Meedelen van resultaten in de huisartsenpraktijk:

Een inventarisatie van handelwijzen bij huisartsen en tips ter implementatie in de praktijk.

Leen Demol (Katholieke Universiteit Leuven)

Promotor: Prof. Jo Goedhuys (Katholieke Universiteit Leuven)

Praktijkopleider: Dr. Peter De Coster

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

INHOUDSTAFEL

Dankwoord **p.4**

Abstract **p.5**

Inleiding **p.6**

Literatuurstudie **p.7**
1. Zoekvragen p.7
2. Methode p.7
3. Resultaten p.7
   - 3.1 Juridisch aspect p.7
   - 3.2 Visie p.8
   - 3.3 Organisatie p.9
     - 3.3.1 Testproces p.9
     - 3.3.2 Medium p.10

Veldonderzoek **p.12**
1. Onderzoeksvragen p.12
2. Methode p.12
   - 2.1 Interview p.12
   - 2.2 Studiepopulatie p.12
   - 2.3 Outcome p.12
   - 2.4 Gegevensanalyse p.13
3. Resultaten p.13
   - 3.1 Demografische factoren p.13
   - 3.2 Visie p.14
   - 3.3 Kennis van het wettelijk kader p.16
   - 3.4 Organisatie p.17
     - 3.4.1 Wie p.17
     - 3.4.2 Wanneer p.18
     - 3.4.3 Tijdsbestek p.18
     - 3.4.4 Afspraken p.18
       - 3.4.4.1 Laboratoriumonderzoeken p.18
       - 3.4.4.2 Radiologische onderzoeken p.19
       - 3.4.4.3 Baarmoederhalsuitstrijkjes p.20
       - 3.4.4.4 Gespecialiseerde onderzoeken p.20
     - 3.4.5 Medium p.21
     - 3.4.6 Overzicht p.22
     - 3.4.7 Afspraken met collega's p.22
     - 3.4.8 Notitie in dossier p.23
   - 3.5 Critical incidents p.23
   - 3.6 Tevredenheid/Hulpmiddelen p.29
4. Tips p.30

Discussie **p.31**

Conclusie **p.32**

Tabel **p.36**

Referenties **p.38**

Bijlagen **p.40**

DANKWOORD

Graag wil ik hierbij alle mensen bedanken die me geholpen helpen bij het tot stand brengen van deze masterproef.

Vooreerst wil ik mijn promoter, Professor Jo Goedhuys, bedanken voor zijn hulp bij het verwezenlijken van deze masterproef. Hij was steeds bereikbaar voor goede raad en opbouwende feedback.

Daarnaast bedankt ik graag mijn praktijkopleider, Dr. Peter De Coster en de hele praktijk voor hun interesse en steun en vooral voor de opleiding die ze mij de voorbije twee jaar hebben gegeven.

Zonder de medewerking van de geïnterviewde huisartsen was dit project onmogelijk geweest. Ik wil hen dan ook bedanken voor de bereidheid aan dit onderzoek mee te werken en de tijd die ze hiervoor hebben uitgetrokken.

Tot slot bedank ik de mensen in mijn omgeving en mijn partner, Wim. Bedankt voor je computerkennis, je geduld en je aanmoediging.

ABSTRACT

Meedelen van resultaten in de huisartsenpraktijk: inventarisatie van handelwijzen bij huisartsen en tips ter implementatie in de praktijk.

Huisarts-in-opleiding: Leen Demol (Katholieke Universiteit Leuven)
Promotor: Prof. Jo Goedhuys (Katholieke Universiteit Leuven)
Praktijkopleider: Dr. Peter De Coster

Context: Dagelijks krijg je als huisarts resultaten binnen van onderzoeken die werden aangevraagd in kader van de zorg voor je patiënt. Deze resultaten moeten verwerkt en meegedeeld worden aan de patiënt. Na de vaststelling dat het meedelen van resultaten niet steeds vlekkeloos verloopt, wordt in deze studie bekeken wat de handelwijzen van huisartsen zijn en welke aanpassingen mogelijk zijn om het meedelen van resultaten te verbeteren.

Onderzoeksvraag: Dit onderzoek heeft als bedoeling na te gaan wat de handelwijzen zijn van huisartsen bij het meedelen van resultaten en welke critical incidents zich hierbij hebben voorgedaan. Dit om tips te genereren die geïmplementeerd kunnen worden om het proces van het meedelen van resultaten te verbeteren.

Methode: Vooreerst werd in de literatuur gezocht naar onderzoeken waarin de organisatie van het meedelen van resultaten en de visie die artsen hierbij hanteren aan bod komen. Nadien betreft het een kwalitatief onderzoek waarbij huisartsen op een semi-gestructureerde manier werden geïnterviewd. Vragen werden gesteld naar hun visie over en organisatie bij het meedelen van resultaten in hun praktijk. Tevens werd gevraagd naar voorgedane critical incidents bij het meedelen van resultaten. Alle gegevens uit de interviews werden onderworpen aan een kwalitatief onderzoek volgens de Grounded Theory.

Resultaten: De schaars beschikbare literatuur geeft weer dat fouten in de organisatie bij het meedelen van een resultaat zich voordoen over het hele testproces en dat artsen hierbij niet één visie volgen. De geïnterviewde huisartsen hebben als visie dat de uitleg van een resultaat moet gegeven worden door de arts die het onderzoek heeft aangevraagd en dat het initiatief tot contactname voor het bekomen van dit resultaat bij de patiënt ligt. De organisatie die werd gehanteerd bij het meedelen van resultaten was uiteenlopend. De huisartsen haalden critical incidents aan die in 5 thema's te verdelen zijn: samenwerking, organisatie, communicatie, patiënt afhankelijke factoren en beroepsgeheim.

Conclusie: Uit dit onderzoek blijkt dat de handelwijzen van huisartsen uiteenlopen en dat we niet kunnen spreken van één juiste manier waarop het meedelen van resultaten aan patiënten moet gebeuren. De aangehaalde visies van de huisartsen zijn opvallend aangezien deze niet terugkomen in de literatuur en een wettelijk kader hiervoor ontbreekt. Vanuit de critical incidents kunnen we enkele tips extraheren die door huisartsen gebruikt kunnen worden om het meedelen van resultaten beter aan te pakken.

E-mail: leen_demol@hotmail.com

ICPC-code: (A) Algemeen en niet gespecifieerd

INLEIDING

Als huisarts krijg je dagelijks verschillende resultaten binnen van de patiënten in je praktijk. Deze werden aangevraagd ik kader van de zorg voor je patiënt. De resultaten moeten door de huisarts verwerkt worden om nadien meegedeeld te kunnen worden aan de patiënt.

Het communiceren van resultaten van een onderzoek is een specifiek onderdeel van het artsenberoep en vergt een effectieve arts-patiënt communicatie. Het bespreken van medische informatie is een onderdeel van het element “communicatie”. Dit element maakt deel uit van de zeven CanMEDS-competenties die een arts moet beheersen.(1) De CanMEDS-systematiek wordt gebruikt om de verschillende rollen (competenties) te beschrijven van zorgprofessionals.

De aanzet van het onderwerp van deze masterproef was de vaststelling dat het meedelen van resultaten aan patiënten niet steeds vlekkeloos verloopt. De manier waarop deze communicatie gebeurt is immers uiteenlopend voor verschillende artsen.

In deze studie is het daarom de bedoeling een antwoord te krijgen op de vraag hoe huisartsen omgaan met het meedelen van resultaten aan patiënten. Wat zijn hun handelwijzen en waar liep het al eens verkeerd? Op die manier kunnen we hieruit tips extraheren die de huisartsen kunnen helpen om het meedelen van resultaten aan de patiënten te verbeteren.

LITERATUURSTUDIE

1. Zoekvragen

Voor de literatuurstudie werd gebruik gemaakt van volgende zoekvragen:

- Wat is het juridisch aspect bij het meedelen van resultaten aan patiënten? Wat zijn hierbij de rechten en plichten van de patiënten?
- Wat is de visie van (huis)artsen over het meedelen van resultaten?
- Hoe verloopt de organisatie van het meedelen van resultaten in de praktijk? Waar kan het in dit proces mislopen?

2. Methode

De literatuur werd doorzocht naar huisartsrelevante artikels die een antwoord boden op bovengestelde onderzoeksvragen. Dit gebeurde via het watervalprincipe.

In eerste instantie werden een aantal artikels gevonden via de website van domus medica in het tijdschrift “Huisarts Nu” en tevens via de website van het Nederlandse tijdschrift “Huisarts en Wetenschap”. De zoektocht werd vervolgd op de website van de NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap), LVG (Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn) en Orde Der Geneesheren. De laatste twee instanties werden gemaild zonder resultaat.

De zoektocht werd verder gezet in de Cochrane library en de Medline databank. De volgende zoektermen werden hierbij gebruikt: “access to information”, “to communicate information”, “family practice”, “to communicate results”, “primary care”, “general practice”. Na een selectie van artikels werden ook de referentielijsten nagekeken op nuttige bronnen. Een zoektocht in de Trip Database bracht geen bijkomende informatie.

Voor het juridisch aspect werd de cursus Medisch Recht geraadpleegd en per mail informatie gevraagd aan Professor Hermen Nys, hoogleraar aan de Faculteit Geneeskunde van de KU Leuven en hoofd van het Interfacultair Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht te Leuven. Als laatste werd ook gebruik gemaakt van de zoekmachine Google met als zoektermen “plichten van de patiënt”, “patiëntenrechten” en “patiëntenplichten”.

3. Resultaten

Er werd gekozen om te beginnen met de bespreking van het juridisch aspect. Hierbij worden de relevante wetteksten besproken. Nadien wordt ingegaan op de visie van (huis)artsen over het meedelen van resultaten aan patiënten. Vervolgens wordt een antwoord geformuleerd op de laatste onderzoeksvraag waarbij wordt ingegaan op het proces dat doorlopen wordt bij het afnemen van een test en de manier waarop een testresultaat wordt meegedeeld aan de patiënt.

3.1 Juridisch aspect

Bij het meedelen van testresultaten aan een patiënt moet rekening gehouden worden met het wettelijk kader. Tabel 1 geeft de artikels en paragrafen weer uit de patiëntenrechtenwet (22 augustus 2002. Wet betreffende de rechten van de patiënt) die belangrijk zijn voor dit onderwerp.

Artikel 7 van de patiëntenrechtenwet beschrijft het recht van de patiënt op informatie over zijn gezondheidstoestand. Dit wil zeggen dat een patiënt tegenover de beroepsbeoefenaar recht heeft op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan. Dit recht staat op zichzelf zonder voorgenomen behandeling. De vormelijke aspecten bij het recht op informatie zijn drievoudig. Ten eerste moet de communicatie met de patiënt in duidelijke taal gebeuren en dus de wijze waarop dit gebeurt moet aangepast zijn aan elke patiënt. Ten tweede kan de patiënt de arts vragen dat de informatie hem schriftelijk wordt bevestigd en ten derde moet op verzoek van de patiënt de informatie worden meegedeeld aan een door hem aangewezen vertrouwenspersoon. Deze vraag en de identiteit van de vertrouwenspersoon moeten vermeld worden in het patiëntendossier.(2, 3)
Naast het recht op informatie heeft de patiënt ook het recht op niet-weten. Dit uitdrukkelijke verzoek van de patiënt wordt opgenomen in het patiëntendossier en de plicht van de arts om te informeren wordt dan een plicht om niet te informeren. Wanneer echter het niet meedelen ernstig nadeel oplevert voor de gezondheid van de patiënt of derden, deelt de beroepsbeoefenaar deze informatie toch mee nadat hij hierover eerst een andere beroepsbeoefenaar en de vertrouwenspersoon van de patiënt heeft gehoord.(2, 3)
Paragraaf 4 van artikel 7 beschrijft de therapeutisch exceptie. Dit houdt in dat de arts de informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt mag onthouden als dit klaarblijkelijk ernstig nadeel voor de gezondheid van de patiënt zou meebrengen. Dit kan mits de beroepsbeoefenaar hierover een andere beroepsbeoefenaar heeft geraadpleegd, een schriftelijke motivering maakt in het dossier van de patiënt en de vertrouwenspersoon van de patiënt inlicht. De beroepsbeoefenaar moet de informatie alsnog meedelen als de informatie niet langer nadeel oplevert voor de patiënt.(2, 3)

De patiënt heeft ten opzichte van de arts een medewerkingsplicht. Artikel 4 legt aan de patiënt de verplichting op zijn medewerking te verlenen aan de zorgverlener. Een verantwoordelijke patiënt verleent medewerking aan kwaliteitsvolle zorg (artikel 5: recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking) door informatie te geven over zijn gezondheidstoestand. De medewerkingsplicht houdt verder ook in dat een patiënt inspanningen doet om de informatie die de zorgverlener verstrekt over zijn gezondheidstoestand (artikel 7: recht op informatie) te begrijpen. Echter deze medewerkingsplicht dwingend opleggen is onmogelijk aangezien het zou leiden tot een inbreuk op de persoonlijke vrijheid. Deze plicht is dus eerder symbolisch. De enige praktische juridische betekenis lijkt te zijn dat de beroepsbeoefenaar die in rechte wordt aangesproken door de patiënt zich kan verweren door de nalatigheid van de patiënt in te roepen.(2, 3, 4)

3.2 Visie

Studies waarin de visie van artsen wordt gevraagd over het meedelen van resultaten zijn beperkt. Uit onderzoek naar een stappenplan om tot samenwerking tussen huisartsen te komen blijkt dat men vanuit individuele visies tot een gemeenschappelijke missie moet komen die kan leiden tot concrete doelstelling en manieren van handelen.(7) Het meedelen van resultaten aan patiënten is hier een onderdeel van.

