“Kan ik de dokter even spreken?” Visie van de patiënt over het telefoongebeuren in een praktijk

Dr. Toon Van Gasse, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Co-promotoren: Dr. Piet Vanden Bussche

Praktijkopleider: Dr. Marc Mertens

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Haio: Dr. Toon Van Gasse, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts

Co-promotor: Dr. Vanden Bussche Piet

Praktijkopleider: Dr. Marc Mertens

Titel

“Kan ik de dokter even spreken?” Visie van de patiënt over het telefoongebeuren in een praktijk

Inleiding

In een groepspraktijk te Beveren krijgen de artsen het gevoel overspoeld te worden tijdens de dagelijkse belmomenten voor de patiënten. Er wordt reeds gewerkt met een praktijkassistente, een telesecretariaat en een online afsprakensysteem. Deze masterproef onderzoekt de visie van de patiënt over het huidige telefoongebeuren in de praktijk en bekijkt mogelijke verbeteringen aan het huidige systeem.

Methode

Er werd een literatuurstudie uitgevoerd die verschillende systemen voor het telefoongebeuren onderzocht. Er werd een enquête uitgedeeld aan patiënten die de tevredenheid over het huidige systeem bekijkt, deze resultaten werden vergeleken met een internationale studie over patiëntentevredenheid. Er werd gedurende 2 verschillende weken een registratie van het telefoonverkeer tijdens de dagelijkse belmomenten uitgevoerd. Er werden ook semi-gestructureerde interviews afgenomen met de artsen uit de praktijk en de praktijkassistente.

Resultaten

De belangrijkste resultaten van de literatuurstudie waren de mogelijkheid van een terugbelspreekuur, het uitbreiden van het aantal lijnen of het invoeren van een aparte spoedlijn.

De registratie van het telefoonverkeer toonde een duidelijk verschil in aantal oproepen per arts. De meeste doorgeschakelde oproepen gingen naar de oudste arts. De HAIO kreeg quasi geen oproepen doorgestuurd en moest tot bijna de helft van de oproepen doorschakelen.

Uit de enquête bleek dat we beter scoren dan de meeste Europese landen waarmee vergeleken werd. Er werd algemeen iets minder gescoord dan Vlaanderen, maar dit was te verwachten omdat de tevredenheid negatief beïnvloed wordt door het aantal artsen werkzaam in een praktijk en positief door het aantal werkuren per week. Er wordt minder gewerkt en er zijn meer artsen werkzaam in de praktijk vergeleken met Vlaanderen. 73% is tevreden tot heel tevreden met de bereikbaarheid van de praktijk tijdens de belmomenten.

Uit de interviews werd duidelijk dat het probleem van de drukke belmomenten sinds de komst van de HAIO als veel minder storend wordt ervaren. Er was een belangrijke terughoudendheid van de artsen uit om van systeem te veranderen.

Besluit

Wegens de goede resultaten op de tevredenheid van de patiënten over het telefonisch gebeuren in deze praktijk, en het grotendeels verdwijnen van de frustraties van de artsen na de komst van de HAIO werd beslist niet te wijzigen van systeem. Het is belangrijk om met minstens 2 artsen aanwezig te zijn tijdens de belmomenten. Er moet op tijd gestopt kunnen worden met de consultaties zodat tijdig gestart kan worden met de belmomenten.

Inhoud

Inleiding 1

Opzet masterproef 1

Organisatie praktijk 1

Methodiek 2

FOCUS analyse 2

Find a problem: 2

Organise a meeting 2

Clarify/Understand 3

Start change 3

Literatuurstudie 3

Inleiding 3

Methode 4

Resultaten 5

Conclusies 9

Resultaten 10

Interviews met praktijkmedewerkers 10

Methodiek 10

Samenvatting interviews 10

Mogelijke oplossingen 12

Telefoonregistratie tijdens belmomenten 14

Methodiek 14

Resultaten 15

Enquête 18

Methodiek 18

Resultaten 19

Conclusies 28

Referenties 30

Bijlagen 31

Inleiding

Opzet masterproef

In deze masterproef wordt gepoogd een manier te vinden hoe het telefoonverkeer in een groepspraktijk in Beveren verbeterd kan worden.

Er wordt gewerkt met twee telefonische half uurtjes waarop patiënten rechtstreeks met de artsen kunnen telefoneren. De subjectieve perceptie van de artsen over deze belmomenten was dat ze overspoeld werden en dat het geheel niet meer beheersbaar was. Er werd gevreesd voor een ondermaatse kwaliteit van dit aspect van de praktijkvoering.

Er werd geprobeerd dit subjectieve gevoel van de artsen te objectiveren door middel van registraties en interviews.

Een tweede luik was een analyse van de opinie van de patiënten door middel van een enquête over de patiëntentevredenheid.

Op basis van deze analyses wordt geprobeerd een oplossing te vinden voor dit probleem.

Organisatie praktijk

In deze groepspraktijk zijn 4 artsen werkzaam. Drie van de vier artsen zijn huisartsen, de vierde is de HAIO van de praktijk. Er is tevens een praktijkassistente.

De praktijkassistente werkt deeltijds.

Ze is elke weekdag om 8u 's ochtends aanwezig. Maandag en donderdag werkt ze tot 17u 's avonds, dinsdag, woensdag en vrijdag tot 12u30.

Op momenten dat de praktijkassistente aanwezig is, neemt zij de telefoon op.

Op momenten dat de praktijkassistente niet aanwezig is, wordt de telefoon doorgeschakeld naar een telesecretariaat. Dit is het geval op dinsdag, woensdag en vrijdagmiddag van 13u tot 20u.

Na 20u worden wordt de doorschakeling naar het telesecretariaat manueel afgezet en worden de oproepen doorgestuurd naar de arts van wacht via het antwoordapparaat.

Het telesecretariaat houdt zich vooral bezig met het maken van afspraken voor de patiënten. Als zij voor andere zaken gebeld worden is er een duidelijk draaiboek waar zij zich aan dienen te houden.

Dagelijks zijn er twee momenten van een half uur waarop de artsen de telefoon opnemen. Dit is van 12u30 tot 13u en van 18u tot 18u30. Het is de bedoeling dat patiënten op deze momenten bellen om rechtstreeks contact te krijgen met een arts. Deze half uurtjes zijn bedoeld voor het bespreken van resultaten en het verstrekken van medische inlichtingen. Ze worden echter ook gebruikt voor het maken van afspraken, klaarleggen van voorschriften en andere delegeerbare zaken.

De meeste patiënten zijn hiervan op de hoogte. Deze informatie is beschikbaar op de website. Er zijn ook informatiebrochures beschikbaar. Deze worden aan alle nieuwe patiënten gegeven. De brochures liggen ook in de wachtzaal.

Patiënten die buiten deze 2 belmomenten toch met een arts willen spreken worden ofwel door het telesecretariaat ofwel door de praktijkassistente verzocht om terug te bellen op één van deze 2 momenten.

Bij dringende zaken of inkomende oproepen van andere actoren in de eerste- en tweedelijn wordt er wel doorgeschakeld naar één van de aanwezige artsen.

De praktijk heeft 2 binnenkomende lijnen voor de telefoon.

Op een normale weekdag zijn er minstens 3 artsen beschikbaar per telefonisch half uur. Maandagmiddag, maandagavond en woensdag- en vrijdagmiddag zijn er 4 artsen beschikbaar.

De praktijk maakt ook gebruik van een online afspraken systeem. Hier worden afspraken open gezet die voor iedereen te boeken zijn. Patiënten kunnen dit doen via de website van de praktijk. Dit wordt ook uitgelegd in de informatiebrochures die beschikbaar zijn. Niet alle afspraken worden beschikbaar gezet op de onlineagenda. Sommige worden pas de dag zelf beschikbaar, anderen staan op reserve en zijn enkel in te boeken door de praktijkmedewerkers of het telesecretariaat.

Methodiek

FOCUS analyse

Omdat de opzet van deze masterproef in wezen een kwaliteitsverbeterend project is, werd er gekozen om in ruwe mate een FOCUS analyse uit te voeren.

Een focus analyse volgt volgende stappen: Find a problem, Organise a meeting, Clarify the problem, Understand the problem, Start the change.

Find a problem:

Het onderwerp van deze masterproef werd gekozen op het moment dat de HAIO nog niet aan het meedraaien was in dit systeem. Het kon voorvallen dat één van de artsen het telefonisch half uur alleen moest afwerken. Omdat er 2 binnenkomende lijnen zijn is het op zo een moment enorm hectisch. Dit leek een haalbaar onderwerp om een masterproef over op te zetten.

Organise a meeting:

In tweede instantie werd er een vergadering georganiseerd om alle neuzen in dezelfde richting te krijgen. Het is belangrijk dat iedereen akkoord is met het gekozen onderwerp en dat iedereen gemotiveerd is om mee te werken.

Deze vergadering werd gehouden tijdens één van de wekelijkse overlegmomenten met de praktijkassistente en de artsen. Er werd op een ander moment vergaderd met het telesecretariaat.

De artsen en de praktijkassistente waren akkoord met het gekozen onderwerp. Zij waren ook gemotiveerd om tijd te investeren in een semigestructureerd interview en om een registratie van de binnenkomende oproepen tijdens het telefonisch half uur uit te voeren.

Clarify/Understand:

Er werd een literatuurstudie uitgevoerd. Op basis van deze resultaten werd er vervolgens een registratie uitgevoerd van de inkomende oproepen tijdens het telefonisch half uur gedurende twee weken. Er werden interviews afgenomen bij de drie vaste artsen van de praktijk en bij de praktijkassistente.

Er werd ook gekozen om enquêtes te maken en uit te delen aan de patiënten. Op deze manier kan kostbare informatie worden gewonnen over hoe patiënten denken over het telefoongebeuren in de praktijk.

Start change:

Op basis van de bekomen informatie werden enkele aanpassingen gemaakt die hieronder nog besproken worden.

Literatuurstudie

Inleiding

In de praktijk werkt een praktijkassistente die 30.5 uur per week aanwezig is. Als zij niet op de praktijk is worden de inkomende oproepen doorgestuurd naar een telesecretariaat. Met zowel de praktijkassistente als met het telesecretariaat is de afspraak gemaakt dringende oproepen direct door te sturen naar één van de aanwezige artsen.

Van 20u ’s avonds tot 8u ’s ochtends worden de telefoons doorgeschakeld naar de arts van wacht.

Elke dag worden op twee vaste tijdstippen de inkomende oproepen beantwoord door de aanwezige artsen. Dit van 12u30 tot 13u en van 18u tot 18u30.

Deze telefonische spreekuren worden door de artsen als zeer hectisch ervaren.

Het doel van deze literatuurstudie is het verkennen van de diverse systemen van telefooncommunicatie in de huisartsenpraktijk en eerstelijnscentra. Op basis van deze literatuurstudie worden interviews afgenomen met de medewerkers van onze groepspraktijk. Ook zal deze literatuurstudie een leidraad vormen voor de enquête die aan de patiënten voorgelegd wordt.

De belangrijkste onderzoeksvragen van deze literatuurstudie zijn:

“Welke opties zijn er om het telefoonverkeer vlotter te laten verlopen”

“Welke gestandaardiseerde vragenlijsten bestaan er over telefoonverkeer die gebruikt kunnen worden bij onze patiënten?”

Methode

Er werd geprobeerd de stapsgewijze zoekmethode te gebruiken zoals die wordt aangeraden door het ICHO.

Stap 1: Guidelines, standaarden, aanbevelingen, consensusteksten.

Deze stap was niet succesvol. Op de website van het NHG werd een telefoonwijzer gevonden, maar deze leek niet relevant voor de literatuurstudie.

Op de website van Domus Medica werd een richtlijn gevonden over de aanpak van dringende oproepen via de telefoon. Ook deze valt buiten het bestek van deze literatuurstudie.

Stap 2: Ook op Minerva en Clinical Evidence werden geen bruikbare bronnen gevonden.

Stap 3: In de Cochrane database werd ook geen bruikbare informatie gevonden.

Stap 4: Er werd een zoektocht gestart op Pubmed.

Eerst werd er zonder MeSH termen gezocht. Deze resultaten waren niet erg specifiek.

Vervolgens werden MeSH termen gebruikt. Er werden echter steeds artikels gevonden die weinig relevant waren. Pas toen er op “patient satisfaction” gezocht werd, werden de resultaten relevant.

Hieronder een ingekort overzicht van de zoekgeschiedenis.

- Search (("General Practitioners"[Mesh] OR "Primary Health Care"[Mesh]) AND "Telephone"[Mesh]) AND "Patient Satisfaction"[Mesh] 65
- Search "Telephone"[Mesh] AND patient satisfaction 785
- Search ((("General Practitioners"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh]) AND "Telephone"[Mesh])) AND "patients" [MesH] 16
- Search (("General Practitioners"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh]) AND "Telephone"[Mesh] Sort by: Relevance 476
- Search (general practioner) AND telephone 1039

Uit deze laatste lijst met 65 onderwerpen werden op basis van de titel en het abstract 3 artikels weerhouden.

Er werd vervolgens gezocht op de website van het ICHO in vorige masterproeven. Er werd gezocht op “telefoon”. Hier werden nog 3 onderwerpen gevonden.

Vervolgens werd in de literatuurlijst van deze masterproeven gezocht. Ook hier werden nog 8 bruikbare artikels weerhouden.

Resultaten

In de masterproeven die op de website van het ICHO te vinden zijn, worden voor de hand liggende oplossingen gevonden om het telefoonverkeer beter beheersbaar te maken. Er zijn masterproeven die handelen over het invoeren van een online afsprakenagenda[1], een andere masterproef laat de praktijkassistente telefoons opnemen[2]. Nog een andere masterproef focust dan meer op het informeren van de patiënten. Ze delen brochures uit met de uren waarop bij voorkeur gebeld wordt voor afspraken en informatie. [3]

Deze oplossingen zijn allen goede oplossingen maar werden reeds toegepast in onze praktijk. Er wordt al gewerkt met een praktijkassistente, er is een online afsprakensysteem en de patiënten worden reeds geïnformeerd door middel van de website, informatiebrochures en een lichtkrant in de wachtzaal.

