verslaggeving die goed is verlopen
    - Slechte verslaggeving: verslaggeving die niet goed is, niet duidelijk of te laat
    - Verslag lezen: alles wat te maken heeft met een verslag te lezen
    - Termijn verslaggeving: de termijn waarin verwacht wordt dat huisartsen verslaggeving krijgen
    - CoZo: alles rond verslagen die op CoZo staan
    - Verbetering verslaggeving: betreffende verbeterpunten, voorstellen om verslaggeving naar de huisarts te verbeteren