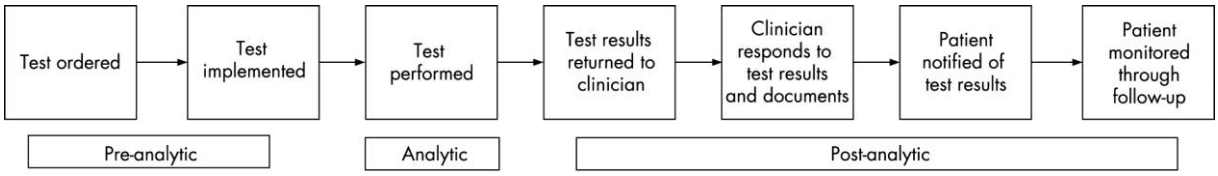
Een mogelijk te hanteren visie luidt: “Geen nieuws, goed nieuws”. Cijfers omtrent deze stelling zijn uiteenlopend.

Boohaker et al. toonde in hun onderzoek aan dat de helft van de artsen het matig tot zeer belangrijk vond om patiënten in te lichten over normale testresultaten hoewel maar 28% van de artsen aangaven het altijd te doen. Daarentegen vonden 99% van de artsen het zeer belangrijk abnormale testresultaten mee te delen. Ondanks dit hoge cijfer gaf een derde van de artsen aan hun patiënten niet altijd in te lichten. Redenen die hiervoor werden aangehaald zijn tijdsgebrek, het niet kunnen bereiken van de patiënt, vergeten, de resultaten werden als triviaal beschouwd en de patiënten werden binnenkort terugverwacht bij de arts.(8)
Andere studies daarentegen geven cijfers waar 73,2% van artsen aangeeft dat patiënt zowel het normale als abnormale testresultaten zouden moeten kennen. Hier rapporteren 78,6% van de artsen dat ze patiënten op de hoogte brengen van hun normale testresultaten. Het percentage voor het op de hoogte brengen van patiënten hun abnormale testresultaten was gelijk.(9)
Het geven van de boodschap “Geen nieuws, goed nieuws” aan patiënten verhoogt mogelijks het risico dat resultaten niet worden meegedeeld of over het hoofd worden gezien met mogelijks negatieve gevolgen voor de patiënt. Daarenboven geven studies waarin de mening van de patiënt wordt gevraagd aan dat zij de “Geen nieuws, goed nieuws” aanpak onacceptabel vinden. Ze willen geïnformeerd worden over al hun testresultaten, ongeacht of de resultaten normaal of abnormaal zijn.(9, 10)

3.3 Organisatie

3.3.1 Testproces

Het proces dat plaatsvindt bij het afnemen van een test is complex. Dit proces wordt ingedeeld in 3 fasen: de pre-analytische, de analytische en de post-analytische fase. Het proces begint bij het aanvragen van een test en gaat tot de monitoring van de patiënt bij de follow-up ervan.(Figuur 1)



Figuur 1: Schema van het proces bij het afnemen van een test.(11)

In de verschillende onderdelen van het proces oefenen verschillende personen (artsen, patiënten, teamleden, laboranten,…) bepaalde taken uit.(11, 12)

Het doel van de studie van Hickner et al. was om aan te tonen in welke stap van het testproces de meeste fouten gebeurden. Dit werd gedaan aan de hand van anonieme verhalen van artsen en andere teamleden. De studie vond plaats in 8 praktijken voor huisartsgeneeskunde in 7 verschillende staten van de Verenigde Staten. De meest voorkomende fouten waren gerelateerd aan het rapporteren van testresultaten aan de clinici gevolgd door fouten bij de implementatie van testen. Daarnaast werden fouten vastgesteld bij het aanvragen van testen, het geven van gevolg aan de testresultaten door de artsen, het meedelen van de testresultaten aan patiënten,… De type fouten die werden gerapporteerd varieerden sterk per praktijk. Hieruit kan men besluiten dat fouten zich voordoen over het hele spectrum van het testproces en dat het eigen testproces moet worden geanalyseerd om zwakke schakels te ontdekken.(11)

Uit retrospectieve studies die plaatvonden in ziekenhuizen in de Verenigde staten waarbij fouten in de post-analytische fase werden onderzocht kunnen we gelijkaardige conclusies trekken.(12, 13) Het falen van follow-up van testresultaten in de ambulante setting werd bekeken. Een systematisch review stelde een grote variatie in percentages van niet opgevolgde testresultaten vast gaande van 6,8% tot 62% voor laboratoriumonderzoeken en 1,0% tot 35,7% voor radiologische resultaten.(12)
De impact van de gemiste testresultaten voor de patiënten varieerde. Verhoogde ziekenhuisbezoeken door gemiste kyperkaliëmie werden vastgesteld en neveneffecten van medicatie werden gerapporteerd. Andere voorbeelden die werden aangehaald waren een slecht opgevolgde schildklierfunctie en gemiste kankerdiagnoses.(12)
Als oorzaak hiervoor werden verschillende elementen aangehaald. In een ziekenhuis zijn verschillende personen betrokken bij de follow-up van een test. Studies gaven aan dat er een gebrek aan richtlijnen bestonden voor de opvolging van een resultaat. Er bestond geen duidelijkheid over wie verantwoordelijk was en over hoe en wanneer een patiënt moest worden ingelicht over zijn testresultaten. Er werd ook vastgesteld dat het medisch dossier een rol speelt. Er werd aangetoond dat het werken met een elektronisch dossier beter is voor de follow-up van resultaten dan een papieren dossier.(12) Daarnaast werd aangehaald dat het verwerken van veel data en de onwetendheid over wanneer een resultaat bekend is tot gemiste resultaten kan leiden.(13)
Als mogelijke hulpmiddelen in de ziekenhuissetting worden potentiële functies van het elektronisch medisch dossier (EMD) geopperd. Voorbeelden zijn het bovenaan laten verschijnen van abnormale testresultaten in het dossier en het inbouwen van alarmsystemen. Deze kunnen gebruikt worden voor het signaleren van abnormale resultaten en weergeven dat patiënten een test gemist hebben. Een andere mogelijkheid is de toegang verlenen aan patiënten om zelf hun dossier te kunnen raadplegen en op die manier de patiënt zelf een rol te laten spelen in de follow-up. Dit is echter geen garantie dat er gevolg wordt gegeven aan resultaten.(12, 13)
Sommigen van deze oorzaken en hulpmiddelen kunnen geëxtrapoleerd worden naar de huisartsensetting.

3.3.2 Medium

Over de beste manier waarop testresultaten moeten worden meegedeeld bestaat veel discussie. Studies vanuit de Verenigde staten geven aan dat artsen voor het meedelen van normale testresultaten een brief prefereren. Voor het meedelen van abnormale testresultaten is de eerste keuze een telefonisch contact ondernomen door de arts of als tweede optie een telefonisch contact door een lid van het medische team. Patiënten hebben dezelfde mening over het gebruikte medium. Ze verkiezen dat het resultaat wordt meegedeeld door de arts die het heeft aangevraagd en indien niet mogelijk door een assistent of verpleegkundige die uitleg kan geven.(9, 10)

Telefooncommunicatie, hoewel geprefereerd door vele patiënten en artsen, heeft enkele nadelen. Het is tijdrovend en wanneer de informatie via de telefoon wordt meegedeeld door een teamlid bestaat er gevaar voor misinterpretatie. Tevens moet elk gegeven advies door een arts gedocumenteerd worden om juridische problemen te voorkomen. Wat dan te doen met het achterlaten van een boodschap aan de patiënt? Is dit geoorloofd? De meningen zijn verdeeld.(9)

Het gebruik van e-mail voor het meedelen van resultaten wordt aangegeven als mogelijk alternatief. In een studie uit de UK werden huisartsen bevraagd over hun gebruik van e-mail als communicatiemiddel met patiënten en over hun attitude ten opzicht van dit medium. De gepercipieerde voordelen waren de mogelijkheid tot communicatie op een afstand, het voordeel voor patiënten met een specifieke handicap (doofheid), de mogelijkheid tot het snel doorgeven van informatie (web-links) en normale resultaten. Echter het aantal aangehaalde nadelen lag hoger. Met name privacy, veiligheid, ongepastheid voor het bespreken van bepaalde onderwerpen, tijdrovend, kosteloze service en e-mail is geen onderdeel van medisch dossier.(14) Een Cochrane review haalt daarnaast nog andere nadelen aan: medicolegale problemen, technologische problemen en het creëren van een ongelijkheid ten opzichte van patiënten die geen toegang hebben tot dit medium.(15) Het gebrek aan veiligheid wordt ook aangehaald door de Orde Der Geneesheren in België. De arts kan via dit medium geen garantie bieden over het beroepsgeheim terwijl dit ten allen tijde door de arts dient gerespecteerd te worden.(16) In Nederland zien sommige huisartsen e-mail als geschikt medium voor het doorgeven van informatie (bijvoorbeeld laboratoriumuitslagen). Dit tegen een vergoeding.(17)

VELDONDERZOEK

1. Onderzoeksvragen

In het veldonderzoek wordt overgegaan tot het interviewen van huisartsen. Er worden vragen gesteld naar hun visie over en organisatie bij het meedelen van resultaten in hun praktijk. Tevens wordt gevraagd naar voorgedane critical incidents[1] bij het meedelen van resultaten. De verwerkte vragenlijsten hebben als doel de visie en organisatie bij het meedelen van resultaten in kaart te brengen en een analyse te maken van voorgedane critical incidents om tips te genereren ter implementatie in de praktijk.

2. Methode

2.1 Interviews

Na de literatuurstudie werd een vragenlijst samengesteld. Hierbij werd vooral gebruik gemaakt van open vragen zodat de artsen uitgebreid hun mening konden geven. Het interview bestaat uit 6 delen:

- Demografische factoren
- Visie
- Kennis van het wettelijk kader
- Organisatie
- Critical incidents
- Tevredenheid/Hulpmiddelen

De vragenlijst is terug te vinden in bijlage 1. Er werd gestreefd naar het interviewen van 30 huisartsen aangezien verwacht werd dan saturatie te bereiken. Om de vragen op punt te stellen werd een testinterview afgenomen van een collega in de praktijk. Het interviewen van de huisartsen startte in juli 2013 en werd beëindigd in september 2013. De huisartsen werden telefonisch gecontacteerd en na hun mondeling akkoord werd een plaats en datum vastgelegd waarop de afname van het interview plaatsvond. Dit gebeurde op 3 uitzonderingen na in de praktijk van de arts. Het interviewen van de huisartsen nam gemiddeld 20 minuten in beslag. Na het afnemen van 10 interviews werd in het organisatorische onderdeel een bijkomende vraag gesteld naar de specifieke afspraken die werden gemaakt bij het meedelen van een laboratoriumonderzoek waarin onderzoek werd gedaan naar een seksueel overdraagbare aandoening (SOA). Bij de vraag naar critical incidents konden de huisartsen meerdere gebeurtenissen bespreken.

2.2 Studiepopulatie

De selectie van de huisartsen gebeurde op basis van leeftijd, geslacht en praktijkvorm waarin ze werken. Ik begon met het contacteren van huisartsen in het wachtgebied waar ik werk en omliggende dorpen. Vervolgens kreeg ik via de geïnterviewde huisartsen en via mijn stagemeester namen door van andere huisartsen. Zowel artsen van in de stad als op het platteland werden geïncludeerd. Dit met als doel een zo gevarieerd mogelijke populatie van artsen te bekomen. De gecontacteerde huisartsen zijn allen actief in Vlaams-Brabant.

2.3 Outcome

Het betreft hier een kwalitatieve studie waarbij de huisartsen werden geïnterviewd op een semi-gestructureerde manier. Aan iedereen werden dezelfde vragen gesteld en zij konden

[1]According to Flanagan (1954, p. 338) 'an incident is critical if it makes a 'significant' contribution, either positively or negatively to the general aim of the activity' and it should be capable of being critiqued or analysed'. (18)

hier vrij op antwoorden. De antwoorden werden opgenomen en nadien uitgetypt.

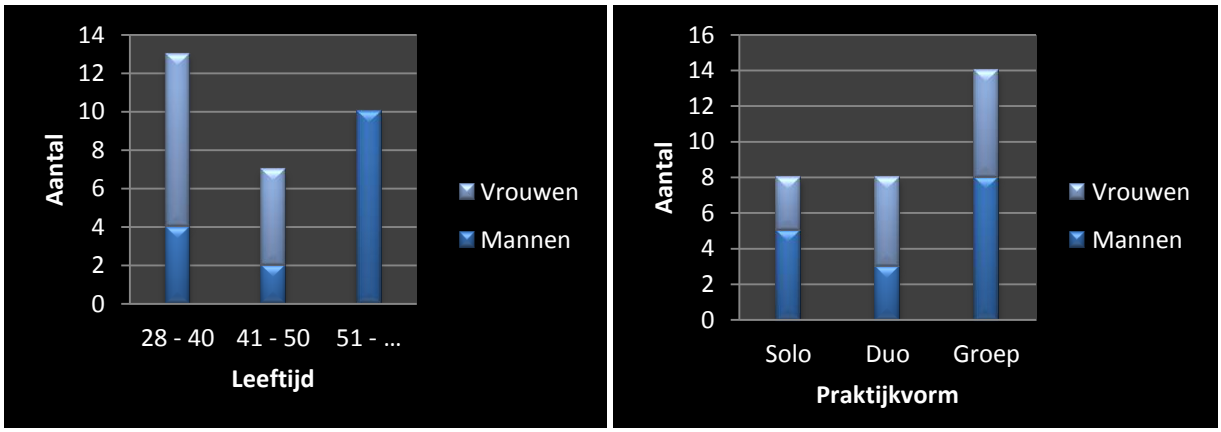
2.4 Gegevensanalyse

De interviews werden doorgenomen en onderworpen aan een kwalitatief onderzoek volgens de Grounded Theory (19, 20). Per onderdeel werden terugkerende thema's eruit gehaald en deze werden verder onderverdeeld volgens subthema's. Deze resulteerden in boomdiagrammen bij de visievraag en de vraag naar voorgedane critical incidents. We gebruikten citaten om het onderzoek te staven.