Uit de literatuurstudie bleek verder dat:

> De telefoon blijft het belangrijkste instrument bij de communicatie met patiënten.

Een studie in de Verenigde Staten onderzocht wat de voorkeur is van patiënten als het gaat over de communicatie met de huisartsenpraktijk. Voor de meeste problemen in de eerstelijnszorg wordt communicatie via de telefoon verkozen. [4]

Dit percentage is wel groter bij mensen die niet vaak met een computer werken. Direct contact met de arts werd geprefereerd bij problemen waarbij een onderzoek nodig is of zaken waar visuele instructies nodig zijn. 1/3 van de personen die regelmatig een computer gebruikt verkiezen elektronische communicatie (vb e-mail) voor routine zorgbehoeften zoals een labo, herinneringen aan preventieve onderzoeken,…

Voor onze praktijk en voor deze praktijkverbeterende masterproef is het een zeer relevant gegeven dat de telefoon nog steeds het belangrijkste instrument is voor communicatie met de patiënten. Elektronische communicatie met patiënten is een optie maar is toch nog steeds minder aanvaard en zeker niet voor alle patiënten een optie. [4]

> Zowel bij artsen als bij patiënten blijven er veel frustraties bestaan over het telefoonverkeer in de huisartsenpraktijk.

In een masterproef werd gekeken naar het telefoonverkeer tijdens de consultaties. Iets minder dan de helft van alle consultaties werd onderbroken door de telefoon. Dit werd door de artsen als zeer storend ervaren. [2]

De inspectie voor gezondheidszorg (IGZ) in Nederland is verder ingegaan op de frustratie voor de patiënten. Zij onderzochten wat patiënten een aanvaardbare wachttijd vinden. [5]De IGZ vindt dat vanuit patiëntenperspectief de volgende normen moeten worden gehanteerd: bij niet-spoedoproepen moet binnen twee minuten worden opgenomen, bij spoedoproepen binnen 30 seconden. Dat roept de vraag op wat patiënten een acceptabele wachttijd vinden. Van de respondenten van hun onderzoek vindt maar 11% een wachttijd langer dan twee minuten acceptabel voordat de telefoon wordt opgenomen, 56% wil zelfs binnen één minuut te woord worden gestaan. Bij een steekproef kreeg 60% bij de eerste belpoging contact. Ongeveer een derde kreeg pas na enkele belpogingen contact en 7% kreeg helemaal geen contact. Ruim 30% van de ondervraagden geeft aan dat het een probleem is om hun huisartsenpraktijk telefonisch te bereiken. [6]

> Een spoedlijn is een mogelijke oplossing voor de slechte telefonische bereikbaarheid van een huisartsenpraktijk.

Bij een spoedlijn kan de patiënt bij een oproep de optie spoed kiezen in een keuzemenu. Een spoedvoorziening draagt sterk bij aan een goede bereikbaarheid. Binnen anderhalve minuut krijgt 80% van de bellers naar een spoedvoorziening een persoon aan de lijn; bij een regulier nummer lag dat rond de 45%. Een apart spoednummer wordt vaker binnen de normtijd beantwoord (78%) dan de spoedoptie uit het keuzemenu van een regulier nummer (55%). [6]

> Een andere mogelijkheid om het telefoongebeuren in de praktijk te verbeteren, is het in kaart brengen van waarom mensen naar de praktijk bellen.

In 1984 verscheen er reeds een artikel waarin gesteld werd dat het belangrijk is om het telefoongebeuren goed in kaart te brengen. Een goede kennis van het dagelijkse telefoongebruik kan helpen om inzicht te krijgen in de problemen bij het telefoongebruik. Dit inzicht kan helpen om de telefoon efficiënter en effectiever te leren gebruiken. [7]

> Het kan ook een optie zijn een kwaliteitsverbeterend project op te starten.

In een recentere studie bij huisartsenpraktijken in de Verenigde Staten werd gekeken wat het effect was van zo een kwaliteitsverbeterend project voor het telefoonverkeer. [8] Er bestaat geen uniform verbeterproject. Elk project moet gestroomlijnd worden voor de praktijk die verbeterd moet worden. Zo een project en de interventies die er uit voortkomen zijn dus heel individueel.

De interventies die gebruikt werden, varieerden van praktijk tot praktijk en werden specifiek opgesteld voor de verschillende praktijken. Deze interventies werden opgesteld op basis van verscheidene strategieën. Deze studie ging uit van het Quality Improvement Collaborative. (QI)

De belangrijkste strategieën worden hier opgesomd.

- Vorming van multidisciplinaire teams om de sterktes en de zwaktes van het telefoonverkeer te evalueren.
- Trainingssessies met naspelen van telefoongesprekken.
- Aanstellen van een coach die helpt bij het identificeren van problemen bij het telefoonverkeer. Samen met het QI Collaborative werden er dan interventies opgesteld.
- Opstellen van PDCA-cyclussen om interventies door te voeren.
- Opstellen van interventies om de snelheid van antwoorden op telefoons te verbeteren:
    - Analyseren waarom patiënten bellen naar de praktijk.
    - Medewerkers van de praktijk opleiden.
    - Duidelijke scripts opstellen die medewerkers van de praktijk kunnen gebruiken waardoor er consistentere richtlijnen gegeven kunnen worden aan patiënten.
- Verbeteren van de oriëntering, supervisie, opleiding en controle van telefoonmedewerkers.
- Implementatie van automatische verdeelsystemen voor de telefoon zodat inkomende oproepen beter verdeeld en efficiënter behandeld kunnen worden.

Dit zijn enkele van de mogelijke strategieën die gevolgd kunnen worden. Het is alleszins belangrijk te onthouden dat een kwaliteitsbevorderend project een positief effect heeft op het telefoongebeuren. De interventies leidden tot een verbetering van volgende zaken: telefoons werden sneller beantwoord, de tevredenheid van de patiënten werd groter, de perceptie van de patiënten over de kwaliteit van de zorg via telefoon verbeterde en tenslotte werd er minder melding gemaakt van vertragingen in de zorg.

Een andere optie die naar voren komt in deze literatuurzoektocht is deze van het terugbelspreekuur.[9]

Bij het systeem van een terugbelspreekuur neemt de assistent(e) alle telefoontjes aan. Indien assistente of patiënt vindt dat extra overleg met de arts nodig is, belt de arts op een afgesproken tijdstip de patiënt terug. Ook voor het telefonisch spreekuur kan het aantal afspraken beperkt worden tot de tijd die er voor is: vol is vol. Gesprekken kunnen worden voorbereid, uitslagen kunnen tevoren worden bestudeerd. Het doel bij terugbellen is duidelijker. Ook blijkt met de invoering van het telefonisch terugbelspreekuur het probleem van de 'telefoontjes voor niets' te zijn opgelost. Deze worden gefilterd door de assistente, die dit veel vlotter en handiger kan dan de arts.

Een studie uit Nederland onderzocht het effect van deze interventie. [10]Deze studie is een interessant uitgangspunt voor onze praktijk omdat deze praktijk sterk op de onze lijkt qua organisatie. Zij werken ook met een telefonisch spreekuur. Net als in onze praktijk wordt het telefonische spreekuur overspoeld en is het bij momenten niet beheersbaar.

Er werd gepoogd alles wat beter beheersbaar te maken door de uitbreiding van het aantal lijnen en het telefonisch spreekuur langer te maken. Deze twee interventies gaven slechts tijdelijk beterschap. De problemen in deze praktijk spitsten zich voornamelijk toe op 2 punten: De praktijk was onvoldoende bereikbaar tijdens de telefonische spreekuren en de artsen hadden het gevoel overspoeld te worden door de telefoon.

Dit zijn twee bekommernissen die ook in onze praktijk duidelijk aan bod komen. Deze worden later besproken in deze masterproef bij de interviews.

De auteurs van de studie over het terugbelspreekuur merken dat 48% van de telefoontjes tijdens het telefonisch spreekuur nutteloos zijn. Het gaat over delegeerbare zaken zoals herhaalmedicatie, patiënten die de verkeerde dokter aan de lijn krijgen enzoverder. Ze merken ook op dat de praktijk zeer moeilijk bereikbaar is tijdens deze telefonische spreekuren. De lijnen waren meer dan 150 keer bezet in een uur tijd. 22 oproepen werden wel behandeld.

Als oplossing werd een terugbelspreekuur ingelast. Zij haalden goede resultaten met de invoering van het terugbelspreekuur: Het aantal oproepen dat de aandacht van de dokters vereiste, daalde met 59%. De dokters waren per dag 39% minder lang bezig met de telefoon. Dit valt te verklaren door de triage die wordt uitgevoerd door de praktijkassistenten. De patiënten belden de artsen ook voor andere dingen als voor de interventie. [10]

Dit lijkt een interessant systeem. We moeten wel de bemerking maken dat dit in België waarschijnlijk veel moeilijker haalbaar zal zijn. Wat met oproepen die bij ons telesecretariaat binnenkomen. Deze telefoonmedewerkers zouden dan ook nog afspraken moeten maken om terug te bellen. Dit probleem is niet onoverkomelijk. Wat minder praktisch lijkt, is het feit dat deze telefoonmedewerkers bijvoorbeeld geen voorschriften kunnen maken.

Een ander probleem met dit systeem is dat er in België niet gewerkt wordt met medisch advies via de telefoon. Hier bestaat nog geen opleiding voor. Het te verwachten effect van een terugbelspreekuur zou in onze praktijk minder groot zijn.

Een bijkomend nadeel van dit systeem is dat de belasting voor de praktijkassistente verzwaart. Een studie in dezelfde praktijk als deze waar het terugbelspreekuur werd ingevoerd, onderzocht dit.[11] Na de invoering van het terugbelspreekuur lijkt de telefonische bereikbaarheid van hun praktijk tot 10.00 uur

erop achteruit te gaan, terwijl deze voor de rest van de dag verbeterde. Het aantal keren dat de praktijklijn in gesprek was, loopt parallel aan de gevonden piekbelastingen tussen 8.00 en 10.00 uur en tussen 13.00 en 14.00 uur.

De auteurs raden aan om een receptenlijn in te voeren om zo het aantal telefoontjes in de ochtendpiek te verminderen. Een andere optie is het gebruik van een wachtrij. Zo kan de praktijkassistente op gepaste wijze meerdere lijnen aannemen.

Er moet ook opgemerkt worden dat de tevredenheid van de patiënten over het telefoongebruik daalt als ze eerst met de assistente moeten bellen om met haar te bespreken waarom er gebeld wordt.[12]

> Een van de zaken die ook naar voren komt in deze studie is de uitbreiding van het aantal lijnen. Dit gaf volgens de onderzoekers slechts tijdelijk beterschap.

In de literatuur vinden we terug dat er in principe één lijn per 2500 patiënten nodig is. [12]

Een andere studie zegt dan weer dat 1 lijn per 2500 patiënten het probleem van bezette telefoonlijnen niet volledig zal oplossen. [13]

Tot slot werd de EUROPEP vragenlijst gevonden. Dit is een vragenlijst die peilt naar de tevredenheid van patiënten over hun huisartsenpraktijk. Deze vragenlijst bevat ook enkele vragen over het telefoongebeuren. (zie bijlage 1)

Er werd een andere studie gevonden die handelde over deze vragenlijst. Ze vergeleken verschillende landen met elkaar. [14]

De auteurs concluderen dat de patiënten meer tevreden zijn over de huisarts als de huisarts lang werkt. Hoe meer medewerkers er werkzaam zijn in de praktijk, hoe minder tevreden patiënten worden.

Conclusies

De meeste oplossingen die gevonden werden zijn voor de hand liggende oplossingen die reeds geïmplementeerd werden in de praktijk. Om een verbetering mogelijk te maken moet er een meer structurele aanpak gebeuren. De beste manier om dit te doen lijkt op basis van een kwaliteitsverbeterend project. Het werd echter duidelijk dat een kwaliteitsverbeterend project zeer individueel is.

Eerst en vooral moet de werking van de praktijk doorgelicht worden om zo te kunnen analyseren waar er problemen zijn en waar er ruimte is voor verbetering.

Om deze analyse uit te voeren werd er beslist om een registratie van de telefoonoproepen uit te voeren. Uit de literatuurstudie komt naar voren dat het interessant is om een registratie van het telefoonverkeer te verrichten alvorens een interventie uit te voeren.

Er werd ook beslist om interviews uit te voeren bij de medewerkers van de praktijk. Op deze manier kan onderzocht worden waar zij vinden dat het probleem zit.

Verder werd er gekozen om duidelijke richtlijnen op te stellen voor de medewerkers van het telesecretariaat. Er werd duidelijk genoteerd wat ze moeten doen in welke situatie.

De mogelijkheid van een terugbelspreekuur is een interessante piste om verder te verkennen. Er werd geopteerd om de bereidheid om over te schakelen op dergelijk systeem te bevragen bij de medewerkers van de praktijk en bij de patiënten. Wat ook bevraagd werd bij de patiënten is hun tevredenheid over het telefoongebeuren. Om dit te doen werd gebruik gemaakt van de EUROPEP vragenlijst.

Een andere optie die terugkomt is de invoering van een extra lijn. Er wordt door consensus aangeraden om 1 lijn per 2500 patiënten te gebruiken. De praktijk heeft momenteel ongeveer 4000 patiënten en 2 lijnen dus normaal gezien is dit genoeg. Deze mogelijkheid tot uitbreiden van de lijnen werd ook besproken tijdens de interviews.

Resultaten

Hier worden de interviews met de medewerkers van de praktijk, de registratie van het telefoonverkeer en de enquête rond de patiëntentevredenheid besproken.

Interviews met praktijkmedewerkers

Methodiek

Op basis van de literatuurstudie werden interviews afgenomen bij 3 artsen van de praktijk en bij de praktijkassistente.

Het waren semi-gestructureerde interviews.

Er werd gevraagd naar een paar vaste thema's.

- Wat is de mening van de geïnterviewden over het huidige verloop van het telefoongebeuren?
- Wat is de mening van de geïnterviewden over een terugbelspreekuur?
- Wat is de mening van de geïnterviewden over een mogelijke extra lijn?
- Zien ze zelf oplossingen?