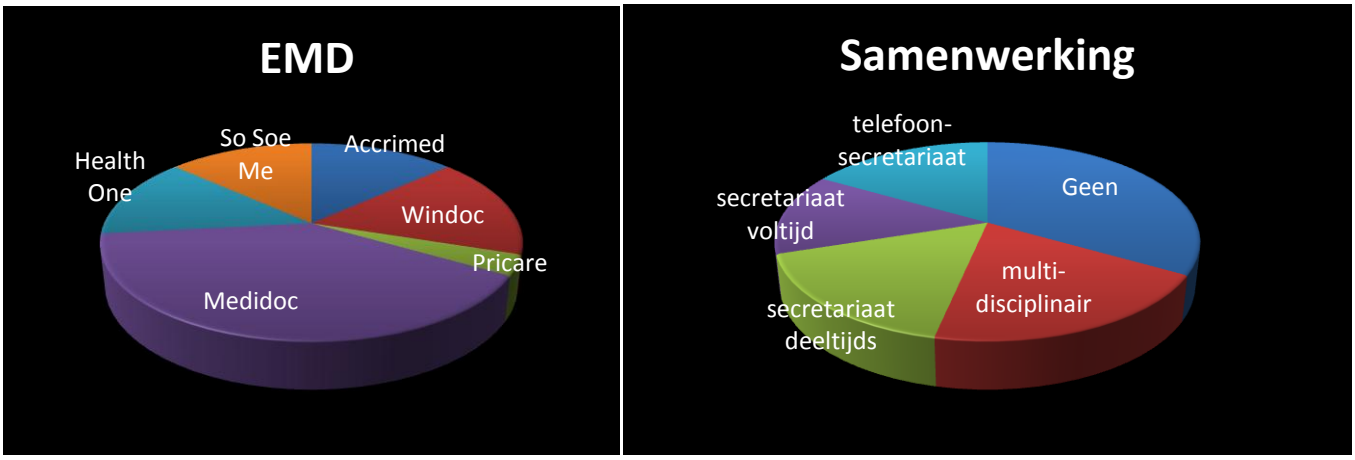
3. Resultaten

3.1 Demografische factoren

Het vooropgestelde doel om 30 huisartsen te interviewen werd bereikt. De huisartsen werden geïdentificeerd aan de hand van 6 demografische factoren: leeftijd, geslacht, de praktijkvorm waarin ze werken, welk EMD ze gebruiken, de samenwerking binnen de praktijk en het gemiddeld aantal patiënten die ze per dag zagen. (Tabel 2) De studiepopulatie bestond uit 16 mannelijke en 14 vrouwelijke huisartsen tussen 28 en 60 jaar. Van de 30 geïnterviewde huisartsen vielen er 13 in de leeftijdsgroep van 28 tot 40 jaar, 7 in de leeftijdsgroep van 41 tot 50 jaar en 10 huisartsen waren 51 jaar of ouder. Als praktijkvorm werkten 14 huisartsen in groep, 8 in een duopraktijk en 8 als solo-arts. De verdeling van mannelijke en vrouwelijke artsen die werkten in de verschillende praktijkvormen was ongeveer gelijk. (Figuur 2) De geïnterviewde huisartsen werkten met 6 verschillende EMD's. Het programma Medidoc werd het meest gebruikt (40%) en Pricare werd maar door 1 huisarts gebruikt. Deze werkte in een wijkgezondheidscentrum. De andere werden in ongeveer gelijke aantallen vernoemd. Voor de samenwerking binnen de praktijk werd een onderscheid gemaakt tussen geen samenwerking, een telefoonsecretariaat, een voltijds en halftijds secretariaat en een multidisciplinaire samenwerking. (Figuur 3) Onder de multidisciplinaire samenwerking groeperen we de samenwerking met paramedici (psychologen, podologen, pedicure, logopediste, diëtisten, kinesisten, seksuologen, verpleegkundigen, personal coach, orthopedagogen, gedragstherapeuten, psychotherapeut), praktijkondersteunend personeel (manager, IT-verantwoordelijke, facturatiepersoneel, praktijkassistentieteam, maatschappelijk werkers, vrijwilligers) en gespecialiseerde artsen (psychiater, dermatoloog, fysische geneesheer). Het gemiddeld aantal geziene patiënten varieerde van 7 tot 30 per dag.



Figuur 2: Het aantal mannelijke en vrouwelijke huisartsen in functie van hun leeftijd en praktijkvorm waarin ze actief zijn.



Figuur 3: Taartdiagram van de EMD's die gebruikt worden door de huisartsen en de samenwerking binnen de praktijken.

3.2 Visie

De aangehaalde principes die de huisartsen hanteren in hun visie kunnen gegroepeerd worden in 3 thema's. Ten eerste wordt besproken welke arts volgens de huisartsen het best de uitslag van de resultaten met de patiënt bespreekt. Vervolgens wordt ingegaan op de vraag wie de initiatiefnemer is en als laatste worden enkele aandachtspunten aangehaald die de huisartsen belangrijk vonden in hun visie. Deze informatie werd verzameld in een boomdiagram. (Figuur 4)

Een aantal huisartsen vonden het belangrijk te vermelden dat een testresultaat het best kon worden besproken met de *arts die het onderzoek heeft aangevraagd*. De redenen hiervoor waren tweevoudig. Ten eerste werd het als moeilijk ervaren om uitleg te geven als je een patiënt niet kent of als je niet wist in welke omstandigheden een test werd aangevraagd. Ten tweede haalde een huisarts, die in een groepspraktijk werkt, aan dat je als behandelende arts niet op de hoogte bent dat je patiënt reeds geïnformeerd is als dit werd gedaan door een collega.

"Bel naar de arts die het onderzoek aangevraagd heeft. Hatelijk als je resultaat moet bespreken als je niet weet waarom het is aangevraagd. Gissen is mogelijk in sommige gevallen maar blijft moeilijk."
"Nadeel is: we zijn met meer artsen en als ze bellen met collega weet ik dat niet."

Slecht één geïnterviewde huisarts vertelde zelf het *initiatief* te nemen om patiënten te contacteren over hun testresultaten. De andere huisartsen maakten de afspraak met hun patiënt dat het initiatief bij hun lag om de arts te contacteren op een afgesproken tijdstip. Hierbij moeten enkele opmerkingen gemaakt worden. Ten eerste koppelden enkele huisartsen hun visie van patiënt als initiatiefnemer aan het beluurtje in hun praktijk. Als de patiënt op dat moment belt, zit er geen patiënt in het kabinet van de huisarts en heeft deze meer tijd voor het geven van uitleg en kan tevens vrijuit spreken. Bovendien storen patiënten op dat moment niet de raadpleging met een andere patiënt en wordt vermeden dat de arts de patiënt probeert te contacteren op een moment dat deze niet thuis is. Ten tweede vond een derde van de huisartsen dat de patiënt zelf een eigen aandeel heeft in het bekomen van zijn testresultaten en dat het aldus hun verantwoordelijkheid was om contact op te nemen. Dit mits het benadrukken van een concrete afspraak wanneer de arts te

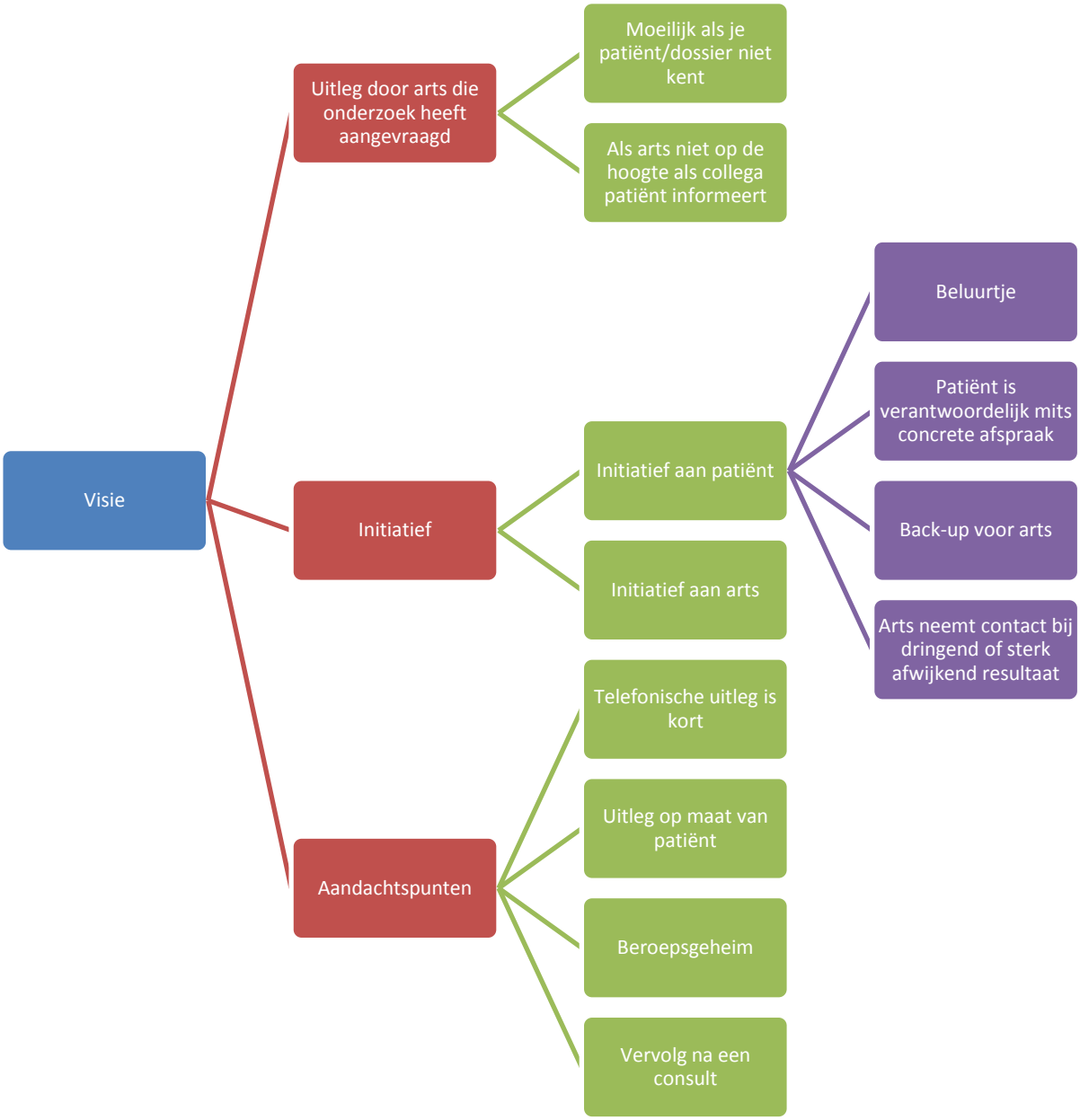
bereiken was. Hoewel de patiënt medeverantwoordelijk werd gemaakt vermeldden enkelen hierbij de afwijkende resultaten apart bij te houden en de patiënt alsnog te contacteren indien deze dat niet deed. Ten derde zagen een aantal huisartsen het als back-up als de patiënt contact opnam. Op die manier werd geverifieerd dat het resultaat was aangekomen en meegedeeld. Ten vierde maakte de helft van de artsen duidelijk dat bij een sterk afwijkend of dringend resultaat het de taak van de arts was om zelf contact op te nemen met de patiënt.

"Tijdens de vaste telefoonuren hebben we geen consultatie en dus meer marge voor uitleg."
"Het is zijn verantwoordelijkheid om voor zijn gezondheid zelf te informeren naar de uitslag van een resultaat."
"Als de afspraak gemaakt is dat de patiënt belt maar die doet dat niet en er is iets afwijkend, dan bellen we de mensen toch nog zelf op."
"Vroeger durfde ik al eens zeggen: "Als je niets hoort, is het wel goed". Ik heb echter gezien dat je zo voor problemen kan zorgen want als je dan iets over het hoofd ziet heb je een dik probleem. Daarom moeten ze zelf bellen."
"Initiatief ligt bij de patiënt om op bepaald ogenblik te bellen, uitzonderlijk bij een dringend resultaat dan bel ik zelf."

Vier aandachtspunten werden door de huisartsen aangehaald. Ongeveer de helft van huisartsen vond het belangrijk om de *telefonische uitleg kort* te houden en te beperken tot de essentie. Indien verdere uitleg nodig of wenselijk was, werd gekozen dit te doen via een consultatie. Enkele huisartsen vonden het belangrijk informatie te geven *op maat* van de patiënt. Hierbij ging het vooral over het geruststellen van patiënten als ongerustheid werd gevoeld en inspelen op de persoonlijkheid en eigenschappen van een patiënt om een boodschap over te brengen. Als derde aandachtspunt werd het *beroepsgeheim* een paar keer vermeld. Hierbij werd vooral het belang benadrukt van het meedelen van resultaten aan de patiënt zelf. Daarnaast vermeldde één huisarts ook discretie belangrijk te vinden en patiëntgegevens niet te vernoemen als een resultaat telefonisch werd besproken tijdens de raadpleging. Ten slotte werden enkele principes aangehaald in verband met het *vervolg* na een consultatie. Meestal probeerden huisartsen te anticiperen op voorhand over het mogelijke resultaat. Dit omdat ze weinig tijd zagen voor een vervolgconsult of omdat ze moeite hadden om een patiënt voor eenzelfde probleem een tweede maal te laten terugkomen.

"Ik geef kort en bondig telefonisch uitleg en indien meer nodig laat ik de patiënt op consultatie komen."
"Bij een hypochondrische patiënt ga ik niet expliciet een discrete afwijking meedelen aangezien dat die mens zijn leven gaat vergallen. Aanvoelen wat je aan wie mag zeggen."
"Bij sommige patiënten is het nuttig om heel klaar en duidelijk te zijn bij slecht nieuws en bij anderen moet je wat omzichtiger te werk gaan anders gaat de info die je geeft direct verloren."
"In het wijkgezondheidscentrum is er een enorm taal probleem dus ik kan makkelijker iets uitleggen door te tonen en te tekenen en zo te kijken of ze het wel begrepen hebben."
"Ik zeg het alleen aan de patiënt zelf tenzij mensen samen op consultatie komen."
"Ik probeer mensen hun gegevens niet te zeggen als ze bellen tijdens de raadpleging."

"Anticipatie zoveel mogelijk op voorhand want om steeds een vervolgconsult te maken…daar hebben we geen tijd voor."
"Twee consulten voor hetzelfde probleem, daar hebben we moeite mee, dan vragen we ons af of we dat kunnen maken naar de patiënt toe."



Figuur 4: Boomdiagram Visie

3.3 Kennis van het wettelijk kader

Op deze vraag werd door de huisartsen in 3 categorieën geantwoord. Als eerste hadden de meeste geen idee tot vage vermoedens wat het wettelijk kader inhield. Velen vermeldden spontaan dat een arts naar waarheid moet handelen en dat het zijn plicht is om de patiënt op een zo eerlijk mogelijke manier op de hoogte te houden van zijn testresultaten. Hierbij

haalden sommigen naast de verantwoordelijkheid van de arts ook de verantwoordelijkheid van de patiënt aan. Deze waren van mening dat je een patiënt medeverantwoordelijk maakt als je hem hierop wijst.

"Geen flauw idee."(lacht)
"Ik weet het niet maar dat is wel interessant."
"Je moet dat altijd naar waarheid doen maar verder geen idee."
"Plichten van patiënt…eerbied zou niet slecht zijn, beloftes nakomen, open kaart spelen,… dat zijn voor mij hun plichten."
"Arts heeft verantwoordelijkheid maar je wijst de patiënt op zijn appel dan wordt het gedeelde verantwoordelijkheid."
"Ik kan mij voorstellen dat voor het goed overbrengen van info de verantwoordelijkheid bij de arts ligt maar ik denk dat de patiënt wel eindverantwoordelijkheid heeft bij het opvragen van zijn testen als dat zo gecommuniceerd is naar de patiënt toe."

Ten tweede werd door ongeveer een derde van de huisartsen de patiëntenrechtenwet vermeld waarbij het recht op informatie en het recht op inzage in het dossier werden aangehaald.

"Sinds 2002 bestaan de patiëntenrechten. Hij heeft recht op al zijn informatie. Hij kan dat geschreven krijgen. Hij mag zijn dossier inkijken. Hij mag dat meenemen of door zijn wettelijke vertegenwoordiger laten meenemen om dat te laten inkijken door een andere arts maar je hebt als arts 14 dagen tijd om de geschreven persoonlijke nota's er al of niet in te laten. Labo's, protocols van onderzoeken, gespecialiseerde verslagen moet je ter inzage laten. Of je moet een heel gegronde reden om dat niet ter inzage te geven."
"Patiënten hebben recht om hun dossier in te kijken en ik probeer alle info te geven."

Als laatste werd ook het beroepsgeheim door enkele huisartsen vermeld waarbij ze het belangrijk vonden om de informatie strikt aan de patiënt zelf te geven.

"Ik vind het belangrijk dat de patiënt alleen is."
"Nee, ik zeg het niet aan de partner maar wel aan de patiënt zelf."

3.4 Organisatie

3.4.1 Wie

Alle huisartsen vertellen dat een arts de resultaten aan de patiënt meedeelt. Bij de solo-artsen gaat het om zijzelf. Sommige van de huisartsen die in duo of groep werken specificeren dat zoveel mogelijk wordt beoogd dat de arts die het onderzoek heeft aangevraagd ook de resultaten meedeelt. Tenzij bij afwezigheid. In één praktijk is het in eerste instantie de praktijkmanager die de resultaten aan de patiënt meedeelt. De praktijkmanager is tevens arts. Indien er specifieke afwijkingen zijn wordt de vraag doorgespeeld aan de aanvragende arts.

"Arts die het heeft aangevraagd. Dat proberen we toch."
"Arts , niet noodzakelijk aanvrager."

3.4.2 Wanneer

De meerderheid van de huisartsen laat de patiënten contact opnemen tijdens hun raadplegingen. Dit veelal omdat ze op dat moment aanwezig zijn of omdat ze geen voordelen zien in een beluur.
Een derde van de huisartsen hanteren een beluurtje waarbinnen de patiënten telefonisch contact kunnen opnemen voor hun resultaten. Hierbij maakten enkele huisartsen de opmerking dat vele patiënten toch nog buiten de afgesproken uren bellen. Eén arts vertelde de patiënten vaak alsnog zelf te contacteren indien deze dat niet hadden gedaan op het afgesproken tijdstip.
Enkele artsen kiezen bewust voor een spreiding van de telefoonbelasting over de hele dag.

"Telefonisch is dat altijd wanneer ik aanwezig ben tijdens mijn consultaties."
"Ik geef moment mee aan patiënt dat ik er ben en consultatie doe. Er is geen beluur. Hierbij weet je dat 97 patiënten op die moment bellen en dus ook niet blij zijn als ze niet binnengeraken."
"Tussen 13u30 en 14u elke dag. Als ze tijdens de consultaties bellen dan vraag ik op de juiste uren te bellen want ik vind dat de consultatie daar niet voor moet gestoord worden."
"Ik probeer dat ook te spreiden. Als ik bijvoorbeeld 8 mensen heb gezien voor een bloedname dan laat ik 4 mensen de avond zelf terugbellen en de anderen de dag nadien. Dit om teveel storing tijdens een consult te vermijden."

3.4.3 Tijdsbestek

De meeste huisartsen vertelden een half uur tot een uur per dag te spenderen aan het meedelen van resultaten aan patiënten. Enkelen zeiden meer dan een uur tot twee uur per dag hiermee bezig te zijn. Eén huisarts meldde slechts 10 minuten per dag te besteden aan het meedelen en bespreken van resultaten.

3.4.4 Afspraken

De afspraken die worden gemaakt met de patiënten omtrent het meedelen van resultaten worden bevraagd in functie van verschillende soorten testresultaten. Het gaat over resultaten van laboratoriumonderzoeken, radiologische onderzoeken, baarmoederhalsuitstrijkjes en gespecialiseerde onderzoeken. De laboratoriumonderzoeken omvatten zowel bloed-, urine- als stoelgangsonderzoeken. Hierbij wordt ook specifiek nagevraagd welke afspraken worden gemaakt bij het uitvoeren van een test op zoek naar een SOA. De gespecialiseerde onderzoeken zijn onderzoeken uitgevoerd door specialisten met uitzondering van de radiologie. De antwoorden van de huisartsen kunnen we onderverdelen in de thema's timing van contactname en follow-up.

3.4.4.1 laboratoriumonderzoeken

De afspraak die de huisartsen meegeven over de *timing* waarop de patiënt contact mag opnemen voor het resultaat van zijn laboratoriumonderzoek varieert van de avond zelf tot drie dagen na het uitvoeren van de test. Als reden hiervoor wordt aangegeven dat sommige huisartsen graag voldoende tijd inbouwen om de resultaten door te nemen alvorens deze met de patiënten te bespreken. Daarnaast antwoorden enkelen dat het afhangt van het type test dat wordt aangevraagd. Een bloeduitslag kan de avond zelf gekend zijn terwijl een urine- of stoelgangsonderzoek 2 à 3 dagen in beslag neemt. Eén huisarts antwoordde de patiënt

zelf te contacteren binnen de 3 dagen na een onderzoek. Indien de patiënt niets hoorde, betekende dit dat er geen afwijkingen gevonden waren.
Naast de timing van contactname maken huisartsen afspraken over de *follow-up*. Sommige huisartsen probeerden tijdens het consult te anticiperen op de mogelijke uitslagen en op die manier een afspraak te maken met de patiënt. Anderen laten de patiënt telefonisch contact opnemen en aan de hand van de uitslag wordt een afspraak gemaakt. Eén huisarts hanteerde de afspraak dat voor routine en preventieve laboratoriumonderzoeken de uitslag telefonisch werd meegedeeld. Bij laboratoriumonderzoeken in kader van specifieke klachten werd de patiënt uitgenodigd deze te bespreken tijdens een raadpleging.

"Na 2 dagen bellen, we nemen marge."
"Timing is afhankelijk van wat je aanvraagt. Complet formule is dag nadien. Urine is na 2 dagen."
"Ik zeg bel me op voor het resultaat en aan de hand van de uitslag maak ik een afspraak."

Voor een SOA-testing vermeldt een zesde van de huisartsen het resultaat sowieso niet telefonisch te bespreken. De patiënt moet hiervoor terugkomen op raadpleging.
Een aantal huisartsen bespreekt op voorhand de mogelijke resultaten en gevolgen met de patiënt zodoende de patiënt voor te bereiden en te anticiperen op voorhand.
Vervolgens hanteerden een andere groep huisartsen de afspraak dat de patiënt mag terugbellen zoals voor andere laboratoriumonderzoeken. Hierbij moeten enkele nuances gemaakt worden. Eén huisarts laat deze regel niet gelden voor HIV-testing maar wel voor andere SOA's. Een groot deel van de artsen die de patiënten laten terugbellen, gaat de patiënten alsnog uitnodigen op raadpleging bij een positieve uitslag. Als laatste vermeldden enkele artsen er specifiek op te letten de patiënt zo snel als mogelijk een afspraak te geven om terug te bellen aangezien dergelijke test ernstige ongerustheid kan teweegbrengen bij de patiënt.

"SOA…absolute voorwaarde dat altijd vervolgconsult wordt gepland, wordt nooit telefonisch meegedeeld. Ligt gevoeliger."
"SOA bespreek ik op voorhand. Vroeger liet ik ze standaard terugkomen. Maarja, dat vraagt veel tijd. Sommigen zeggen "als het positief is, zeg maar aan telefoon". Dus ze weten dat op voorhand."
"SOA, bellen en terugkomen indien resultaat niet ok."
"SOA, als ik voel dat mensen ongerust zijn, laat ik ze sneller terugbellen."

3.4.4.2 Radiologische onderzoeken

De afspraak in verband met de *timing* van contactname door de patiënt voor een radiologische uitslag varieerde van de dag zelf tot 4 dagen laten. De factoren waarvan de huisartsen dit gekozen tijdsinterval lieten afhangen zijn de dringendheid van het onderzoek, het type radiologisch onderzoek, de locatie waar het radiologisch onderzoek plaatsvindt, de marge die de arts inbouwt om het resultaat te bekijken en de variabiliteit van tijdspanne waarop de resultaten bij de huisarts aanwezig zijn.
Een deel van de huisartsen maakte de afspraak dat de *follow-up* voor preventieve radiologische onderzoeken telefonisch werd besproken en voor een radiologisch onderzoek aangevraagd na een specifieke klacht de bespreking gebeurde via een raadpleging. Andere zeiden zowel preventieve als casusgerichte radiologische uitslagen te bespreken via een

consultatie. Een zesde van de huisartsen liet de patiënten opbellen voor het resultaat en aan de hand van de uitslag werden concrete afspraken gemaakt. Enkelen gaven aan te anticiperen tijdens het eerste consult.

"RX afhankelijk van waar ze geweest zijn. Bij sommige kan ik direct de uitslag zien via de site."
"Afspraak wordt gemaakt na in te schatten wanneer resultaat er is."
"Indien normaal bij preventie dan blijft het bij telefoontje. Indien in kader van investigatie dan wordt patiënt uitgenodigd voor raadpleging."
"Drempel om RX aan te vragen te hoger dus zowel voor screening als bij een klacht laat ik ze terugkomen want dan moet er follow-up zijn."
"Meestal als het over breuken of acute dingen gaat dan schrijf ik in mijn verslag dat ze naar de specialist moeten verwijzen als er iets scheelt."

3.4.4.3 Baarmoederhalsuitstrijkjes

Bij het afnemen van een baarmoederhalsuitstrijkje (uitstrijkje) kunnen we de afspraak die de huisartsen maken over de *timing* van contactname door de patiënt onderverdelen in drie groepen. De eerste groep huisartsen laat de patiënten contact opnemen na een week en de tweede groep na 10 à 14 dagen. De derde groep geeft geen afspraak mee.
Voor de *follow-up* van het uitstrijkje hanteerde een groot deel van de huisartsen de afspraak "Geen nieuws is goed nieuws". Een andere groot deel liet de patiënt steeds terug contact opnemen en bij een afwijkend resultaat werden de patiënten terug gevraagd op consultatie. Enkelingen maakten andere afspraken met de patiënt zoals het geven van uitleg hetzij telefonisch, hetzij via mail. Eén huisarts vermeldde steeds een afspraak te maken in samenspraak met de patiënt en dus naar de wens van de patiënt de uitslag mee te delen.

"Wij bellen als de uitslag afwijkend is. Indien je na 10 dagen niets hoort is het ok."
"Na een week bellen, indien iets afwijkend dan moeten ze terugkomen en leg ik het hier uit."
"Mailen, ze mailen me en ik laat die mail staan totdat ik het resultaat heb en dan beantwoord ik het."
"In samenspraak met de patiënt. Soms laat ik de patiënt bellen, soms zeg ik zelf te bellen als het afwijkend is."