De interviews werden opgenomen en aan de hand van notities werd een samenvatting gemaakt van de antwoorden.

Samenvatting interviews

Samenvattend kunnen we stellen dat iedereen op de praktijk, zowel de secretaresse als de artsen, tevreden zijn met het huidige systeem.

De voornaamste voor- en nadelen van de twee dagelijkse telefonische halve uurtjes zijn de volgende:

Het grootste en belangrijkste voordeel en ook de reden dat het telefonisch half uur werd ingevoerd is dat de artsen weinig gestoord worden door telefoongesprekken tijdens de raadpleging. Alle artsen waren het erover eens dat dit een enorm voordeel is. Als je gestoord wordt tijdens een consultatie is dit zowel voor de arts als voor de patiënt vervelend. Bij psychische consulten is dit al helemaal nefast voor een vlotte en goede zorg.

Door het telefonische half uur worden deze storende onderbrekingen tot een minimum herleid.

Een ander pluspunt is dat er via de telefoon veel mondelinge afspraken gemaakt kunnen worden met de patiënten. Je kan de tijd in je voordeel gebruiken in de huisartsengeneeskunde zonder dat er daarom onmiddellijk een vervolgconsult moet plaatsvinden. Op deze manier wordt de workload verlicht.

Een valkuil die hieruit volgt is dat er soms te veel geregeld wordt via de telefoon. Bij sommige complexere problemen kunnen deze telefonische consultaties erg lang kunnen duren. Als er dan een tweede lijn wordt doorgeschakeld naar een arts die een lang gesprek aan het voeren is, zijn beide lijnen nodeloos lang bezet. De andere arts kan op dat moment niets doen. Dit is niet efficiënt. We mogen niet bang zijn om mensen te laten terugkomen bij complexere problemen. Uit ervaring merken we ook op dat de patiënten de uitleg soms niet goed begrepen hebben en liever eens op consultatie komen om iets uitgelegd te krijgen.

Sommige zaken moet je wel gewoon via de telefoon regelen, bijvoorbeeld een overleg met een familielid van een patiënt of het advies inwinnen van een geneesheer specialist. Deze zaken worden soms ook afgehandeld tijdens het telefonisch half uur. Het zou beter zijn moest hier op een ander moment tijd voor gemaakt worden.

Een ander nadeel is dat het redelijk frequent voorkomt dat je een probleem moet oplossen van een patiënt die je collega gezien en onderzocht heeft. De patiënt moet alles opnieuw uitleggen voor de arts goed begrijpt wat het probleem juist is.

Duidelijke registratie van de verdere follow up na een bepaald resultaat is hiervoor uiterst belangrijk en zorgt voor een goede continuïteit van de zorg en werkt sterk tijdbesparend tijdens het telefonisch contact.

Het grootste nadeel van het huidige systeem was de druk die gevoeld werd bij het telefonisch half uur. Dit werd omschreven als “chaos”, “geen ademruimte”, “enorm stresserend”.

Subjectief voelen de medewerkers van de praktijk aan dat het momenteel al veel beter gaat dan een jaar voordien. Bij het kiezen van het onderwerp in september 2013 was de HAIO nog maar net gestart. In het toenmalige systeem, waarbij 3 artsen in de praktijk werkzaam waren, was er soms maar 1 arts aanwezig voor het telefonisch halfuur. Hij of zij moest dan 2 binnenkomende lijnen alleen beantwoorden. Als zijn of haar laatste consult niet tijdig afgewerkt was, moest de arts 2 binnenkomende lijnen beantwoorden en terzelfdertijd het consult proberen afronden. Het was vooral op die momenten dat het subjectieve gevoel overspoeld te worden door de telefoon het sterkst aanwezig was.

In het huidige systeem komt dit alleen bij uitzondering voor en zijn er bij elk telefonisch half uur minstens 2 artsen beschikbaar.

Dit geeft de nodige rust aan de artsen. Ze zijn kalmer omdat ze weten dat een collega telefoons kan opvangen als ze zelf uitlopen met de consultatie.

Een ander voordeel van met 2 artsen het telefonisch half uur af te handelen is dat er geen aanhoudend gerinkel aanwezig is. Er zijn maar 2 lijnen. Als je als arts alleen telefoons opneemt, was er vaak een andere lijn die maar bleef rinkelen. Omdat we nu normaal gezien nooit alleen werken tijdens deze halve uurtjes is dit probleem ook van de baan.

Een probleem dat nog aanwezig is, is dat sommige artsen meer problemen hebben dan andere om punctueel te werken en op tijd hun laatste consultatie af te ronden . Dit kan voor strubbelingen tussen de artsen zorgen. Een arts die steeds zorgt dat hij/zij goed op tijd klaar is zal het vervelend vinden als een andere collega vaak vertraging oploopt.

Er werd voor de start van deze masterscriptie al geprobeerd een kwartier speling in te bouwen in het consultatieschema. De artsen merkten dat de rust die dit gaf er voor zorgde dat ze meestal gewoon langer bezig waren met consultaties. Het nadeel is dat wanneer er wél op tijd gestopt wordt er een leeg kwartier ontstaat.

Waar vooral voor gevreesd wordt door de artsen is de vraag of onze praktijk bereikbaar genoeg is tijdens de 2 telefonische halve uurtjes. De artsen vonden het een goed idee om dit te bevragen bij de patiënten door middel van een enquête.

Deze bereikbaarheid zou verbeterd kunnen worden door een derde lijn in te voeren.

Mogelijke oplossingen

Er werd ook gepeild naar enkele mogelijke oplossingen of alternatieven om het huidige systeem te vervangen.

Derde lijn

Wat beter kan is dat er soms 3 artsen aanwezig zijn voor 2 lijnen. Een mogelijk die geopperd werd is om met drie lijnen te werken. Dit heeft als nadeel dat er weer extra druk zal ontstaan wanneer er maar 2 artsen telefoons opnemen.

De praktijkassistente zag dit niet zitten. Twee lijnen kan ze nog net bolwerken maar ze vreest dat een derde lijn niet meer haalbaar zou zijn voor haar.

Er werd gedacht aan een “flexibele” derde lijn, die aan en uit gezet zou kunnen worden. Hier werd de vraag gesteld of dit technisch haalbaar zou zijn.

Een ander nadeel van een derde lijn is dat er een meerkost aan te pas komt.

Terugbelspreekuur

Het belangrijkste resultaat op onze onderzoeksvraag uit de literatuurstudie is het terugbelspreekuur.

Tijdens de interviews werd specifiek bevraagd wat de artsen van dit systeem vonden en hoe zij de haalbaarheid hiervan inschatten.

De praktijkassistente was het meest positief over dit systeem. Momenteel moet ze vaak patiënten afschepen die te vroeg bellen. Dit zorgt voor extra telefoonverkeer omdat deze patiënten even later gewoon moeten terugbellen.

Het lijkt haar ook interessant omdat de hectiek van het telefonisch half uur meer gespreid kan worden. Geen dode momenten meer tijdens dit half uur zoals nu soms wel het geval is.

Ze denkt ook dat dit interessant is omdat patiënten soms op een belangrijke uitslag in spanning zitten te wachten. Het zou nu ingepland kunnen worden dat deze uitslag sneller kan doorgegeven worden.

Ze dacht niet dat dit meer werk zou geven voor haar persoonlijk. In tegenstelling tot wat we in onze literatuurstudie vonden waaruit blijkt dat er wel een extra belasting is voor de praktijkassistente.

Momenteel krijgt ze al veel telefoons voor resultaten. Ze verwacht dat eens de patiënten het systeem doorhebben dit vlot zou lopen.

Ze verwacht ook minder stress voor patiënten. Ze merkt dat veel patiënten bang zijn dat ze de arts niet aan de lijn zullen krijgen. Als ze weten dat de arts hen op een bepaald moment zal terugbellen vermoedt de praktijkassistente dat dit voor rust bij de patiënten zal zorgen.

In ons systeem zou de extra druk voor de praktijkassistente waarschijnlijk minder een probleem zijn omdat we geen getrainde praktijkassistente hebben die uitleg kan of mag geven over banale medische problemen zoals in Nederland soms wel het geval is.

Als nadelen ziet ze vooral een belangrijke meerkost (meer uitgaande telefoonoproepen). Dit nadeel wordt ook de artsen aangehaald.

Verder heeft ze haar bedenkingen bij het plannen van deze telefonische afspraken als zij zelf niet aanwezig is en het telesecretariaat dit moet overnemen.

De artsen hadden wel veel bedenkingen bij dit systeem.

Er is een angst aanwezig dat de patiënten dit systeem zullen misbruiken. Zullen de patiënten ons niet laten terugbellen voor de kleinste problemen. Het wordt voor de patiënt gemakkelijker om de dokter te spreken (geen problemen meer om binnen te geraken tijdens het half uur) waardoor er toch weer een drempel wegvalt.

Er wordt ook een probleem gezien in het geval dat een patiënt telefonisch niet beschikbaar is op het afgesproken moment. Is het dan de verantwoordelijkheid van de arts om een andere keer terug te bellen? Er wordt gevreesd dat er op die manier toch een aantal uitslagen niet bij de patiënt zullen geraken.

Een voordeel van de telefonische terugbelconsulten is dat je deze goed kan voorbereiden

Het kan voorvallen dat je slecht nieuws moet brengen. Dat verloopt niet altijd vlot omdat je als arts zelf verrast kan zijn en onvoorbereid bent. Waarschijnlijk zullen telefoons sneller en duidelijker afgehandeld kunnen worden.

Een zijdelingse bemerking was dat dit systeem veel simpele consulten telefonisch laat oplossen en er op de echte consultaties eerder complexe problemen gezien worden. Dit kan het tijdig afwerken van consultaties bemoeilijken.

Een heel belangrijk nadeel dat wordt aangevoeld door de artsen is dat het merendeel van de patiënten nog steeds voor de oudste collega belt. Tijdens het telefonisch half uur kunnen we zeer veel oproepen overnemen. Bij dit terugbelspreekuur zal de belasting toch voornamelijk naar de oudste collega gaan.

Eén arts was bezorgd dat we sommige patiënten liever op consultatie zouden zien terwijl de praktijkassistente reeds gezegd had dat we zouden terugbellen. Hoe moet je dit als arts aanbrengen als er reeds een andere boodschap gegeven is.

Een voordeel is dat de bereikbaarheid van onze praktijk zou vergroten. Het is belangrijk om eerst te kijken naar de resultaten van de enquête om te zien of de patiënten de bereikbaarheid echt als een probleem ervaren.

Een nadeel van deze betere bereikbaarheid is dan weer dat er een drempel wegvalt zodat we kunnen vrezen voor meer belasting voor de artsen.

Andere

Er werd ook nog gedacht aan een keuzemenu voor de patiënten. Ze kunnen dan kiezen voor welke arts ze bellen. We vermoeden dat dit voor een patiënt ook al rust geeft. Hij kan dan horen hoeveel patiënten voor hem staan in de wachtrij.

Een nadeel is dat, zoals hierboven reeds aangehaald werd, de meeste patiënten voor de oudste collega bellen.(cfr. Registratie telefoons)

Er werd ook op gehamerd dat de patiënten beter opgevoed moeten worden.

We moeten ze meer laten terugkomen op consultatie.

Er moet ook meer routine komen in het meegeven van voorschriften. Zeer veel oproepen zijn voor medicatievoorschriften. Als we op consultatie steeds voorschriften meegeven voor een half jaar zou dit ook al een hele verlichting kunnen geven. We moeten ook strenger zijn en durven weigeren als de patiënt al een poosje niet op consultatie is geweest.

Telefoonregistratie tijdens belmomenten

Methodiek

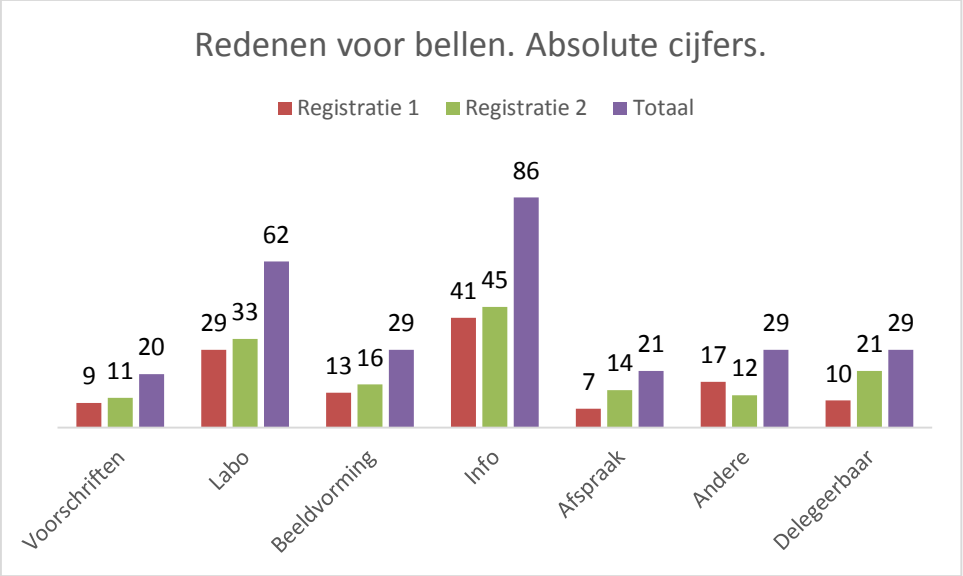
Er werd een registratieformulier gemaakt voor de artsen. Op deze registratieformulieren konden de artsen snel invullen wat de redenen waren voor het bellen tijdens de telefonische belmomenten.

Er kon gekozen worden tussen: Afspraak, (medische) inlichting, laboresultaten bespreken, beeldvorming bespreken en andere. Er was tevens de mogelijkheid om aan te duiden of volgens de inschatting van de arts de telefoon delegeerbaar was naar de praktijkassistente. Met andere woorden: had de praktijkassistente deze oproep kunnen behandelen. De artsen konden ook noteren of de oproep doorgeschakeld werd naar een collega.