3.4.4.4 Gespecialiseerde onderzoeken

Voor de *timing* van contactname door de patiënt voor gespecialiseerde onderzoeken geeft een deel van de huisartsen de afspraak mee om hen op te bellen 2 à 3 dagen na het uitvoeren van het onderzoek. Andere zeggen geen goed zicht te hebben op het tijdsinterval en proberen aldus te gissen. Een derde groep vertelde een afspraak te maken afhankelijk van waar de patiënt het onderzoek laat uitvoeren en als laatste lieten een paar huisartsen de patiënt opbellen om te verifiëren of het resultaat aanwezig was en nadien werd een afspraak gemaakt.
De *follow-up* van gespecialiseerde onderzoeken gebeurde bij een derde van de huisartsen tijdens een raadpleging. De afspraak werd gemaakt het resultaat daar te bespreken. Een andere grote groep vertelde dat de patiënten veelal inlichtingen kregen via de specialist en dat een raadpleging ter bespreking dus onnuttig was. Enkele huisartsen zeiden hierbij dat ze ook raadplegingen ter bespreking van gespecialiseerde onderzoeken bij screening onnuttig

vonden. Als laatste lieten enkele huisartsen de patiënten opbellen voor het resultaat en aan de hand van de uitslag werden verdere afspraken gemaakt.

"Het is vaak moeilijker te zeggen omdat sommigen direct een brief sturen en bij anderen duurt het langer."
"Meestal consult want is aangevraagd in kader van uitgebreid onderzoek. Verder beleid moet dan ook besproken worden met de patiënt."
"Hier in de buurt geven de specialisten de diagnose mee."
"Als bijvoorbeeld een coloscopie gebeurt ik kader van familiale belasting dan zie ik nut niet in van een consult."
"Ik maak afspraak nadat ik resultaat heb. Ik zeg bel me op voor de uitslag en aan de hand van de uitslag maak ik een afspraak."

3.4.5 Medium

De huisartsen gaven 4 verschillende mediums aan om resultaten mee te delen. *Telefonisch* contact en persoonlijk contact via een *raadpleging* werden door elke huisarts vernoemd. Een paar huisartsen vermeldden in twee situaties een *brief* te hanteren. Ten eerste betrof het een uitgeprinte versie van een resultaat dat na telefonisch te zijn besproken werd klaargelegd voor de patiënt. Ten tweede haalde één huisarts aan de patiënten een brief te sturen indien herhaaldelijke pogingen om deze patiënt telefonisch te bereiken mislukten. Veertig percent van de huisartsen vertelden *e-mail* als medium te gebruiken. Hierbij werden enkele opmerkingen geformuleerd. Enkele huisartsen vermeldden e-mail slecht uitzonderlijk te gebruiken voor patiënten die in het buitenland verblijven. Anderen zeggen het medium alleen te gebruiken voor patiënten die ze goed kennen en waarvan ze weten dat deze het e-mailadres niet misbruiken. Voorwaarden waaronder enkel in die omstandigheden e-mail wordt gebruikt worden ook aangehaald. Een paar huisartsen vertellen e-mail te gebruiken na contactname van de patiënt via e-mail met hierbij een duidelijke vraag. Een andere voorwaarde is het gebruik van e-mail uitsluitend voor het doormailen van resultaten van bloedonderzoeken. De overige zestig percent gebruikte e-mail niet. De huisartsen formuleerden vier redenen. Ten eerste was er een probleem van privacy aangezien je nooit zeker weet wie de e-mail leest. Ten tweede waren sommige artsen van mening dat patiënten op die manier een raadpleging probeerden uit te stellen. Ten derde werden praktische elementen aangehaald zoals de onmogelijkheid om e-mails te versturen vanuit het EMD en het tijdsgebrek om te antwoorden op patiënten die de artsen met mails overdonderden. Als laatste reden haalde twee huisartsen aan dat de Orde Der Geneesheren het gebruik van e-mail afkeurt omwille van de onveiligheid van het medium.

"Ik wil persoonlijk contact via telefoon of consult."
"Brief in derde instantie. Indien je belt en je spreekt een boodschap in en de patiënt belt nog niet terug dan schrijf ik een brief zonder resultaat maar zeg dat ze moeten langskomen."
"Enkel patiënten die ik goed ken en waarvan ik weet dat ze mijn adres voor niets anders gaan misbruiken want ik heb een zelfde werk als privé e-mailadres."
"Kopie van resultaat stuur ik soms via mail. Ik laat de patiënt mij mailen met de vraag voor resultaten en dan zet ik dat in PDF."
"Vooral voor bloednames vragen patiënten om te mailen. Enkel voor bloednames, geen andere verslagen."

"Mail is anoniem en gemakkelijk. Patiënten proberen dan dingen uit te stellen om niet te moeten komen."
"Geen mail. Zijn we heel strikt in. Ze krijgen onze persoonlijke mail niet. We mailen geen labo's meer. Orde vindt dit onveilig, kan gehackt worden zonder dat je het ziet."

3.4.6 Overzicht

Op de vraag of de huisartsen een overzicht bijhielden van de onderzoeken die ze hadden aangevraagd antwoordden ze allen "nee". Aanvullend formuleerden ze hoe de aangevraagde testen in het oog werden gehouden. Velen vertelden al het elektronisch verkeer te lezen via hun EMD en op die manier de resultaten te bekijken. Eén huisarts vermeldde hierbij dat de nog te ontvangen resultaten werden opengezet in het EMD. Velen vermeldden naast het EMD nog een aparte elektronische mogelijkheid ter beschikking te hebben voor het bekijken van laboratoriumonderzoeken en radiologische onderzoeken. Dit gebeurt via beveiligde websites van de centra waarmee wordt samengewerkt. Enkele vertellen de resultaten ook toegestuurd te krijgen via een papieren versie aangezien sommige centra de resultaten van uitgevoerde onderzoeken niet elektronisch doorstuurden of die uitslag fungeerde als een dubbele controle naast de elektronische versie. Als laatste zeiden enkele huisartsen bij een opmerkelijke casus goed te kunnen vertrouwen op hun geheugen of een notitie te maken in hun agenda.

"Al het elektronisch verkeer lezen we op de pc of via post in bakje."
"Ik lees alles elke dag elektronisch na en vrijdag herlees ik alles nog eens van de hele week. Zo probeer ik niets te missen."
"Nee maar tegenwoordig heb je voor labo's en rx'en online een overzicht maar zelf doe ik dat niet."
"Dubbelcheck via papieren resultaten en pc. Dit geldt voor labo's en protocols. Ik wil alles tweemaal zien zodanig dat ik niets ratteer."
"Nee, voor ernstige zaken onthoud ik het of schrijf het in de agenda."
"Mentaal weet ik wat ik heb aangevraagd zeker als ik vind dat het onderzoek een must is."

3.4.7 Afspraken met collega's

Van de 30 geïnterviewde huisartsen werkten er 8 solo en was deze vraag niet van toepassing. Eén huisarts uit een duopraktijk vertelde dat beide collega's volledig gescheiden werkten en dat er dus geen concrete afspraken waren gemaakt. De overige huisartsen vermeldden een éénduidige manier van werken te hebben ontwikkeld met hun collega's. Een huisarts vermeldde als voorbeeld dat elk resultaat in de praktijk wordt gecodeerd en gekoppeld aan een probleem. Hoewel ze vonden een éénduidige manier van werken te hebben met hun collega's haalden enkele huisartsen een opmerking aan. Ten eerste werd verteld dat de jongere collega sneller aan een patiënt vraagt om langs te komen voor het bespreken van hun resultaten. Ten tweede werd door een huisarts vermeld dat het meedelen van het resultaat gelijkaardig gebeurt maar dat het lezen van hun post verschillend verloopt. Zo lezen sommige collega's hun post elektronisch en anderen via de papieren verslagen.

"Het meedelen van resultaten verloopt heel gescheiden."
"Collega's werken op dezelfde manier. Dat lukt goed."

"Elke verslag wordt gecodeerd en gekoppeld aan een probleem. De aangevraagde testen worden benoemd en gelinkt aan de diagnose van een probleem. Elke collega doet dat op die manier."
"Jonge collega zegt sneller "kom langs en we gaan het bespreken"."
"Afspraken zijn éénduidig. Post lezen is verschillend. Sommigen lezen nog zaken op papier, anderen alles op pc."

3.4.8 Notitie in dossier

Enkele huisartsen vermeldden elk resultaat te noteren in het dossier. De grote meerderheid zei geen systematiek te hanteren bij het noteren van resultaten. De geformuleerde opmerkingen hierbij verdelen we in drie groepen. Ten eerste vertelden de huisartsen niet altijd de tijd te hebben of te nemen voor het noteren van een resultaat in het EMD. Ten tweede probeerde een huisarts het probleem van geen systematiek te hanteren bij het noteren zoveel mogelijk op te lossen door vooral eigen patiënten op te volgen. Ten derde formuleerden de huisartsen omstandigheden waarbij ze het noodzakelijk vonden dat een notitie zeker gebeurde. Hierbij werd het meeste aangehaald dat een notitie belangrijk werd gevonden indien een aanpassing gebeurde in het beleid van een patiënt waarvan alle artsen op de hoogte moeten zijn. Daarnaast zeiden enkele huisartsen een notitie te maken van afwijkende resultaten en resultaten die een aanpassingen van medicatie vereisten. Als laatste haalde een huisarts aan het belangrijk te vinden een aantekening te maken in het dossier indien er mogelijks een medicolegaal probleem aanwezig is.

"Opvallende zaken als ik eraan denk worden wel genoteerd. Dat is niet mooi geordend, ik neem meestal niet de tijd daarvoor."
"Je probeert natuurlijk eigen patiënt op te volgen maar dat is hiaat. Geen éénduidige notitie in dossier."
"Bedoeling bij aanpassing te noteren in het dossier. Bij normale onderzoeken wordt er niets genoteerd. Manier waarop notitie gebeurt is niet éénduidig."
"Geen vaste manier, eerder afhankelijk van belang. Bijvoorbeeld "dit was gestoord…heb dit gezegd", dingen die alle artsen moeten weten".
"Normale zaken worden niet genoteerd. Enkel bij belangrijke afwijkingen of zaken waar later moet op worden teruggekomen."
"Als de cholesterol ok is dan wordt dat niet genoteerd maar andere zaken, bijvoorbeeld een aanpassing van medicatie wordt genoteerd. Dus vooral indien er wijziging is."
"We schrijven telefonisch iets op als we schrik hebben voor een mogelijks medicolegaal probleem."

3.5 Critical incidents

De critical incidents die door de huisartsen werden aangehaald, worden gegroepeerd in 5 thema's. Deze thema's zijn samenwerking, organisatie, communicatie, patiënt afhankelijke factoren en beroepsgeheim. De thema's en subthema's van de critical incidents worden weergegeven in een boomdiagram. (Figuur 5) Vier antwoorden van huisartsen werden niet weerhouden aangezien ze geen voorbeeld waren van een critical incident.

Een eerste groep critical incidents kunnen we groeperen onder het thema *samenwerking* met collega's. Enkele huisartsen beschreven gebeurtenissen waarbij het meedelen van resultaten verkeerd liep omwille van een verkeerde interpretatie van een testresultaat door

een collega. Drie redenen werden hiervoor aangegeven. Ten eerste het onvoldoende gekend zijn van de context van de patiënt door de collega. Ten tweede het onderzoek zelf niet hebben aangevraagd en het aldus moeilijk kunnen interpreteren. Ten derde een verkeerde interpretatie van een collega wegens een hoge werkbelasting op dat moment.
Twee huisartsen haalden hiaten aan in de afspraken die onderling met de collega's in een groepspraktijk werden gemaakt en die geleid hebben tot critical incidents.

"Soms is er wel eens een verkeerde interpretatie als mensen bellen naar de collega. Ik had bewust een resultaat van de pancreas nog niet meegedeeld terwijl die patiënt mijn collega aan de lijn krijgt en deze zegt: "uw pancreas zou moeten nagekeken worden". Ik weet dat de zus van deze patiënt pancreaskanker heeft en had in zijn labo gezien dat de lipase twee eenheden afweek van het normale en wou hem geruststellen. Maar mijn collega kende de context niet en zei direct dat pancreas moest worden nagekeken. Dit heeft tot verwarring geleid bij deze patiënt die zich afvroeg waarom de ene zegt "maak je geen zorgen" en de andere "moet nagekeken worden". Dan moest ik beginnen uitleggen dat de interpretatie voor mijn collega moeilijk is aangezien de persoon en context haar onbekend was."

"Het was vrijdagavond, ik was alleen in de praktijk en het was een heel drukke consultatie. Er was continu telefoon en een vrouw belde voor de uitslag van biopsies na een verdachte mammografie. Het onderzoek was door mijn collega aangevraagd. Ik was daar niet van op de hoogte. Ik bekijk dat snel en er was één biopsie binnen en deze was goedaardig. Dus ik zeg: "ondanks de slechte uitslag van de mammo is de biopsie toch goed". De patiënt is heel verbaasd maar blij. Week nadien gaat die patiënt op consult bij mijn collega voor iets anders en collega vraagt: "je weet toch al van de uitslag". Patiënt zegt dat ze de andere dokter aan de lijn had gehad en dat het in orde was. Maar bleek dat er nog maar 1 biopsie van de 4 was doorgestuurd. Uitslag bleek wel borstkanker te zijn in de andere biopsies. Wat ik heb geleerd is dat bij belangrijke uitslagen van patiënten waar ik het dossier niet ken of als ik niet de tijd heb het grondig na te kijken dan laat ik de patiënt terugbellen met de arts die het heeft aangevraagd."

"Ik herinner me een voorval waarbij het ging over een INR[2] bepaling bij een patiënt van mijn collega die ik éénmalig had uitgevoerd. Ik ging er toen van uit dat de uitslag ging besproken worden met mijn collega maar dat was niet het geval. De patiënt zijn INR was veel te hoog en werd uit het oog verloren omdat beide artsen dachten dat de andere arts het ging meedelen."

Een groot deel van de aangehaalde gebeurtenissen ging over hiaten in de *organisatie* bij het meedelen van resultaten. Een aantal huisartsen haalden gebeurtenissen aan waarbij ze het resultaat van een aangevraagde test nooit hadden ontvangen en waarbij dit ook niet werd opgemerkt door de huisarts. Veelal kwam dit pas veel later aan het licht bij een later contact met de patiënt. Gelijkaardige verhalen werden verteld waarbij het meedelen van resultaten vertraging opliep. De redenen hiervoor waren de drukte, het over het hoofd gezien hebben van het resultaat en het niet voor hande zijn van een éénduidig beleid of richtlijn voor een bepaalde afwijkende test. Een derde hiaat werd gezien in gebeurtenissen waarbij de patiënt reeds contact opnam met de arts voor de bespreking van een resultaat vooraleer de arts het

[2]De INR (International Normalized Ratio) is een internationale maat voor de stolbaarheid van bloed.

resultaat had bekeken. Als laatste zorgde de opvolging van voorgeschreven onderzoeken in enkele verhalen voor incidenten. Twee voorbeelden werden gegeven. Twee huisartsen haalden de moeilijkheid aan van de opvolging van resultaten van onderzoeken aangevraagd door specialisten en één huisarts vond het niet eenvoudig na te gaan of patiënten wel degelijk een voorgeschreven onderzoek lieten uitvoeren.

"Papjes, lang geleden deden we dat jaarlijks en zag na een jaar dat er geen resultaat was van het jaar voordien. Vervelend want nooit resultaat binnengekomen."

"Een vertraging van meedelen van resultaten is al gebeurd in een heel drukke periode. Dame was op screening geweest naar borstkanker en was positief. Door overbelasting was het resultaat tussen de post blijven liggen en wist ze het pas na een paar weken."

"Ik heb eens een probleem gehad bij patiënt waar ik hepatitis B antistoftiter had bepaald en dat over het hoofd had gezien. Na 2 jaar wordt dat opnieuw in het ziekenhuis gezien en was ik me ervan bewust dat ik er vroeger niets mee gedaan heb. Dat was zeer vervelend."

"Ik had een patiënt verwezen voor radiografie met idee om na te kijken of er nog nierstenen aanwezig waren. Die bellen mij nadien op. Ik wist nog niet dat ze bij radioloog geweest waren en bleek niertumor te zijn. Dat is vervelend. Ik had de patiënt aan telefoon maar wist niet dat ze al geweest waren. Ik had nog geen protocol maar de radioloog had gezegd dat er iets was. Hij had het woord tumor al uitgesproken. Dit is niet verlopen zoals ik zou wensen, ik lees het liever op voorhand. Nu moest ik dat doen tijdens ik de patiënt aan de lijn had. Je moet de mensen immers kunnen geruststellen of duidelijke informatie geven."

"Als je zelf geen specifiek onderzoek aanvraagt maar bijvoorbeeld een algemeen internistisch nazicht krijg je als huisarts vele resultaten van onderzoek aangevraagd door de specialist. Deze werden al over het hoofd gezien omdat ik ervan uit ging dat de specialist deze zou meedelen."

"Jongen met pijn in onderbeen. Had echo voorgeschreven met de boodschap als dat blijft duren na 2-3 dagen ga dan maar echo doen. Was blijkbaar wat beter en heeft het pas na een maand laten doen en bleek botkanker te zijn. Toen had ik misschien beter moeten opvolgen van "zijn die al geweest?" maar organisatorisch is dat niet makkelijk. Ik probeer dat wel te doen bij mensen waar ik iets ernstig vermoed. Dan bel ik wel eens, zeker bij mijn nonchalantere patiënten die niet snel op onderzoek gaan."

Een derde groep critical incidents zijn te wijten aan een verkeerd gelopen arts-patiënt *communicatie*. Het grootste deel van de incidenten in dit thema hebben plaatsgevonden bij telefonisch contact. Meermaals ging het hier over gebeurtenissen waarbij oudere patiënten het telefonisch doorgeven van een resultaat verkeerd hadden geïnterpreteerd. Daarnaast vermelde een huisarts dat het telefonische doorgeven van een instructie die voor een arts ogenschijnlijk eenvoudig lijkt, dit niet steeds bleek te zijn voor de patiënt. Als laatste werden gebeurtenissen beschreven waarbij het telefonisch meedelen van slecht nieuws o.a. een positieve HIV test en een kankerdiagnose voor incidenten hebben gezorgd. Naast de telefonische communicatie vermelde één huisarts de belangrijkheid van de juiste woordkeuze in een gesprek met een patiënt.

"Oudere mensen bellen voor INR. Deze zijn vaak hardhorig en vragen welke aanpassing gemaakt moet worden. Telefonisch reeds meermaals tot vergissingen geleid. Kan tot kleine drama's leiden. Verschillende keren reeds gebeurd."

"Ik probeer soms al op voorhand te anticiperen in een consult. Ik zeg dan: "als het die uitslag is, gaan we de medicatie verhogen." Maar als het verwachte resultaat dan ook zo is, zeg ik dat dus nog eens telefonisch maar dat wordt vaak niet goed begrepen. Dat is een valkuil van telefonisch contact. Als arts vind je dat een eenvoudige instructie en heb je een drempel om de patiënt daarvoor te laten terugkomen."

"Ik heb ooit eens een dame toch telefonisch laten bellen voor HIV test. Die HIV test was positief en achteraf bleek die vals positief te zijn. Dat is uitgespit in het ziekenhuis toen. Dat was communicatief met die dame heel moeilijk. Vals positief komt voor één op zo velen. Dus HIV altijd via consult nu."

"Dame vraagt me telefonisch het resultaat mee te delen en dat blijkt een positieve klier bij een coloncarcinoom te zijn. Dame wist dat niet en is daar erg van geschrokken aan telefoon. Duaal gevoel. Patiënt was erg geschrokken en ongelukkig en vond dat het niet telefonisch moest worden meegedeeld. Ik was ook geschrokken van de impact want ik dacht dat de patiënt het al wist. Ik denk dat ze inderdaad hiervoor had moeten komen. Natuurlijk dan krijg je probleem dat je iedereen dubbel moeten laten komen."

"Collega had gynaecologisch onderzoek gedaan en dacht aan chlamydia. Het bleek laten een candida te zijn. Mijn collega had heel open tegen de patiënt gezegd "ik ga een cultuur doen want ik vermoed een SOA". Eerlijkheid en openheid is ok maar vooroplopen is ook niet goed. Deze patiënt is haar partner gaan beginnen argwanen en nu 3 jaar later gaat het koppel scheiden."

Een aantal huisartsen haalde gebeurtenissen aan waarbij het meedelen van resultaten volgens hun verkeerd liep omwille van *patiënt afhankelijke factoren*. Als eerste werd door een huisarts het niet beheersen van de Nederlandse taal en socio-economische factoren zoals illegaliteit en financiële problemen aangehaald. Ten tweede hadden zich bij enkele huisartsen incidenten voorgedaan bij patiënten die zelf het initiatief hadden genomen om een onderzoek te laten uitvoeren. Als laatste werden gebeurtenissen besproken waarbij de patiënten het nalieten contact op te nemen met de huisarts ondanks een nadrukkelijke afspraak.

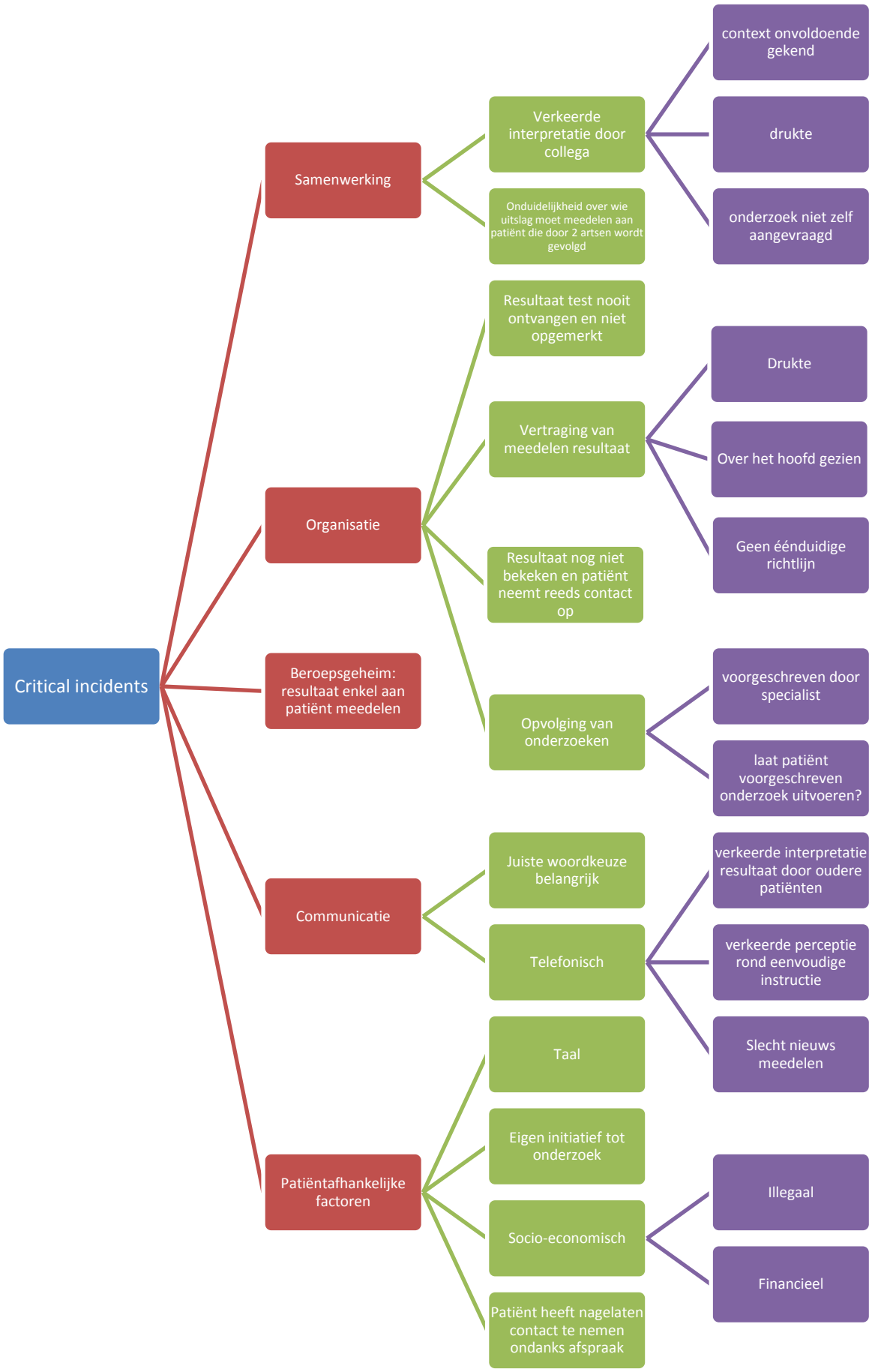
"Patiënt met klacht van vermoeidheid kwam op consult. Hij schonk er eigenlijk weinig aandacht aan en was bovendien illegaal. Hij had schildklierprobleem in de voorgeschiedenis gehad. Zijn bloedname toonde een torenhoog TSH. Die patiënt belde niet terug voor de bespreking. Na 3 dagen belde ik zelf en sprak een boodschap in op zijn voicemail maar hij was niet zo taalvaardig dus kon ik er niet vanuit gaan dat hij het zou begrijpen. Ik vraag langs te komen maar hij laat dat na. Ik heb verschillende keren gebeld en een brief geschreven maar hij reageerde niet. Na 3 weken kwam hij toevallig met zijn dochter op raadpleging. Patiënt afhankelijke factor die in de weg hebben gestaan: de taal, de weerstand voor medicatie want illegaal en geen geld,…"

“Patiënt die op eigen initiatief gastro laat doen en resultaat komt binnen maar aan geen enkele arts gericht. Resultaat was reflux graad A en PPI (protonpompinhibitor) werd geadviseerd. Man belt voor resultaat na lange tijd want hij vond het vreemd dat hij er niets van had gehoord. Wij waren verbaasd want we hadden het niet zelf aangevraagd. Man was boos dat er geen gevolg aan was gegeven. Waren als arts wel geschrokken want uitslag had ook slechter kunnen zijn.”

“Persoon die niet teruggebeld had voor glycemie en patiënt ging slechter. Deze patiënt heeft me dat achteraf enorm kwalijk genomen maar als zij niet bellen dacht ik dat ze collega hadden gebeld. Patiënten laten het na om te bellen of vergeten het. We zeggen het expliciet aan de mensen om te bellen.”

Het *beroepsgeheim* is het vijfde thema waarbij twee huisartsen incidenten beschreven. Problemen bij het meedelen van resultaten over kinderen wiens ouders in een vechtscheiding zitten werden beschreven. Daarnaast incidenten met adolescenten die zelfstandig op raadpleging komen en wiens ouders later opbelden voor informatie. Als laatste gebeurtenissen waarbij oudere patiënten zonder eerstelijns familie gezondheidsproblemen krijgen zonder dat er een vertrouwenspersoon is aangeduid.

“Gezinnen met vechtscheiding waarbij de mama de papa beschuldigt van niet goed voor de kinderen te zorgen en omgekeerd. De moeder wou het kindje niet naar de vader laten gaan als ze ziek was, ze wou daar ook een attest voor. Dat schrijf ik niet maar toen ik pas begon heb ik telefonisch wel eens resultaat doorgegeven aan de papa maar dat wou de mama niet. Nu schrijf ik dat ook in dossier “enkel resultaten aan ouder die mee was met kind op de consultatie”. Als er familiaal problemen zijn ben ik dus meer op mijn hoede.”