Er werden op 2 verschillende momenten telefoonregistraties uitgevoerd. Telkens één volledige werkweek, van maandag tot vrijdag, middag en avond. Dit was van 15/09/2014 tot 19/09/2014 en van 24/11/2014 tot 28/11/2015.

Resultaten

Redenen voor bellen

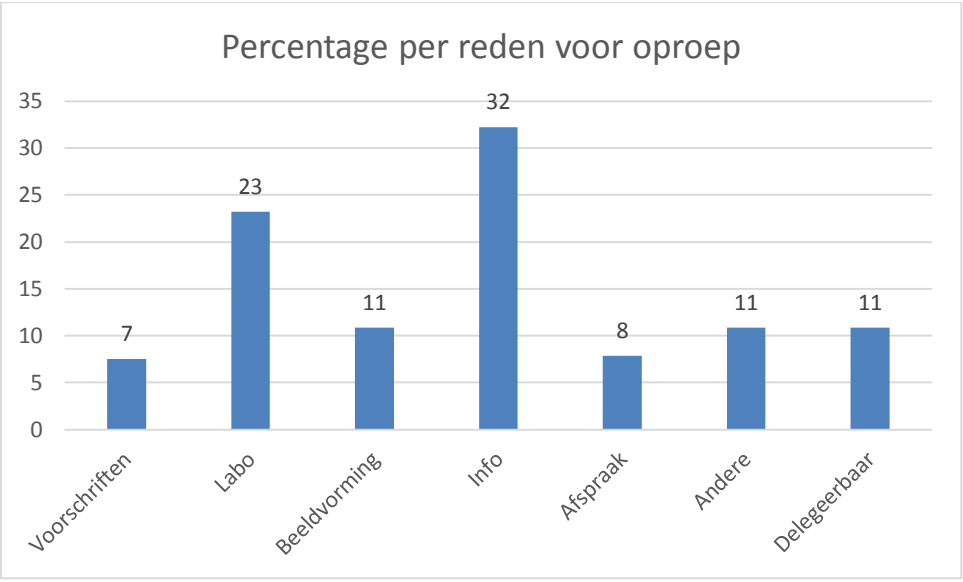


Figuur 1. Absolute cijfers van redenen waarom patiënten bellen tijdens het telefonisch spreekuur.

Bij de eerste registratie werden er 146 oproepen genoteerd. 28/146 werden gewoon doorgeschakeld en werden ook als delegeerbaar genoteerd.

Omdat deze oproepen in principe niet behandelbaar zijn door de praktijkassistente werden zij niet meegeteld als delegeerbaar.

Bij de tweede registratie werden 122 oproepen genoteerd.



Figuur 2. Percentage per reden voor telefonische contact.

Uit deze cijfers kunnen we opmaken dat 11% van de telefoons als delegeerbaar werden beoordeeld.

De vaakst voorkomende reden voor een oproep was een inlichting.

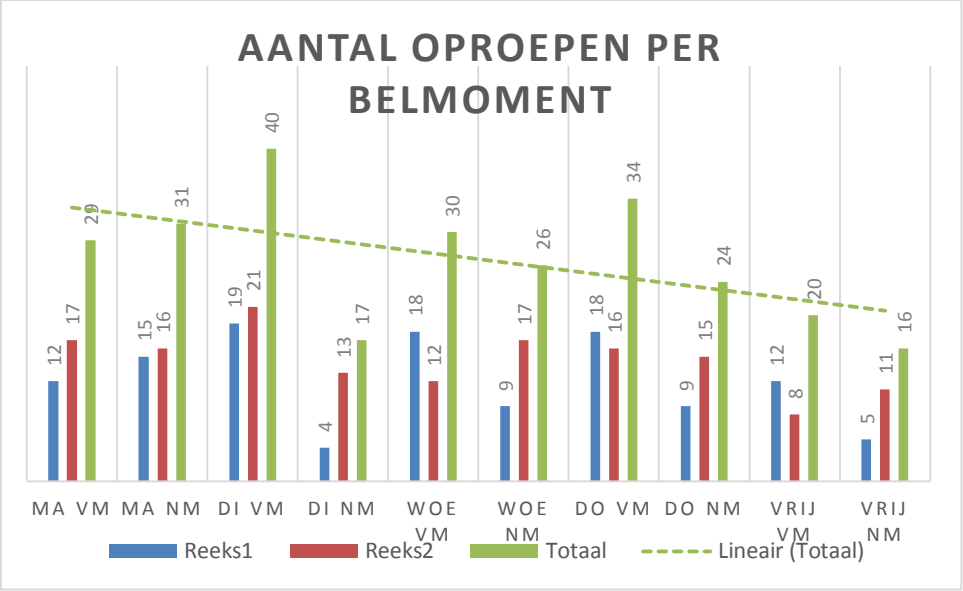
Bij 23% van de oproepen wordt een labo besproken.

Bij 8% wordt om een afspraak gevraagd, bij 7% om een voorschrift. Dit zijn in principe delegeerbare telefoons, maar bij sommige van deze oproepen wordt nog voor een andere reden gebeld ook. Daarom is het totaal percentage ook meer dan 100%.

Uit deze cijfers kunnen we besluiten dat het telefonisch spreekuur efficiënt wordt gebruikt. De patiënten bellen voor de juiste redenen.

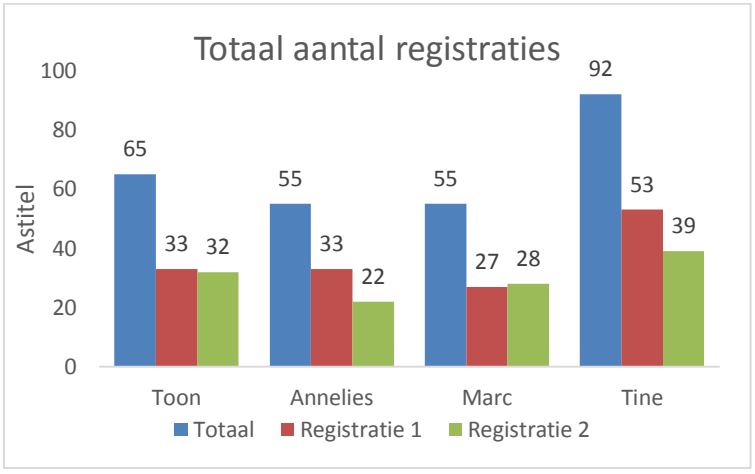
Als er gekeken wordt naar wanneer de patiënten bellen valt op dat er een dalende lijn zit in de belasting. Het begin van de week is drukker dan het einde van de week. Het telefonisch half uur 's middags is ook drukker dan het belmoment 's avonds.

Dit biedt mogelijkheden om de bezetting tijdens de belmomenten aan te passen aan de belasting. Het kan een optie zijn om in het begin van de week vaker met 4 telefoons op te nemen en naar het einde van de week met 2 of 3.



Figuur 3. Aantal oproepen volgens dag van de week en moment van de dag.

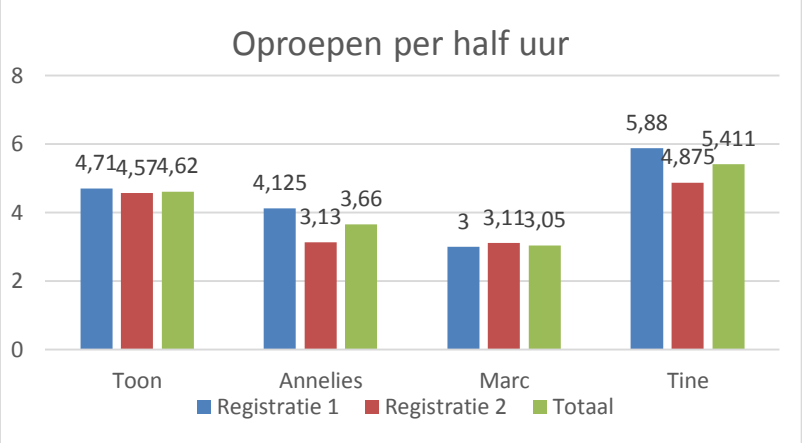
Verschillen tussen artsen



Figuur 4. Totaal aantal registraties per arts.

Er is een duidelijk verschil tussen de artsen als we kijken naar totaal aantal oproepen. Dit verschil kan verklaard worden door de stiptheid van de artsen. De arts met het meeste oproepen staat gekend als zeer punctueel. Zij is bijna altijd op tijd klaar met de consultaties zodat ze tijdig kan starten met telefoons op te nemen.

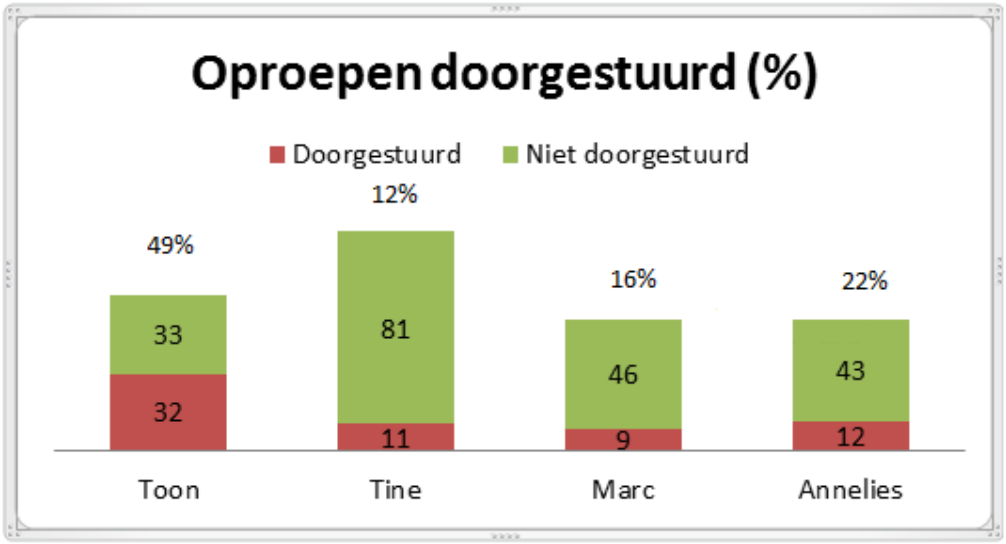
De verschillen worden ook deels verklaard door het aantal belmomenten. Sommige artsen doen meer registraties dan anderen. Daarom werd ook gekeken naar het aantal registraties per belmoment.



Figuur 5. Gemiddeld aantal oproepen per belmoment.

De absolute cijfers worden hier nog eens bevestigd. De artsen waren verbaasd over het aantal oproepen per belmoment. De subjectieve beleving was dat deze belmomenten veel drukker waren. Er werd uitdrukkelijk gevraagd om een tweede registratie uit te voeren op een drukker moment. In november was de belasting van de praktijk groter dat in september maar tijdens de tweede registratie werden minder oproepen behandeld.

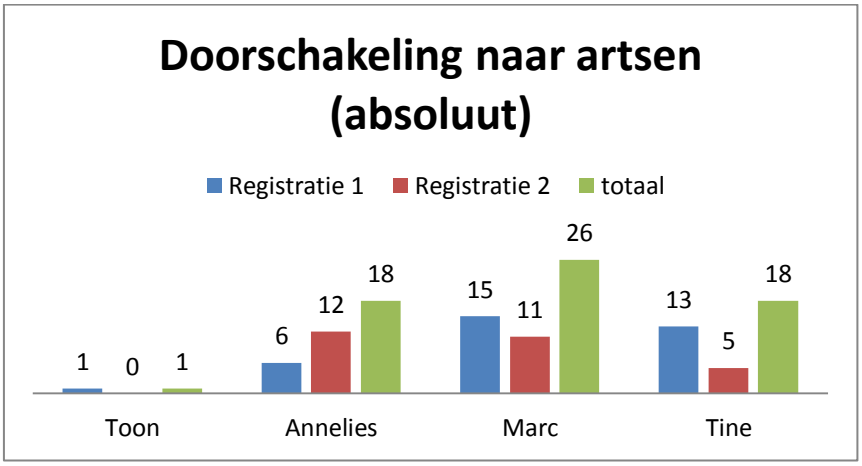
Deze cijfers kunnen gebruikt worden in de praktijk om het belang aan te tonen van punctueel te werken. Een mogelijke oplossing zou kunnen zijn dat de artsen met de minste telefonische oproepen hun laatste consultatie iets vroeger inplannen zodat ze tijdig met het belmoment kunnen starten.



Figuur 6. Aantal doorgestuurde oproepen t.o.v. aantal niet doorgestuurde oproepen.

Uit deze cijfers kunnen we afleiden dat de HAIO (Toon) nog veel oproepen moet doorsturen. Er valt te verwachten dat de HAIO meer en meer zelf telefoons kan afhandelen. Op deze manier kan het telefonisch half uur nog iets beter beheersbaar worden.

Tot slot wordt er nog gekeken naar welke artsen het vaakst wordt doorgestuurd. Dit zijn de oproepen die een arts aanneemt en voor eender welke reden moet doorsturen naar een collega.



Figuur 7. Aantal doorschakelde oproepen per arts.

Uit deze grafiek kunnen we afleiden dat de perceptie van de artsen klopt. Er wordt het meeste doorgeschakeld naar de oudste arts. Hij krijgt ongeveer de helft meer oproepen doorgestuurd dan de 2 andere collega's. De HAIO krijgt bijna geen oproepen doorgestuurd.

Enquête

Methodiek

Aan de hand van de resultaten van de literatuurstudie en de interviews met de praktijkmedewerkers werden de vragen voor de enquête opgesteld. (zie bijlage 2)

Er werd een informatie- en toestemmingsformulier gemaakt. Alle deelnemers aan de studie werden verzocht dit toestemmingsformulier te tekenen. (zie bijlage 3 en 4)

Er werden 6 vragen, met enige relevantie voor deze enquête, uit de EUROPEP vragenlijst weerhouden. Er werd contact opgenomen met de makers van de vragenlijst teneinde deze in het Nederlands te verkrijgen.