Figuur 5: Boomdiagram Critical Incidents

3.6 Tevredenheid/Hulpmiddelen

Alle huisartsen vertellen matig tevreden tot tevreden te zijn over hun manier van werken. Dit omdat er een goede samenwerking is met hun collega's en omdat ze zich geappreciëerd voelen door hun patiënten.

Als antwoord op de vraag wat de huisartsen zien als mogelijke hulpmiddelen voor de organisatie bij het meedelen van resultaten, werd in drie thema's geantwoord. Ten eerste werd de uitbouw van secretariaatstaken aangehaald. Ten tweede zagen vele huisartsen verbeterpunten in het gebruik van het EMD en ten derde zou de optimalisatie van de telefonie een vooruitgang zijn. Naast deze thema's werden drie aparte punten aangehaald.

Een aantal huisartsen wilde de taken van het *secretariaat uitbouwen* door het invoeren van een telefoonsecretariaat, een online agenda of door het aannemen van een medisch geschoolde secretariaatsmedewerker. Wat het *EMD* betreft waren er langs de ene kant verbeterpunten die de huisartsen zelf konden realiseren en langs de andere kant werden er verbeterpunten naar de software toe aangehaald. Enkele huisartsen zeiden dat ze zelf volledliger gebruik moesten maken van de functies van hun EMD. Het meer benutten van de functie "journaal" en "planning" werden als voorbeelden vermeld. Wat de software betreft hadden sommige huisartsen nood aan een slimmere verwerking van de gegevens die via het EMD binnenkwamen. Er werd aangehaald dat de diagnose automatisch uit een verslag geselecteerd zou moeten worden en dat er een tool aanwezig zou moeten zijn om een resultaat als "gelezen" aan te duiden. Daarnaast hadden de huisartsen nood aan een alarm dat zelf een afwijkend resultaat aangeeft of dat men kan instellen om na een bepaalde termijn een resultaat te raadplegen. Een derde van huisartsen haalden aan graag een manier te vinden om het tijdrovend aspect van de *telefonie* te beperken. Mogelijkheden om dit te verwezenlijken waren volgens de huisartsen het invoeren van een beluur en/of het invoeren van een verloning voor de telefonie. Een andere aangehaalde mogelijkheid was het overschakelen naar communicatie via mail voor normale resultaten. De angst voor misbruik was hiervoor echter nog te groot. Als eerste alleenstaand punt haalden de huisartsen aan graag over extra *infrastructuur* te beschikken zoals een extra kabinet om hun organisatie te optimaliseren. Daarnaast werd de nood geuit om de *interne communicatie* naar paramedici toe te willen verbeteren. Als laatste vermeldden enkelen huisartsen graag een *verpleegster* aan te nemen om technische handelingen als bloednames, spirometries en elektrocardiograms uit te voeren die dan op een volgend consult besproken kunnen worden met de arts.

"Meer secretariaatstaken aan balie."
"Het zou nuttig zijn om dagelijks een overzicht te krijgen van wat belangrijk is en dat dit met een uitroepteken wordt aangegeven zonder dat ik het zelf specifiek moet openen."
"EMD zou insteltijd moeten hebben zodat er een alarm te zien is als na 10 dagen het resultaat van een baarmoederhalsuitstrijkje niet binnen is. Zou softwarematig moeten lukken.
"Nadenken over beste manier voor telefonie. Eventueel een half uur om minder consulten met anderen te storen…het loopt eigenlijk nu ook niet slecht maar er zijn slechte dagen natuurlijk."
"Verloning voor telefonie. Gaat niet zozeer om verloning maar om tijd ervoor te kunnen maken en das moeilijker als er geen verloning is want dan komt het allemaal tussendoor."
"Verpleegkundige op termijn want jammer dat je bij het bloedprikken je eigenlijk nog niets kan bespreken en het meer hebt over de kinderen dan iets anders. Is wat wereld op z'n kop."

4. Tips

- ✓ De patiënt moet voor zijn resultaten contact opnemen met de huisarts die het onderzoek heeft aangevraagd.
- ✓ Indien je als huisarts de context van een patiënt van je collega onvoldoende kent, laat de interpretatie van een testresultaat dan over aan je collega.
- ✓ Maak duidelijke afspraken met je collega's over wie de opvolging van een resultaat zal uitvoeren.
- ✓ Wees bedachtzaam in drukke periodes om voldoende tijd te nemen om een resultaat grondig te lezen.
- ✓ Zoek voor de praktijk waarin u actief bent een geschikte manier om ervoor te zorgen dat het resultaat van aangevraagde onderzoeken wel degelijk binnenkomen.
  Bijvoorbeeld: leg een lijst aan van alle uitstrijkjes die worden uitgevoerd.
- ✓ Maak een duidelijke afspraak met de patiënt wanneer deze contact kan opnemen voor zijn resultaten. Neem voldoende tijd om het resultaat op voorhand te kunnen doorlopen maar vermijd het uitstellen van de bespreking.
- ✓ Ken de specialist waarmee je samenwerkt.
- ✓ Wees voorzichtig met het geven van telefonische instructies, vooral bij oudere patiënten.
- ✓ Het meedelen van slecht nieuws gebeurt best tijdens een raadpleging en niet telefonisch.
- ✓ Probeer je als arts bewust te zijn van de woordkeuzes die je maakt bij een gesprek met een patiënt.
- ✓ Houd rekening met de socio-economische eigenschappen en talenkennis van een patiënt.
- ✓ Patiënten zijn vrij om op eigen initiatief onderzoeken te ondergaan. Bespreek dit met de patiënt en vraag hem je daarin als huisarts te betrekken.
- ✓ Respecteer je beroepsgeheim.

DISCUSSIE

Voor de literatuurstudie kwamen de resultaten voornamelijk uit studies vanuit het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. De manier waarop de huisartsgeneeskunde in die landen verloopt is niet helemaal gelijklopend met de setting in eigen land. Vandaar dat de extrapolatie van de resultaten uit het literatuuronderzoek naar de resultaten van het veldonderzoek moeilijk is.

Het onderzoek gebeurde bij huisartsen die gekozen werden op basis van leeftijd, geslacht en praktijkvorm waarin ze werken. Aangezien ik hiervoor begon in mijn wachtgebied om vervolgens uit te breiden naar andere huisartsen waarvan ik de gegevens verkregen had via de geïnterviewde huisartsen en mijn stagemeester, kan er sprake zijn van een selectiebias. Een onderzoek over heel Vlaanderen in plaats van Vlaams-Brabant zou representatiever zijn.

Wat de studiepopulatie betreft moet de opmerking worden gemaakt dat er meer vrouwelijke huisartsen werden geïnterviewd in de jongste leeftijdsgroep en dat het voor de oudste leeftijdsgroep enkel mannelijke huisartsen betreft.

De vragenlijst die tijdens de interviews werd doorlopen bevatte voldoende vragen om de organisatie bij de huisartsen en hun mening voldoende te belichten. Echter het is mogelijk dat niet alle nuances werden weergegeven in de tekst.

Belangrijk is ook te vermelden dat voor alle informatie verkregen in de interviews beroep werd gedaan op huisartsen. Patiënten werden niet aan het woord gelaten.

CONCLUSIE

Uit de literatuurstudie kunnen we besluiten dat het recht van de patiënt op informatie en de medewerkingsplicht van de patiënt ten opzicht van de arts de belangrijkste juridische bepalingen zijn voor dit onderzoek.
Elke patiënt heeft het recht de resultaten van ondergane tests te kennen. De bemerking kan echter gemaakt worden dat het moet gaan over resultaten die “nodig zijn” om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand. Dit is interpreteerbaar door de arts. Uit de interviews komt ook het recht op inzage in het dossier naar voren. Dit mag echter geen surrogaat zijn voor het falen van informatieverstrekking.
Naast de medewerkingsplicht schrijft de wet geen enkele andere plicht aan de patiënt voor. Enkele geïnterviewde huisartsen zijn van mening dat als je een patiënt wijst op zijn verantwoordelijkheid dat je hem medeverantwoordelijk maakt. Stemmen gaan op dat artsen wel degelijk deze verwachtingen ten opzichte van de patiënten willen opgenomen zien in een wettelijk kader. Voorstellen als het nakomen van afspraken en het opnemen van verantwoordelijkheid bij hun behandeling worden geformuleerd. Of kan dit gezien worden als inbreuk op de persoonlijke vrijheid?(5, 6) Op website van ziekenhuizen zie je regelmatig patiëntenplichten verschijnen met als doel duidelijke afspraken te maken en te laten zien wat van de patiënt verwacht wordt.

De mogelijk te hanteren visie “Geen nieuws, goed nieuws” die werd teruggevonden in de literatuurstudie konden we niet weerhouden in de antwoorden van de geïnterviewde huisartsen. We kunnen besluiten dat de geïnterviewde huisartsen er de nadruk op leggen dat resultaten besproken moeten worden met de arts die het onderzoek heeft aangevraagd en dat het initiatief hiervoor veelal van de patiënt moet komen. Veel huisartsen vonden dat patiënten medeverantwoordelijk waren voor het ontvangen van hun resultaten. Bij een dringend resultaat werd echter de opmerking gemaakt dat het de taak was van de arts om de patiënt te verwittigen.

Uit de interviews kwam duidelijk naar voor dat de resultaten van een patiënt werden meegedeeld door een arts. Wanneer de huisartsen niet alleen werkten, werd dit zoveel mogelijk gedaan door de arts die het onderzoek had uitgevoerd. De meerderheid van de huisartsen lieten de patiënten hiervoor contact opnemen tijdens hun raadpleging. Slecht een derde zag de voordelen in van een beluurtje. In dat geval werd aan de patiënten gevraagd om telefonisch contact op te nemen binnen bepaalde uren. De tijd die werd gespendeerd aan het meedelen van resultaten lag veelal tussen een half uur tot een uur per dag.

Vanuit de antwoorden van de huisartsen kunnen we besluiten dat het mondeling meedelen van resultaten via telefoon of raadpleging het meest gewenst zijn. Telefooncommunicatie wordt mits het nadeel van tijdrovend te zijn ook vaak geprefereerd in de literatuur. De brief is voor de geïnterviewde huisartsen geen veelgebruikt medium. Dit in tegenstelling tot studies uit de Verenigde Staten waar de brief als medium voor het meedelen van normale resultaten veel gebruikt wordt. E-mail als medium werd door minder dan de helft van de huisartsen gebruikt en dan meestal onder bepaalde voorwaarden. De huisartsen die geen gebruik maakten van e-mail om resultaten door te geven haalden hiervoor gelijkaardige redenen aan als deze die werden teruggevonden in de literatuur. Met name problemen inzake privacy, tijdrovend, onveiligheid en onmogelijkheid dit te doen vanuit het EMD. De

evolutie van e-mail als communicatiemiddel tussen arts en patiënt zal in de toekomst zeker toenemen. Er is nood aan goede richtlijnen voor gestandardiseerd gebruik van e-mail op een veilige manier.(14)

De antwoorden die de huisartsen hebben gegeven over de afspraken in functie van de verschillende soorten testresultaten werden onderverdeeld in de thema's timing van contactname en follow-up. We kunnen besluiten dat het tijdsinterval waarop de patiënten contact konden opnemen ongeveer gelijk liep voor laboratoriumresultaten en radiologische resultaten, met name de dag zelf tot 4 dagen later. De huisartsen lieten dit voor beide soorten onderzoeken afhangen van de marge die de arts inbouwde om het resultaat op voorhand te bekijken en het type laboratoriumonderzoek of radiologisch onderzoek. Bij de radiologische onderzoeken werden nog extra factoren vermeld zoals de dringendheid van het onderzoek, de locatie waar het radiologisch onderzoek plaatsvond en de variabiliteit van tijdspanne waarop de resultaten bij de huisarts aanwezig zijn. Voor de baarmoederhalsuitstrijkjes werd steevast een langere termijn gegeven variërend van een week tot twee weken. Bij de gespecialiseerde onderzoeken was het geven van een termijn vaak moeilijker en werd veelal gegist.
Wat de follow-up betreft van de verschillende soorten testresultaten kunnen we voor de laboratoriumonderzoeken en de radiologische onderzoeken weerom gelijkaardige conclusies trekken. Zo zijn er huisartsen die steeds tijdens het eerste consult proberen te anticiperen op de mogelijke uitslagen. Anderen laten de patiënten altijd terugbellen om aan de hand van de uitslag een verder beleid uit te stippelen. Daarnaast is er een groep huisartsen die het belangrijk vindt om een onderscheid te maken tussen onderzoeken in kader van een specifieke klacht en preventieve onderzoeken. Resultaten in kader van specifieke klachten worden besproken op raadpleging en resultaten van preventieve onderzoeken worden telefonisch meegedeeld. Wat de follow-up van SOA-testen betreft is het opmerkelijk dat een grote groep huisartsen de patiënten sowieso laat terugkeren voor de bespreking van het resultaat. Anderen proberen zoals voor de andere laboratoriumonderzoeken te anticiperen op voorhand of laten de patiënt enkel terugkomen bij een positief resultaat. Voor de follow-up van de baarmoederhalsuitstrijkjes kunnen we besluiten dat geantwoord werd in twee grote groepen. De ene groep liet de patiënt steeds contact opnemen en bij afwijkend resultaat werden de patiënten terug gevraagd op raadpleging. De andere groep hanteerde het principe "geen nieuw is goed nieuws". Dit is opmerkelijk aangezien dit niet werd weerspiegeld in hun algemene visie over het meedelen van resultaten. Als besluit voor de follow-up van gespecialiseerde onderzoeken kunnen we stellen dat de meerderheid van de artsen het resultaat wensen te bespreken met de patiënt tijdens een raadpleging tenzij reeds door de specialist uitleg was gegeven.