De vragen 18 tot en met 23 uit de EUROPEP lijst hebben we overgenomen. (zie bijlage 1 voor EUROPEP lijst). Vraag 18 werd in deze enquête opgesplitst in 2 vragen, omdat er gewerkt wordt met een telesecretariaat en een praktijkassistente. Op deze manier kan er onderzocht worden of de patiënten een onderscheid maken tussen beide systemen.

Vragen 19 t.e.m. 23 uit de EUROPEP-lijst werden gewoon overgenomen. Deze vragen konden dan vergeleken worden met de studie die de resultaten van de EUROPEP vragenlijst vergeleek in verschillende landen. [14]

Vraag 8 en 9 uit onze enquête peilen specifiek naar de tevredenheid over ons telefonisch half uur en de bereikbaarheid van de praktijk tijdens deze belmomenten.

Vragen 10 t.e.m. 13 gaan over de aanvaardbaarheid van een terugbelspreekuur. Omdat een terugbelspreekuur als een belangrijke mogelijke oplossing naar voren komt uit de literatuurstudie is het interessant te onderzoeken of de patiënten dit zouden zien zitten.

De overige vragen van de enquête bevragen enkele patiëntenkenmerken. Op basis van deze patiëntenkenmerken konden nog extra analyses uitgevoerd worden om te onderzoeken of er verschillen zijn tussen de antwoorden.

De enquêtes werden goed zichtbaar gelegd in de wachtzaal. Er werd een slide gemaakt met een korte uitleg over de opzet van het onderzoek. Deze slide werd ook op het televisiescherm in de wachtzaal afgespeeld.

De ingevulde enquêtes konden samen met het toestemmingsformulier gedeponeerd worden in een collectebus in de wachtzaal of persoonlijk aan één van de praktijkmedewerkers afgegeven worden.

De enquêtes lagen in de wachtzaal van de praktijk van 1 oktober tot 15 december 2015.

Er werden in totaal 76 enquêtes ingevuld. De enquêtes werden anoniem verwerkt met Microsoft Excel 2010.

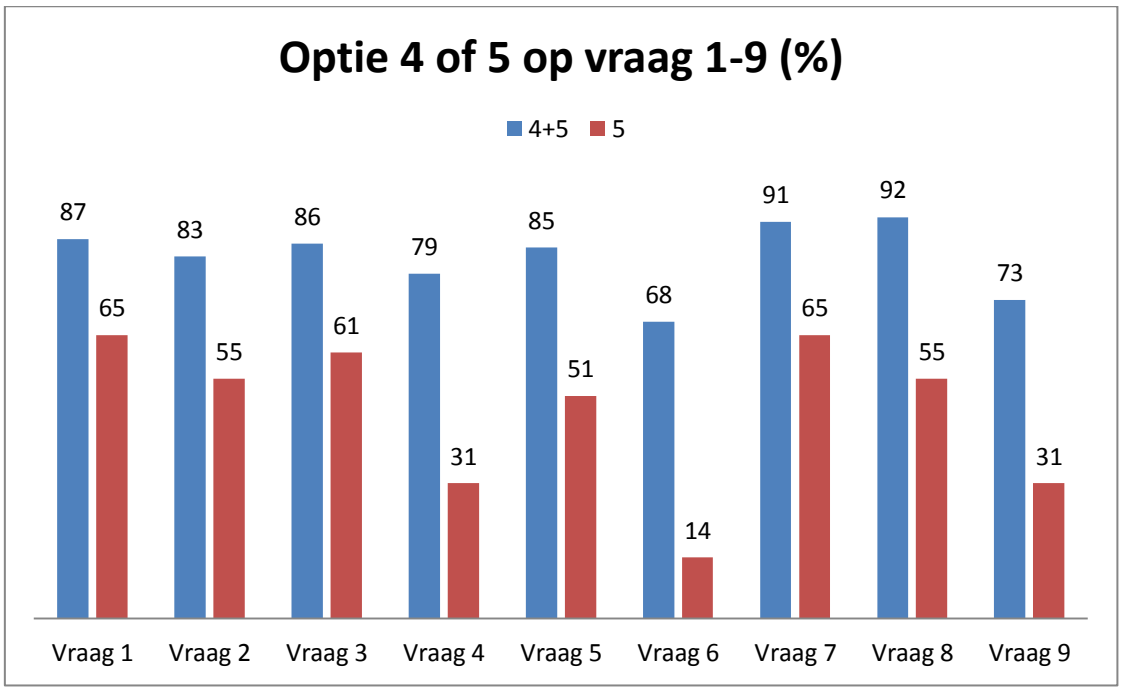
Resultaten

Vragen 1-9

Om het overzicht te bewaren, worden de vragen hier nog eens getoond. De patiënten konden antwoorden met een cijfer 1 t.e.m. 5. 1 slecht, 5 uitstekend.

> Als u terugkijkt naar de afgelopen 12 maanden, wat vindt u dan van de huisarts en de praktijk als het gaat om:
>
> 1. de behulpzaamheid van de medewerker-telefoon (Praktijkassistente)?
> 2. de behulpzaamheid van de medewerker-telefoon (Telesecretariaat)?
> 3. het krijgen van een afspraak op een moment dat u schikt?
> 4. de mogelijkheid om de huisarts aan de telefoon te krijgen?
> 5. de telefonische bereikbaarheid van de praktijk?
> 6. de wachttijd in de wachtkamer?
> 7. het verlenen van hulp bij gezondheidsproblemen die onmiddellijke aandacht vragen?
> 8. de kwaliteit van de uitleg van de arts aan de telefoon tijdens het telefonisch half uur?
> 9. de bereikbaarheid van de praktijk tijdens het telefonisch half uur?

De resultaten werden bekeken door voor elke vraag naar de 2 meest positieve antwoorden te kijken. Hoeveel percent van de deelnemers antwoordde met 5, en hoeveel percent antwoordde 4 of 5 op 5.



Figuur 8. Het percentage van de respondenten in de twee meest positieve antwoorden. Ofwel optie 5 , ofwel optie 4 of 5.

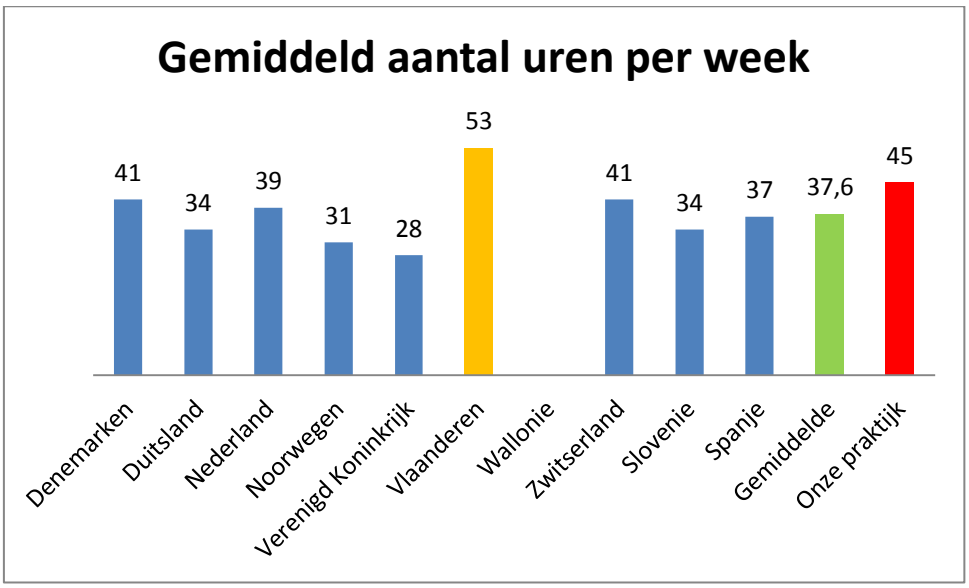
Vraag 1 en 2

Vragen 1 en 2 peilen naar de tevredenheid over de telefoonmedewerkers. Wat opvalt is dat zowel het telesecretariaat als de praktijkassistente goede scores halen.

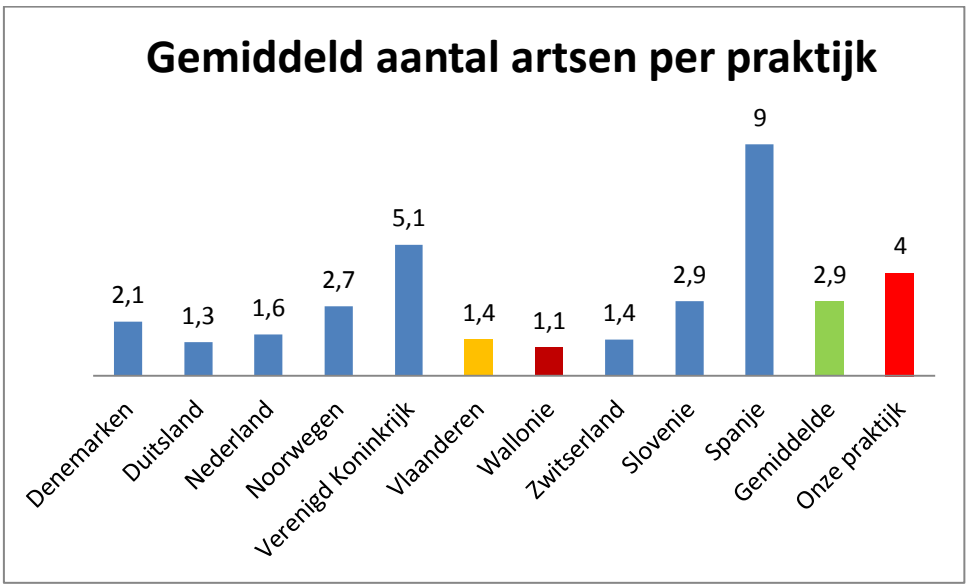
De praktijkassistente haalt iets betere scores. Bijna 2/3 (46/71) van de respondenten geeft haar de beste score t.o.v. iets meer dan de helft (26/47) bij het telesecretariaat. We kunnen ook afleiden dat de praktijkassistente een beter gekend systeem is bij de respondenten. 71/76 geeft haar een score, terwijl dit bij het telesecretariaat maar 47/76 is.

Voor vragen 3 t.e.m. 7 wordt er voor elke vraag afzonderlijk vergeleken met de studie “Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison.”[14] Er werd een gemiddelde score gemaakt om te vergelijken hoe we scoren ten opzichte van een Europees Gemiddelde. Dit gemiddelde is geen gewogen gemiddelde. Alle scores werden opgeteld en gedeeld door het aantal. Dit is geen 100% correct gemiddelde maar voor de opzet van deze studie is dit voldoende.

Voor deze 5 vragen afzonderlijk worden overlopen wordt er gekeken naar de kenmerken van de praktijken. Wensing et al[14] vond dat praktijken beter scoorden als er minder zorgverleners aan het werk waren per praktijk. Ook het aantal gepresteerde uren per week was belangrijk. Hoe meer gepresteerde uren per arts, hoe hoger de tevredenheid.



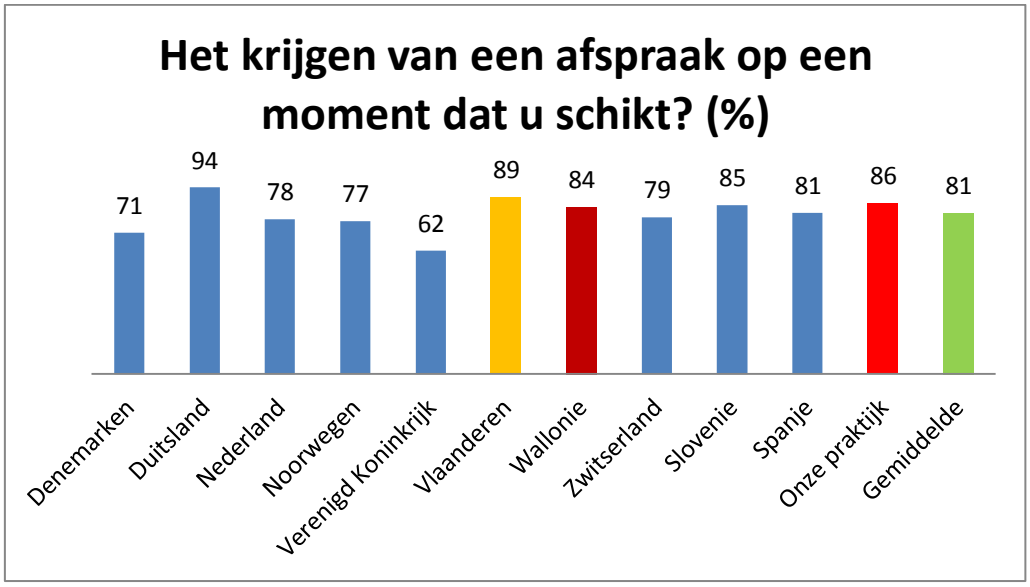
Figuur 9. Het gemiddelde aantal werkuren per week volgens Wensing[14] vergeleken met de onderzoekspraktijk.



Figuur 10. Het gemiddelde aantal artsen per praktijk volgens Wensing[14] vergeleken met de onderzoekspraktijk.

Bij het bekijken van deze gegevens zouden we kunnen verwachten dat er minder goed gescoord zal worden op basis van het redelijk hoge aantal werkzame artsen in de onderzoekspraktijk. Het feit dat er in vergelijking met andere Europese landen veel uren geklopt worden zou er dan weer voor moeten zorgen dat er beter gescoord wordt. Er kan wel verwacht worden dat er slechter gescoord wordt dan Vlaanderen omwille van het hogere aantal artsen en het lagere aantal uren.

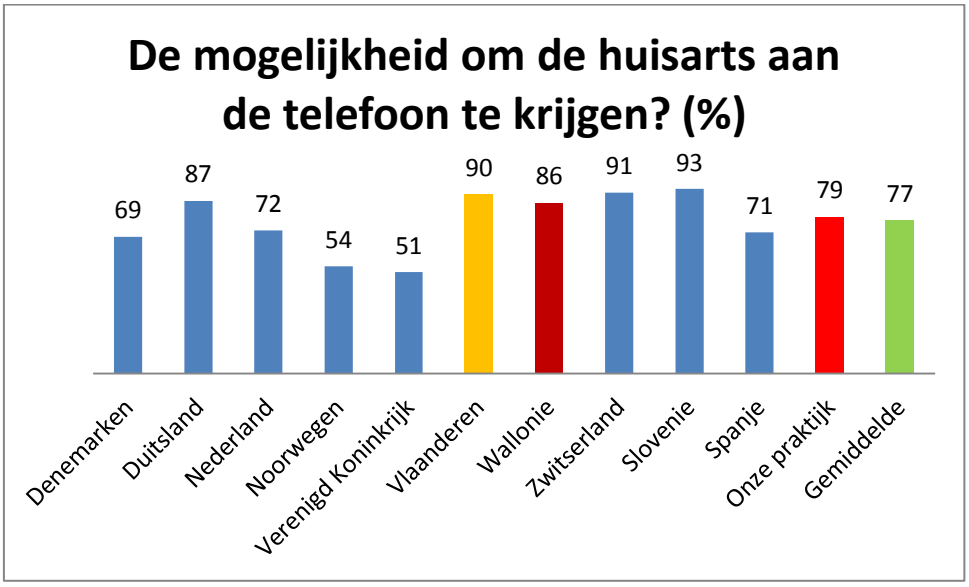
Vraag 3



Figuur 11. Het percentage respondenten in de 2 meest positieve antwoorden op vraag 3 vergeleken met andere Europese landen

Op dit gebied scoort de praktijk goed. 64/74 respondenten geven een score van 4 of 5, waarvan 47/74 optie 5 kiezen. Vergeleken met de andere landen scoren we goed boven het gemiddelde en komt de praktijk op een 3de plaats terecht. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat door de komst van de HAIO er meer beschikbare afspraken zijn. De online agenda geeft de patiënten zelf de keuze een afspraak te maken. Er worden ook reserves gehouden zodat patiënten toch bijna altijd nog de dag zelf geholpen kunnen worden.

Vraag 4

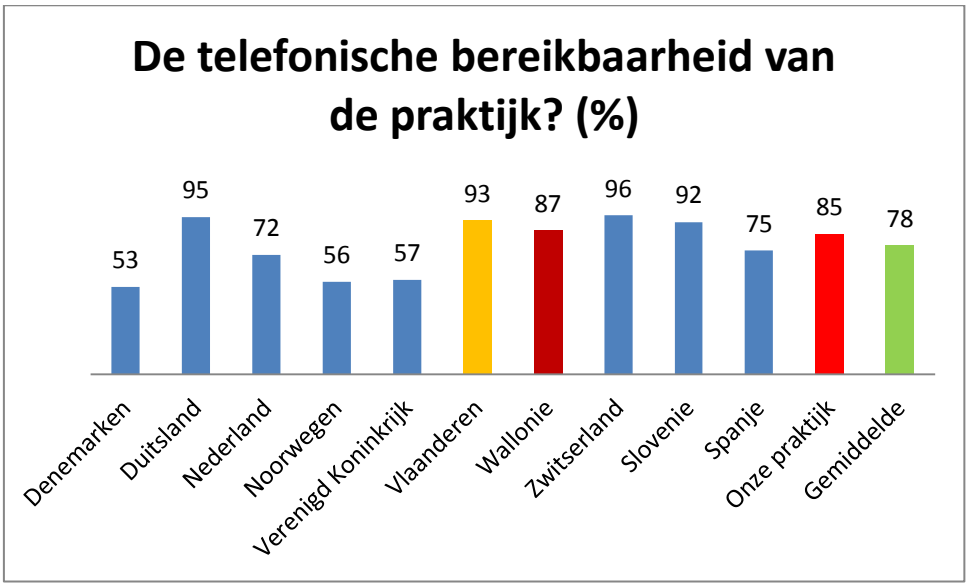


Figuur 12. Het percentage respondenten in de 2 meest positieve antwoorden op vraag 4 vergeleken met andere Europese landen

Op dit gebied scoort de praktijk iets minder. Er wordt nog steeds een score boven het gemiddelde gehaald maar toch ver onder het Vlaamse én Waalse gemiddelde. Globaal gezien staat de praktijk op plaats 6/11.

Dit valt waarschijnlijk te verklaren door het feit dat de praktijk gebruik maakt van een telefonisch half uur. De artsen zijn dus maar één uur per dag te bereiken. Soms zijn de artsen ook nog bezig met consultaties tijdens de telefonische half uurtjes of zijn ze niet aanwezig waardoor patiënten moeten terugbellen of uitleg krijgen van één van de andere artsen.

Vraag 5

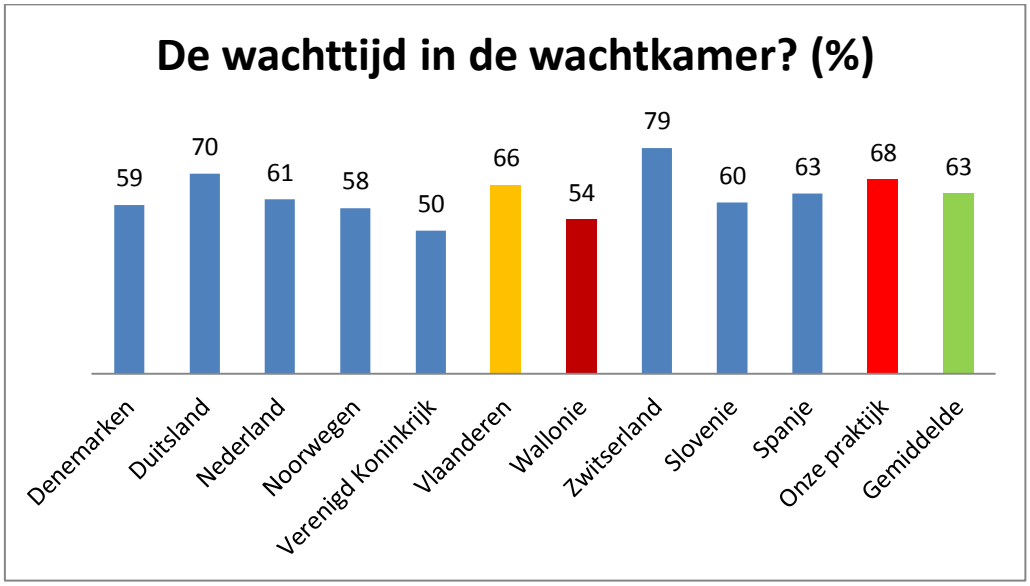


Figuur 13. Het percentage respondenten in de 2 meest positieve antwoorden op vraag 5 vergeleken met andere Europese landen

Vergeleken met de andere regio's staat de praktijk ook hier op plaats 6/11. De kloof met de andere regio's is in vergelijking met de vorige vraag wel iets kleiner geworden.

Er wordt nog steeds vlot boven het gemiddelde gescoord. De praktijk is in principe 12u per dag telefonisch bereikbaar. De andere 12 uren worden overgenomen door de arts van wacht. Mogelijk speelt bij deze vraag mee dat de praktijk tijdens de telefonische half uurtjes iets minder goed bereikbaar is. (cfr. vraag 9)

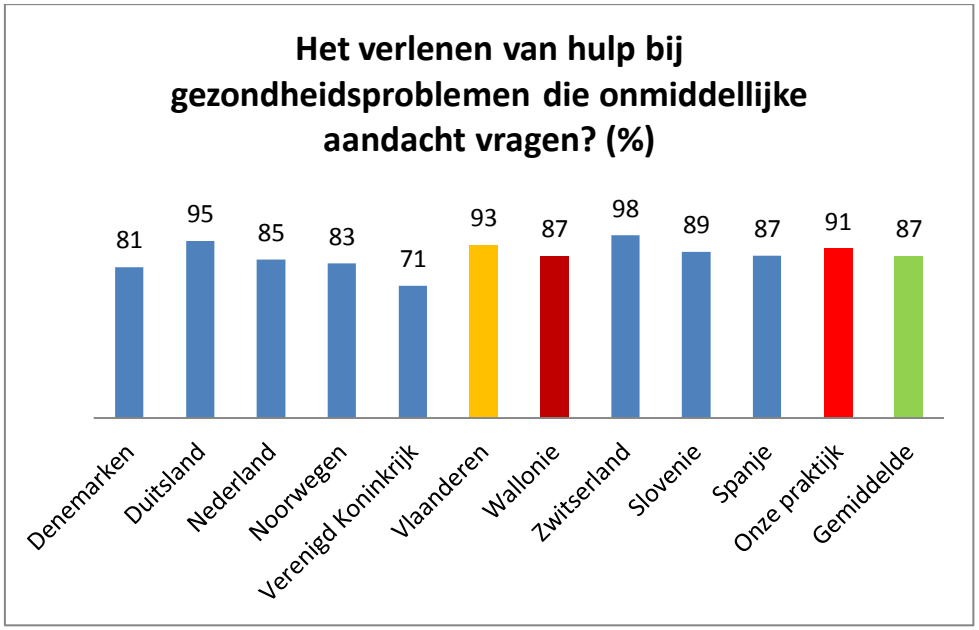
Vraag 6



Figuur 14. Het percentage respondenten in de 2 meest positieve antwoorden op vraag 6 vergeleken met andere Europese landen

Hier scoort de praktijk de minste score van alle vragen, maar in vergelijking met andere regio's wordt er met plaats 3/11 zeer degelijk gescoord. Dit is de enige vraag waar de praktijk beter scoort dan Vlaanderen. Dit valt waarschijnlijk te verklaren door het feit dat er steeds op afspraak gewerkt wordt.

Vraag 7



Figuur 15. Het percentage respondenten in de 2 meest positieve antwoorden op vraag7 vergeleken met andere Europese landen

Ook op dit vlak scoort de praktijk goed. Er wordt een plaats 4/11 gehaald. In de literatuurstudie werd het nut van een spoedlijn besproken. Er zal waarschijnlijk weinig winst te boeken zijn bij het verlenen van hulp bij gezondheidsproblemen die onmiddellijke aandacht vragen. De vraag laat zich dan ook stellen of de invoering van een spoedlijn, waarbij theoretisch gezien sneller geantwoord zou moeten worden, ook een betere hulpverlening kan tewerkstellen.

Vraag 8 en 9

Deze vragen werden gesteld omdat er vanuit de interviews een bezorgdheid bij de artsen naar boven kwam. De artsen waren vooral bezorgd dat de praktijk onvoldoende bereikbaar was tijdens de telefonische half uurtjes. Er was ook een bezorgdheid over de kwaliteit van de uitleg. Omdat het vaak nogal hectisch is tijdens de belmomenten werd er gevreesd dat dit zijn weerslag zou kunnen hebben op de kwaliteit van de uitleg.

Uit de enquête komt naar voren dat de patiënten over het algemeen zeer tevreden zijn met de verschafte uitleg. 59/64 respondenten antwoordt één van de 2 meest positieve opties. Het lijkt erop dat de artsen dus niet ongerust moeten zijn over de kwaliteit van hun uitleg.

De vrees over de bereikbaarheid van de praktijk lijkt wel gegrond. Hier geeft slecht 73% (49/67) van de respondenten één van de 2 meest positieve antwoorden. 10% (7/67) geeft één van de 2 slechtste opties als antwoord.

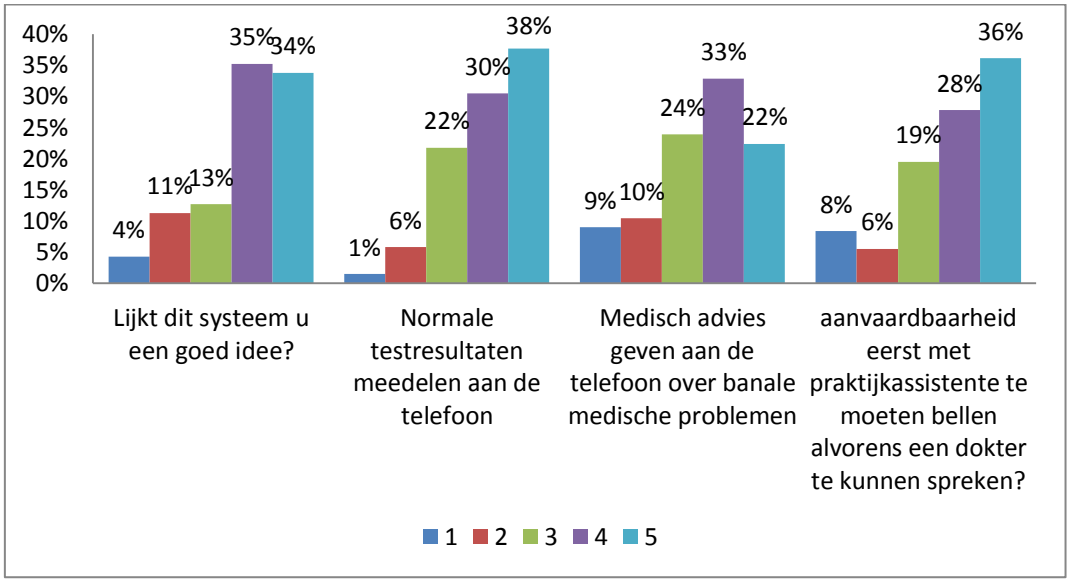
Bij deze vraag bestaat er geen referentie dus het is niet mogelijk dit antwoord te vergelijken met andere praktijken.

Als we kijken naar de verschillen tussen de antwoorden volgens patiëntenkenmerken (fig 17) dan kan er opgemerkt worden dat frequente bellers (>4 keer gebruik gemaakt van het telefonische spreekuur gedurende de laatste 12 maanden), 65+'ers, patiënten die als meer dan 10 jaar in de praktijk zitten en mannen tevredener zijn.

Vrouwen en nieuwere patiënten lijken minder tevreden met de bereikbaarheid.

Dit zou verklaard kunnen worden door de mogelijkheid dat patiënten dit systeem eerst gewoon moeten worden. Er kon geen verklaring gevonden worden waarom er zo een frappant verschil is tussen mannen (96%) en vrouwen (65%).