Als we de resultaten op de vraag naar het bijhouden van een overzicht van aangevraagde onderzoeken bekijken, kunnen we vaststellen dat geen enkele huisarts dit doet. Hoewel in de critical incidents gebeurtenissen werden aangehaald waarbij huisartsen een resultaat niet hadden ontvangen en dit ook niet hadden opgemerkt, bekeken alle huisartsen hun resultaten hetzij elektronisch via het EMD of beveiligde sites, hetzij via een papieren versie. Hierbij zal de visie van vele huisartsen, dat patiënten medeverantwoordelijk zijn voor het opvragen van hun resultaten, een rol spelen.

De huisartsen die actief zijn in een duo- of groepspraktijk vertelden op één uitzondering na dat ze samen met hun collega's een éénduidige manier van werken hadden voor het meedelen van resultaten. De opmerkingen die hierbij werden gegeven geven echter aan dat niet alles op dezelfde manier verloopt. Mijn inziens werd op deze vraag te snel bevestigend geantwoord en is de realiteit waarschijnlijk anders.

Teleurstellend was het antwoord op de vraag op welke manier resultaten werden genoteerd in het medisch dossier. De meerderheid van de huisartsen hanteerde hiervoor geen vaste systematiek. Het bijhouden van een goed ingevuld medisch dossier is een must maar dit lieten de huisartsen echter vaak van omstandigheden afhangen.

Vanuit de verhalen die de huisartsen hebben verteld als voorbeelden van critical incidents kunnen we besluiten dat er vijf thema's zijn waaraan huisartsen aandacht moeten geven bij het meedelen van resultaten: samenwerking, organisatie, communicatie, patiënt afhankelijke factoren en beroepsgeheim.
Ten eerste is het voor de samenwerking tussen huisartsen in een praktijk belangrijk om goede afspraken te maken. Huisartsen die in groepspraktijken actief zijn haalden incidenten aan waarbij patiënten telefonisch contact opnamen met de praktijk voor het bekomen van een resultaat van een onderzoek en hierbij een collega aan de lijn kregen. Deze arts had de onderzoeken niet aangevraagd, was druk bezig of was niet op de hoogte van de context van de patiënt die hij aan de lijn had. Dit leidde tot verkeerde interpretaties van testresultaten met ongunstige consequenties. Om dit te vermijden is het noodzakelijk dat patiënten de arts contacteren die zijn onderzoeken heeft aangevraagd. Tevens werd uit de beschreven incidenten duidelijk dat voor groepspraktijken afspraken nodig zijn voor de opvolging van resultaten van patiënten die door meerdere huisartsen gemeenschappelijk verloopt.
Ten tweede kon een groot deel van de aangehaalde incidenten gegroepeerd worden in het thema organisatie. De incidenten die hierover werden aangehaald, deden zich voor in vier situaties: huisartsen die niet hadden opgemerkt dat bepaalde testresultaten niet waren aangekomen, vertraging bij het meedelen van resultaten, patiënten die reeds contact opnamen voor resultaten van onderzoeken die nog niet waren doorgenomen door de arts en problemen bij de opvolging van onderzoeken. De conclusie die we hieruit kunnen trekken ligt in de lijn van het onderzoek van Hicker et al.: huisartsen moeten hun eigen testproces onder de loupe nemen om zwakke schakels te ontdekken en op deze manier problemen te voorkomen. (11)
Vanuit het derde thema kunnen we enkele verbeterpunten distilleren naar arts-patiënt communicatie toe. De incidenten wijzen ons erop dat huisartsen steeds aandachtig moeten zijn bij het geven van informatie via de telefoon. Wat voor de huisarts een eenvoudige instructie lijkt, wordt niet steeds correct geïnterpreteerd door patiënten. Zeker bij oudere patiënten blijkt dit een probleem te vormen. Tevens leerden de incidenten ons dat het meedelen van slecht nieuws best gebeurd via een consultatie. Daarnaast moet het belang van de juiste woordkeuze tijdens een gesprek met de patiënt niet worden onderschat.
Het vierde thema geeft weer dat bepaalde eigenschappen of handelingen van de patiënt ook voor problemen kunnen zorgen bij het meedelen van een resultaat van een onderzoek. De socio-economische kenmerken en talenkennis van een patiënt vormen hierbij een eerste uitdaging. Wanneer patiënten een vreemde taal spreken of wanneer ze niet beschikken over de middelen om een bepaald beleid van een aandoening te financieren kan dit reeds het meedelen van een resultaat in de weg staan. Daarnaast zijn vele huisartsen van mening dat

patiënten een eigen verantwoordelijkheid hebben in het bekomen van hun resultaten. De aangehaalde incidenten leren ons dat dit onvoldoende wordt gecommuniceerd aan de patiënt.
Als laatste thema komt het beroepsgeheim naar voren. Hoewel de incidenten weergeven dat huisartsen het in bepaalde situaties zeer moeilijk kunnen hebben om het beroepsgeheim te respecteren, blijft ten allen tijde het behoud van het beroepsgeheim een noodzaak.

Ondanks alle aangehaalde critical incident was het fijn te horen dat alle huisartsen matig tevreden tot tevreden zijn van hun manier van werken. Mogelijke hulpmiddelen om de organisatie bij het meedelen van resultaten te verbeteren, zagen de huisartsen vooral in de uitbouw van secretariaatstaken, een verbeterd gebruik van het EMD en de optimalisatie van de telefonie. Deze antwoorden waren niet verrassend en moeilijk onderling te vergelijken aangezien sommige praktijken wat betreft organisatie al beter uitgebouwd waren dan anderen. Een heikel punt in de meeste praktijken blijft het tijdrovend aspect van de telefonie. Kan dit opgelost worden door de uitbouw van de secretariaatstaken of is het invoeren van een verloning hiervoor, naar Nederlands model voor het gebruik van e-mail (17), een oplossing?

TABEL

Tabel 1: Wet betreffende de rechten van de patiënt. 22 augustus 2002.

Tabel 1	Wet betreffende de rechten van de patiënt
Art. 7	
§ 1	De patiënt heeft tegenover de beroepsbeoefenaar recht op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan.
§ 2	Vormelijke aspecten: -Duidelijke taal -Op vraag van patiënt schriftelijke bevestiging -Op vraag van patiënt informatie meedelen aan aangewezen vertrouwenspersoon
§ 3	Recht op niet-weten (tenzij niet meedelen ernstig nadeel oplevert)
§ 4	Therapeutisch exceptie
Art. 4	Medewerkingsplicht van de patiënt ten opzichte van de arts

Tabel 2: Demografische factoren

	Leeftijd	Geslacht	Praktijkvorm	EMD	Samenwerking	Aantal patienten per dag
1	54	M	Groep	Accrimed	geen	15 - 20
2	49	M	Solo	Windoc	geen	> 20
3	29	V	Groep	Pricare	multidisciplinair	> 20
4	31	V	Groep	Accrimed	secretariaat deeltijds	15 - 20
5	55	M	Groep	Medidoc	multidisciplinair	> 20
6	52	M	Duo	So Soe Me	secretariaat voltijd	> 20
7	55	M	Duo	Medidoc	telefoonsecretariaat	> 20
8	49	M	Groep	Health One	secretariaat voltijd	> 20
9	60	M	Solo	Medidoc	geen	> 20
10	50	V	Groep	Windoc	telefoonsecretariaat	15 - 20
11	48	V	Duo	Medidoc	telefoonsecretariaat	> 20
12	29	V	Groep	Windoc	multidisciplinair	15 - 20
13	60	M	Solo	Medidoc	geen	15 - 20
14	39	V	Duo	Medidoc	secretariaat voltijd	15 - 20
15	46	V	Duo	Medidoc	multidisciplinair	> 20
16	60	M	Solo	Windoc	geen	15 - 20
17	30	V	Groep	Medidoc	secretariaat deeltijds	> 20
18	29	V	Duo	Health One	geen	<= 15
19	57	M	Groep	Accrimed	secretariaat deeltijds	<= 15
20	28	V	Duo	Medidoc	geen	<= 15
21	38	V	Solo	Health One	telefoonsecretariaat	> 20
22	38	M	Groep	So Soe Me	multidisciplinair	15 - 20
23	40	M	Solo	Health One	geen	15 - 20
24	44	V	Solo	So Soe Me	geen	<= 15
25	29	V	Groep	Medidoc	secretariaat deeltijds	15 - 20
26	29	M	Duo	Medidoc	geen	15 - 20
27	53	M	Groep	Windoc	multidisciplinair	<= 15
28	30	M	Groep	So Soe Me	secretariaat voltijd	<= 15
29	48	V	Solo	Medidoc	telefoonsecretariaat	> 20
30	57	M	Groep	Accrimed	secretariaat deeltijds	> 20

REFERENTIES

1. http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework

2. Medisch recht 2011-2012, syllabus 4e jaar arts, Prof. Dr. H. Nys, p 40-43

3. Geneeskunde: recht en medisch handelen, Herman Nys, 2005, p 148-153 en 184-186

4. Medisch recht 2013-2014, syllabus 4e jaar arts, Prof. Dr. H. Nys, p 51-52

5. http://www.fvib.be/viewobj.jsp?id=366164

6. http://www.vbs-gbs.org/dgs/gs2003/gs0301/gs0301-07.asp

7. D. Grouwels, J. Goedhuys, J. Heyrman. Goed samenwerken in tien stappen. Huisarts Nu 2003;32(1):29-34

8. Boohaker EA, Ward RE, Uman JE, McCarthy BD. Patient notification and follow-up of abnormal test results. A physician survey. Arch Intern Med. 1996 Feb 12;156(3):327-31.

9. Grimes GC, Reis MD, Budati G, Gupta M, Forjuoh SN. Patient preferences and physician practices for laboratory test results notification. J Am Board Fam Med. 2009 Nov-Dec;22(6):670-6. doi: 10.3122/jabfm.2009.06.090078.

10. Baldwin DM, Quintela J, Duclos C, Staton EW, Pace WD.Patient preferences for notification of normal laboratory test results: a report from the ASIPS Collaborative. BMC Fam Pract. 2005 Mar 8;6(1):11.

11. Hickner J, Graham DG, Elder NC, Brandt E, Emsermann CB, Dovey S, Phillips R.Testing process errors and their harms and consequences reported from family medicine practices: a study of the American Academy of Family Physicians National Research Network. Qual Saf Health Care. 2008 Jun;17(3):194-200. doi: 10.1136/qshc.2006.021915.

12. Callen JL, Westbrook JI, Georgiou A, Li J. Failure to follow-up test results for ambulatory patients: a systematic review. J Gen Intern Med. 2012 Oct;27(10):1334-48. Epub 2011 Dec 20.

13. Poon EG, Gandhi TK, Sequist TD, Murff HJ, Karson AS, Bates DW. "I wish I had seen this test result earlier!": Dissatisfaction with test result management systems in primary care. Arch Intern Med. 2004 Nov 8;164(20):2223-8.

14. Goodyear-Smith F, Wearn A, Everts H, Huggard P, Halliwell J. Pandora's electronic box: GPs reflect upon email communication with their patients. Inform Prim Care. 2005;13(3):195-202.

15. Meyer B, Atherton H, Sawmynaden P, Car J. Email for communicating results of diagnostic medical investigations to patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No.: CD007980. DOI: 10.1002/14651858.CD007980.pub2.

16. Van Roost W, Huybrechts M. Medisch advies via e-mail. Orde van geneesheren. Provinciale Raad van Brabant. Mededelingen 2013/2.

17. De voorwaarden van het elektronisch consult: Gaan we mailen, chatten of cammen? Huisarts en Wetenschap, jaargang 2004, nummer 4:0-0

18. Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. The Psychological Bulletin, 51(4), 327-358.

19. Huisarts&Wetenschap. Grounded Theory: Tijdschrift voor praktijkondersteuning; 2012 [cited 2012]. Available from: http://www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl/statements/id23-grounded-theory.html

20. kwamkowiki. Gefundeerde theoriebenadering 2010 [cited 2012 20 okt]. Available from: http://wiki.uva.nl/kwamcowiki/index.php/Gefundeerde_theoriebenadering

BIJLAGEN

Bijlage 1: Vragenlijst

1. Demografische factoren
-leeftijd
-geslacht
-praktijkvorm: solo/duo/groep
-EMD, zo ja welk
-Samenwerking: VPK, secretaresse, manager,…
-Gemiddeld aantal patiënten per dag?

2. Visie
-Wat is uw visie omtrent het meedelen van resultaten in de huisartsenpraktijk? Welke principes hanteert u daarbij?
-Wie wordt in uw systeem verondersteld het initiatief te nemen?

3. Wettelijk kader
-Weet u als arts wat het wettelijk kader inhoudt bij het meedelen van resultaten aan de patiënt? Met andere woorden: kent u uw plichten tov de patiënt hierover?

4. Organisatie
-Wie deelt uitslag mee?
-Wanneer wordt uitslag meegedeeld?
-Hoeveel tijd wordt er per dag besteed aan het meedelen van resultaten?
-Welke afspraken worden gemaakt met de patiënt over het meedelen van resultaten? Leg aub uit in functie van verschillende soorten testresultaten.
    Labo's (SOA)
    Radiologische resultaten
    Uitstrijkje
    Gespecialiseerde onderzoeken
-Welk medium wordt gebruik om een resultaat mee te delen?
-Hoe houd u een overzicht bij van testen die u hebt aangevraagd?
-Welke afspraken zijn er gemaakt met de collega's? Eénduidige manier van werken?
-Op welke manier worden de resultaten genoteerd in het EMD/dossier?

5. Critical incidents
-Waar liep het wel eens verkeerd bij het meedelen van resultaten?

6. Tevredenheid/Hulpmiddelen
-Bent u tevreden over de huidige manier van werken?
-Wat zou volgens u een mogelijke hulp zijn in de organisatie van meedelen van resultaten?