Vraag 10-13: Aanvaardbaarheid terugbelspreekuur



Figuur 16. Antwoorden op vragen over een terugbelspreekuur. 1-helemaal niet aanvaardbaar; 5-helemaal wel aanvaardbaar

Vragen 10 t.e.m. 13 handelden over een terugbelspreekuur. Deze resultaten worden op een andere manier weergegeven dan de vorige.

69% van de respondenten antwoordt met één van de 2 meest positieve opties op de vraag of een terugbelspreekuur een goed idee is. 15% vindt dit systeem helemaal niet tot niet aanvaardbaar.

68% van de respondenten vindt het helemaal wel tot wel aanvaardbaar dat er normale testresultaten meegedeeld zouden worden door de praktijkassistente.

Slechts 55% vindt het helemaal wel tot wel aanvaardbaar dat de praktijkassistente medisch advies zou geven over banale medische problemen. 19% vindt dit helemaal niet tot niet aanvaardbaar.

64% vindt het helemaal wel tot wel aanvaardbaar altijd eerst met een telefoonmedewerker te moeten spreken alvorens een arts te spreken. 14% vindt dit helemaal niet tot niet aanvaardbaar.

Samenvattend kan er gesteld worden dat er gematigd positief gereageerd wordt op het idee van een terugbelspreekuur. Er is echter ook een belangrijke weerstand: 19% vind het niet kunnen dat er medisch

advies gegeven wordt via een praktijkassistente. Eén van de belangrijkste voordelen van een terugbelspreekuur is dat de praktijkassistente al veel problemen kan oplossen die dus niet meer door de artsen opgelost moeten worden. Dat er toch een belangrijke weerstand naar boven komt, net voor die zaken die de praktijkassistente kan oplossen, is een belangrijk tegenargument voor een terugbelspreekuur.

Verschillen volgens patientenkenmerken

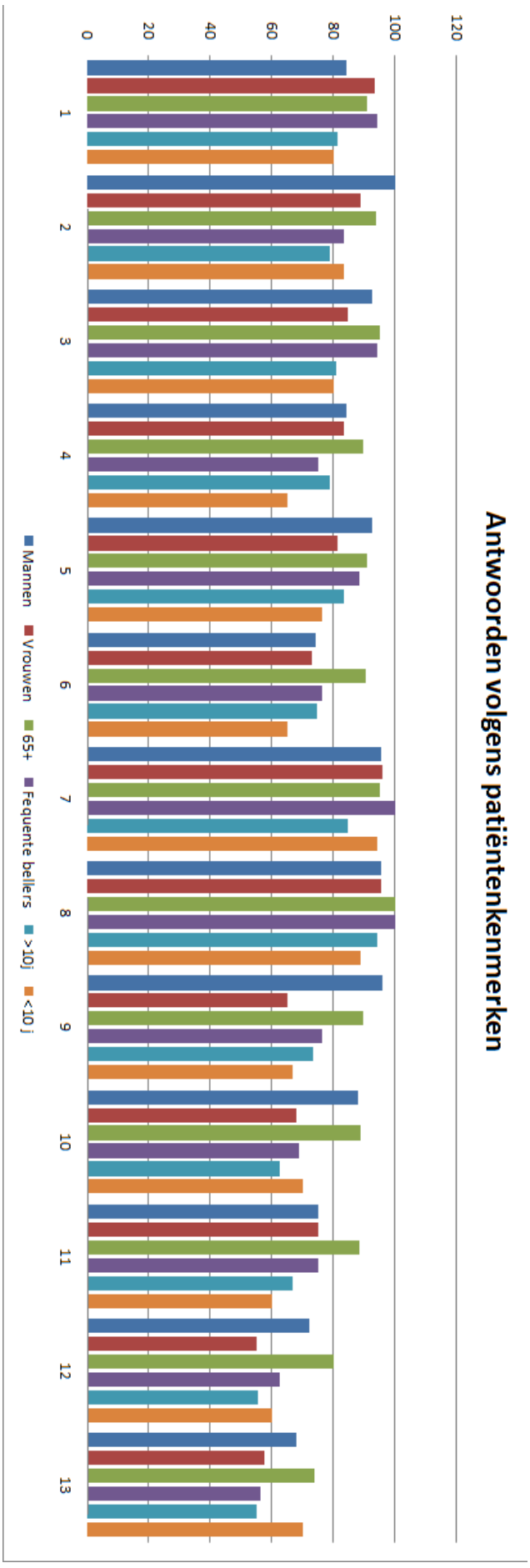
Op figuur 17 kunnen we zien hoe de respondenten reageren op de vragen als we ze onderverdelen volgens bepaalde kenmerken.

De verschillende onderverdelingen zijn:

- 65+'ers
- Mannen
- Vrouwen
- Patiënten die langer dan 10 jaar patiënt zijn in de praktijk
- Patiënten die korter dan 10 jaar patiënt zijn in de praktijk
- Frequente gebruikers van het telefonisch half uur (meer dan 4 keer in de afgelopen 12 maanden

Wat direct opvalt is dat de oudere patiënten zeer positief zijn. Op bijna alle vragen reageren ze positiever dan gemiddeld. Mannen geven over het algemeen ook betere punten.

Patiënten die nog niet lang in de praktijk zijn, lijken kritischer. Een mogelijkheid om dit te verklaren is enerzijds dat ze minder 65+'ers in hun rangen hebben (en deze zijn positiever), een andere mogelijke verklaring kan zijn dat zij het systeem nog wat gewoon moeten worden.


Antwoorden volgens patiëntenkenmerken
0
20
40
60
80
100
120
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
Mannen
Vrouwen
65+
Fequente bellers
>10j
<10 j

Figuur 17. Antwoorden vergeleken volgens patiëntenkenmerken.

Conclusies

Er werd beslist een praktijkverbeterproject uit te voeren. Dit project werd aangevat door middel van een FOCUS analyse.

In de literatuurstudie werd gevonden dat een praktijkverbeterproject inderdaad een positief effect heeft op de efficiëntie van het telefoonverkeer.

Er werden nog andere mogelijke interventies gevonden. Eén van de belangrijkste oplossingen die gevonden werd, was deze van het terugbelspreekuur. Alhoewel de oorspronkelijke studie handelt over een praktijk die te vergelijken is met de onze en dit een goed idee leek, werd na een grondige analyse besloten dit niet door te voeren in onze praktijk en dit omwille van de volgende redenen:

In de studie wordt gebruik gemaakt van praktijkmedewerkers die telefonisch medisch advies geven. Dit is een systeem dat in België nog niet is ingeburgerd. Hier bestaan ook nog geen opleidingen voor. Het kan de moeite zijn om hier in België werk van te maken.

Volgens de literatuurstudie werd de belasting voor de praktijkassistente verhoogd. Onze praktijkassistente stond wel positief t.o.v. een terugbelspreekuur. De artsen hadden meer bedenkingen. De voordelen, zoals een betere bereikbaarheid voor de praktijk en minder druk van telefoongerinkel, werden wel als positief gepercipieerd, maar er bleef een overheersend gevoel van terughoudendheid. Er wordt gevreesd voor misbruik van het systeem door patiënten. Er wordt gevreesd dat de grootste belasting op de schouders van de oudste collega zou terechtkomen. Uit de registratie van het telefoonverkeer wordt dit bevestigd. De registratie toonde ook aan dat onze dagelijkse telefonische half uurtjes goed gebruikt werden. Slechts 11% van de telefoonoproepen werden door de artsen als “delegeerbaar” beoordeeld. Dit is ook veel minder dan de 48% waarvan sprake in de literatuurstudie. Verder moest ook rekening gehouden worden met de financiële meerkost (meer oproepen).

Uit de enquête kunnen we afleiden dat de patiënten matig positief zijn over het terugbelspreekuur. Er bestaat wel een belangrijke percentage patiënten (15%) die dit niet ziet zitten.

Een andere optie waar aan gedacht werd was deze van een extra lijn. Uit de literatuurstudie kunnen we concluderen dat we in principe voldoende lijnen hebben, namelijk 1 per 2500. De meerkost die dit met zich mee zou brengen in combinatie met het beperkte resultaat op de bereikbaarheid zorgden ervoor dat ook deze optie niet werd doorgevoerd.

Er is ook sprake van een spoedlijn. Deze spoedlijn kan een aparte extra lijn zijn of kan bereikt worden via een keuzemenu. Als er met een keuzemenu gewerkt wordt is het effect op de snelheid van antwoorden kleiner dan bij een aparte spoedlijn. Een aparte lijn werd niet doorgevoerd omdat de tevredenheid van de patiënten al zeer goed is, zeker in vergelijking met regio’s waar veel artsen per praktijk werken. Er wordt wel nog nagedacht over het opnieuw invoeren van een keuzemenu. Dit keuzemenu kan dan gebruikt worden bij het telefonisch spreekuur. Patiënten kunnen horen hoeveel wachtenden er voor hen zijn. Het

grootste probleem hierbij is dat er weer een bottleneck kan optreden omdat de meeste patiënten de oudste collega zouden proberen bereiken. Dit systeem werd ook al gebruikt in het verleden en werd om deze reden weer terug afgevoerd.

Momenteel scoort onze praktijk goed als we vergelijken met andere regio's in Europa. We scoren gemiddeld iets onder het Vlaamse gemiddelde. Dit is geen verrassing omdat er gemiddeld minder uren gepresteerd worden per week door de artsen en er ook meer artsen werkzaam zijn dan in de gemiddelde Vlaamse praktijk. Dit zijn 2 determinanten die een lagere tevredenheid doen vermoeden. De bereikbaarheid van de praktijk tijdens het telefonisch half uur scoort nog behoorlijk positief. 73% geeft één van de twee hoogste scores. Deze score is zeker vatbaar voor verbetering maar was beter dan wat verwacht werd.

Er kunnen belangrijke werkpunten uit de registratie van het telefoonverkeer gehaald worden. Er is een duidelijk verschil in aantal oproepen tussen de artsen. Dit valt te verklaren door het minder stipt werken van sommige collega's. De stiptheid moet verbeteren. Het is onvermijdbaar dat er af en toe uitgelopen wordt met de consultaties, maar wanneer dit meer de regel als de uitzondering is, loont het de moeite om hier een oplossing voor te zoeken. Een interventie die reeds geprobeerd werd, was de laatste consultatie voor het belmoment een kwartier vroeger in te plannen. Dit gaf wat beterschap maar de extra rust die dit veroorzaakt zorgt er vaak voor dat er toch uitgelopen wordt. De artsen van de praktijk tonen een belangrijke weerstand om de laatste consultatie nog vroeger in te plannen. Als er stipt gewerkt wordt, gaat er een kwartier tijd verloren. Een andere mogelijke optie is de belasting beter te spreiden in de loop van de week. Er wordt meer gebeld in de voormiddag, en ook meer in het begin van de week. Er moet door alle artsen geprobeerd worden om, zeker in het begin van de week, het telefonisch spreekuur mee te maken.

Er werd één interventie doorgevoerd. De praktijk veranderde van telesecretariaat tijdens het schrijven van de masterproef. In de enquête wordt er gezien dat het telesecretariaat een minder gekend systeem is. Ze scoorden gemiddeld iets minder goed dan de praktijkassistente. De belangrijkste reden van de verandering was dat het draaiboek dat gemaakt werd niet altijd gevolgd werd. Er zijn een paar incidenten voorgevallen waarbij patiënten met een dringend probleem geen afspraak meer kregen en er ook niet overlegd werd. De problemen bleven aanwezig, zelfs na een bezoek aan het telesecretariaat om deze problemen aan te kaarten. Over het huidige telesecretariaat zijn alle praktijkmedewerkers voorlopig zeer positief.

De belangrijkste reden dat er uiteindelijk zo goed als niets veranderde op de praktijk is de komst van de HAIO op de praktijk. Met de extra bemanning tijdens de telefonische half uurtjes kon het zo geregeld worden dat er quasi nooit meer alleen gewerkt werd tijdens het telefonische half uur. Tijdens de interviews, één jaar na aanvang van de masterproef, kwam naar boven dat de meeste artsen het telefonisch half uur veel minder als een probleem ervaarden. Door de registratie is ook duidelijk geworden dat er minder telefoons binnenkomen dan wat aangevoeld werd. Er is ook nog beterschap te verwachten. Op het moment van de registratie kunnen weinig telefoons worden doorgestuurd naar de HAIO en moet deze zelf veel telefoons doorsturen. Er valt te verwachten dat dit alleen maar zal verbeteren, waardoor ook de belasting voor de andere collega's zal verlagen.

Bij deze praktijk werd er beslist het huidige systeem te behouden. Er worden wat werkpunten weerhouden, maar door de komst van de HAIO wordt er minder met een bang hartje naar de klok gekeken om 12u30 en om 18u.

Referenties

1. Taverniers F. Het bekijken van de telefonische contacten door patiënten tijdens de consultatie uren, in een huisartspraktijk. ICHO scriptie 2012

2. Nieuwoudt FA. Het bekijken van de telefonische contacten door patiënten tijdens de consultatie uren, in een huisartspraktijk. ICHO scriptie 2009

3. Van Campen E. "Ik moest kloppen want de telefoon doet het niet!" Hoe het telefonisch gebeuren efficiënter organiseren in deze praktijk? ICHO scriptie 2009

4. LaVela SL. Understanding health care communication preferences of veteran primary care users. Patient Education and Counseling 2012; 88(3):420-6

5. Brabers A, Reitsma-van Rooijen M. Huisartsenzorg in cijfers: patiënten over telefonische bereikbaarheid. Huisarts en Wetenschap 2011; 54(5): 265-66

6. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Nederland. Telefonische bereikbaarheid huisartsen nog steeds onder de maat. Inspectie voor de Gezondheidszorg 2011

7. Solberg LI, Mayer TR, Seifert MH, et al. Office telephone calls in family practice. J Fam Pract 1984;18:609-16

8. LaVela SL, Gering J, Schectman G, Locatelli SM, Weaver FM, Davies M. Improving the quality of telephone-delivered health care: a national quality improvement transformation initiative.J Fam Pract 2013, 30(5):533-40

9. De Groot RA, De Haan J, Bosveld H, Meyboom-De Jong B. De telefoon: wat gaat er fout? Huisarts en Wetenschap 2001; 44(1): 16-17

10. De Groot RA, De Haan J, Bosveld H, Nijland A, Meyboom-de Jong B. The implementation of a call-back system reduces the doctor's workload, and improves accessibility by telephone in general practice. Family Practice 2002; 19: 516-519

11. De Groot RA, De Haan J, Bosveld HEP, Meyboom-de Jong B. Het terugbelspreekuur van de huisarts: de gevolgen voor de praktijkassistente. Huisarts en Wetenschap 2001; 13: 624-625

12. Hallam L. Access to general practice and general practitioners by telephone: the patient's view. British Journal of General Practice 1993; 43: 331-335

13. Gidda S. Telephone services and general practice [letter]. BMJ 1991; 302:1211

14. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Kingenberg A, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Paulus D, Künzi B, Mendive J, Grol R. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. Int J Qual Health Care. 2001;14(2):111

Bijlagen

Bijlage 1

Europep vragenlijst

PATIËNTEN EVALUEREN DE KWALITEIT VAN DE ORGANISATIE VAN HUN HUISARTSENPRAKTIJK

0	**3**	**1**
3		

We vinden dat u als patiënt een belangrijke plaats inneemt in de gezondheidszorg. Om te weten wat de kwaliteit van de organisatie van de huisartsenzorg is, willen we graag uw mening. Als het nodig is, kan de huisarts zijn/haar organisatie daarop aanpassen. We zouden het zeer op prijs stellen als u de vragen zou willen beantwoorden en de ingevulde vragenlijst in de doos bij de receptie zou willen stoppen. Dit onderzoek vindt plaats met toestemming van uw huisarts.

We vragen u in deze vragenlijst een oordeel te geven over de zorg die u de afgelopen 12 maanden heeft ontvangen van de huisarts en deze huisartspraktijk.

De informatie die u geeft, zal vertrouwelijk worden behandeld. We vragen niet naar uw naam, alleen naar uw leeftijd en geslacht. Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst.

Uw mening betreffende de afgelopen 12 maanden (Europep)

Wilt u a.u.b. de kwaliteit van zorg van de afgelopen 12 maanden beoordelen.

Zorg ervoor dat u alle vragen beantwoordt en dat u op iedere vraag slechts één antwoord geeft. Als de vraag niet van toepassing is op u, zet dan een kruisje in het laatste hokje 'niet van toepassing/niet relevant'.

De vragen beantwoordt u door een kruisje te zetten (√) in het hokje dat het meest met uw mening overeenkomt.

Als u terugkijkt naar de afgelopen 12 maanden, wat vindt u dan van de huisarts en de praktijk als het gaat om		Slecht				Uitstekend	Niet van toepassing / niet relevant
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	
1	u het gevoel geven dat hij/zij tijd voor u had tijdens consulten?	❑	❑	❑	❑		❑
2	belangstelling tonen voor uw persoonlijke situatie?	❑	❑	❑	❑		❑
3	ervoor zorgen dat u hem of haar gemakkelijk over uw problemen kon vertellen?	❑	❑	❑	❑		❑
4	u betrekken bij beslissingen over uw medische behandeling?	❑	❑	❑	❑		❑
5	naar u luisteren?	❑	❑	❑	❑		❑
6	het vertrouwelijk houden van aantekeningen en gegevens over u?	❑	❑	❑	❑		❑
7	het snel verlichten van uw klachten?	❑	❑	❑	❑		❑
8	het bieden van hulp zodat u zich goed genoeg voelt voor uw normale dagelijkse bezigheden?	❑	❑	❑	❑		❑
9	een zorgvuldige en degelijke aanpak?	❑	❑	❑	❑		❑
10	lichamelijk onderzoek doen bij u?	❑	❑	❑	❑		❑
11	het aanbieden van hulp bij het voorkómen van ziekten (bijv. bevolkingsonderzoek, periodieke gezondheidscontrole, inentingen)?	❑	❑	❑	❑		❑
12	uitleg geven over wat de de bedoeling is van onderzoeken en behandelingen?	❑	❑	❑	❑		❑
13	u vertellen wat u wilde weten over uw klacht?	❑	❑	❑	❑		❑

Als u terugkijkt naar de afgelopen 12 maanden, wat vindt u dan van de huisarts en de praktijk als het gaat om		Slecht				Uitstekend	Niet van toepassing / niet relevant
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	
14	hulp bij het omgaan met emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheidstoestand?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
15	het u duidelijk maken waarom het belangrijk is om zijn/haar advies op te volgen?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
16	weten wat hij/zij heeft gedaan of u heeft verteld tijdens voorgaande bezoeken?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
17	u voorbereiden op wat u kunt verwachten van de specialist of het ziekenhuis?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
18	de behulpzaamheid van de medewerkers (anderen dan de arts)?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
19	het krijgen van een afspraak op een moment dat u schikt?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
20	de telefonische bereikbaarheid van de praktijk?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
21	de mogelijkheid om de huisarts aan de telefoon te krijgen?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
22	de wachttijd in de wachtkamer?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
23	het verlenen van hulp bij gezondheidsproblemen die onmiddellijke aandacht vragen?	❑	❑	❑	❑	❑	❑

		Sterk mee oneens	Oneens	Niet eens/ niet oneens	Eens	Sterk mee eens	Niet van toepassing / niet relevant
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	
24	Ik kan de huisarts sterk aanbevelen bij mijn vrienden	❑	❑	❑	❑	❑	❑

25	Ik heb geen reden te overwegen om een andere huisarts te nemen	❑	❑	❑	❑	❑	❑

26 Wat is uw leeftijd: …….jaar

27 Bent u: ❑ Man ❑ Vrouw (kruis het juiste vakje aan met √)

28 Hoe vaak bent u de afgelopen 12 maanden bij de huisarts die u normaal gesproken ziet in de praktijk geweest of heeft hij/zij u thuis bezocht? ……keer

29 Heeft u een ernstige aandoening die al langer dan 3 maanden heeft geduurd?

❑ Ja ❑ Nee

Bijlage 2

Enquête

Als u terugkijkt naar de afgelopen 12 maanden, wat vindt u dan van de huisarts en de praktijk als het gaat om:

Zorg ervoor dat u alle vragen beantwoordt en dat u op iedere vraag slechts één antwoord geeft. Als de vraag niet van toepassing is op u, omcirkel dan 'niet van toepassing/niet relevant'.
Beoordeling vraag 1 tot 9 van 1-5: 1 is slecht en de laagste score, 5 is uitstekend en de hoogste score.

1/ de behulpzaamheid van de medewerker-telefoon (Eva)?

1 2 3 4 5 niet van toepassing/niet relevant

2/ de behulpzaamheid van de medewerker-telefoon (Telesecretariaat)?

1 2 3 4 5 niet van toepassing/niet relevant

3/ het krijgen van een afspraak op een moment dat u schikt?

1 2 3 4 5 niet van toepassing/niet relevant

4/ de mogelijkheid om de huisarts aan de telefoon te krijgen?

1 2 3 4 5 niet van toepassing/niet relevant

5/ de telefonische bereikbaarheid van de praktijk?

1 2 3 4 5 niet van toepassing/niet relevant

6/ de wachttijd in de wachtkamer?

1 2 3 4 5 niet van toepassing/niet relevant

7/ het verlenen van hulp bij gezondheidsproblemen die onmiddelijke aandacht vragen?

1 2 3 4 5 niet van toepassing/niet relevant

8/ de kwaliteit van de uitleg van de arts aan de telefoon tijdens het telefonisch half uur?

1 2 3 4 5 niet van toepassing/niet relevant

9/ de bereikbaarheid van de praktijk tijdens het telefonisch half uur?

1 2 3 4 5 niet van toepassing/niet relevant

De volgende vragen handelen over een terugbelspreekuur.

Een terugbelspreekuur is een systeem dat gebruikt zou kunnen worden in plaats van het huidige systeem met 2 telefonische half uurtjes.

In dit systeem blijft de praktijk heel de dag bereikbaar van 8u tot 20u. Buiten deze uren wordt u doorverwezen naar de wachtdienst. Dit is in het huidige systeem ook het geval.
De 2 dagelijkse momenten waarop u met een arts kan bellen zouden wegvallen. Onze praktijkassistente zou, net als nu, u met zoveel mogelijk problemen helpen. Voor de problemen waar zij niet mee kan helpen en waarvoor u een dokter moet spreken, wordt een telefonische afspraak geregeld waarop de arts u zal terugbellen om dit probleem te bespreken. Bij hoogdringendheid wordt u uiteraard wel doorverbonden met de arts.

Zorg ervoor dat u alle vragen beantwoordt en dat u op iedere vraag slechts één antwoord geeft. Als de vraag niet van toepassing is op u, omcirkel dan 'niet van toepassing/niet relevant'.
Beoordeling vraag 10 t.e.m. 13: 1 = helemaal niet akkoord, 5 = helemaal wel akkoord.

10/ Lijkt dit systeem u een goed idee?

1 2 3 4 5 niet van toepassing/niet relevant

Hoe aanvaardbaar zou u het vinden als onze praktijkassistente volgende taken zou uitvoeren:

11/ Normale testresultaten meedelen aan de telefoon

1 2 3 4 5 niet van toepassing/niet relevant

12/ Medisch advies geven aan de telefoon over banale medische problemen

1 2 3 4 5 niet van toepassing/niet relevant

13/ Hoe aanvaardbaar vindt u het dat u steeds eerst met onze praktijkassistente zou moeten bellen alvorens een dokter te kunnen spreken?

1 2 3 4 5 niet van toepassing/niet relevant

Patiëntenkenmerken:

14/ Hoe vaak zou u de afgelopen 12 maanden onze praktijk bezocht hebben of een huisbezoek gevraagd hebben?
- o 1 keer of minder
- o 2 tot 3 keer
- o 4 tot 6 keer
- o 6 tot 12 keer

15/ Hoe zou u de afgelopen 12 maanden gebruik gemaakt hebben van ons telefonisch spreekuur (12u30 tot 13u en 18u tot 18u30)?
- o 1 keer of minder
- o 2 tot 3 keer
- o 4 tot 6 keer
- o 6 tot 12 keer

16/ Hoe lang bent u al patiënt in onze praktijk?
- o Minder dan 1 jaar
- o 1-5 jaar
- o 5-10 jaar

- >10 jaar

17/ Leeftijd: …… jaar

18/ Geslacht: Man/Vrouw

19/ Wie is uw vaste arts?
- Dr. Mertens
- Dr. Cadron
- Dr. Ruymbeke
- Dr. Van Gasse
- Geen voorkeur/verschillende artsen

Hier kan u nog kort enkele opmerkingen noteren over het telefoonverkeer in onze praktijk:
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Bijlage 3

Informatie en Toestemmingsformulier voor de patiënt

TITEL : “KAN IK DE DOKTER EVEN SPREKEN?” VISIE VAN DE PATIËNT OVER HET TELEFOONGEBEUREN IN EEN PRAKTIJK.

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van zijn master-na masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr Toon Van Gasse een onderzoek naar de tevredenheid van onze patiënten over het telefoongebeuren in deze praktijk. Dit onderzoek gebeurt in de periode van april 2014 tot en met juli 2015,onder toezicht van de Universiteit Gent.

We willen nagaan wat de mening van onze patiënten is over het telefonisch gebeuren in deze praktijk. Al te vaak wordt enkel rekening gehouden met het standpunt van de artsen. In deze studie willen we bekijken hoe de patiënten hierover denken.
Het nut van dit onderzoek is dat we op deze manier kostbare informatie bekomen. Deze informatie kunnen we gebruiken om eventueel enkele aanpassingen te maken die zowel voor de patiënt als voor de arts een meerwaarde zouden kunnen bieden.
Het uiteindelijke doel is dus een efficiëntere en aangenamere regeling van het telefoonverkeer in deze praktijk.

Zoals bij alle onderzoeken moeten wij toestemming vragen aan de deelnemers van het onderzoek. Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek dient u enkel de bijgevoegde enquête in te vullen en het bijgevoegde toestemmingsformulier te ondertekenen.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Deelname aan deze studie zal voor u geen therapeutisch voordeel met zich meebrengen.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.
Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoekers of uw behandelende huisarts.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Toon Van Gasse
Dr. Annelies Cadron
Dr. Marc Mertens
Dr. Tine Ruymbeke

Bijlage 4

TOESTEMMINGSFORMULIER

Naam patiënt: …….

1. Ik bevestig dat Dr Toon Van Gasse
   mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.

2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.

3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier) of gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van UZ Gent en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

7. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.

8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening…….
Patiënt

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt
Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum……. Handtekening…….
Informerende arts

Bijlage 5

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

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

"KAN IK DE DOKTER EVEN SPREKEN?" VISIE VAN DE PATIËNT OVER HET TELEFOONGEBEUREN IN EEN PRAKTIJK.

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

PROMOTOR

1. NAAM:DR. AVONTS
   - FUNCTIE: ZELFSTANDIG ACADEMISCH PERSONEEL…
   - UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
   - FACULTEIT/VAKGROEP: VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
   - TELEFOONNUMMER: 09 332 49 67 …
   - FAX: …
   - E-MAIL: Dirk.Avonts@UGent.be …
   -

CO-PROMOTOR

- NAAM:PIERRE VANDEN BUSSCHE…
- FUNCTIE: PRAKTIJKASSISTENT EN HUISARTS…
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): UNIVERSITEIT GENT…
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: HUISARTSENGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG…
- TELEFOONNUMMER: 09 332 36 11 …
- FAX: 09 332 49 67 …
- E-MAIL: Pierre.VandenBussche@UGent.be …
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): PROF. DR. JAN DE MAESENEER…

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

- NAAM: TOON VAN GASSE…
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT…
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0499 41 80 31…
- E-MAIL: TOON.VANGASSE@UGENT.BE…

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

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: MARC MERTENS…
- ADRES: KLAPPERSTRAAT 68A, 9120 BEVEREN
- TELEFOONNUMMER: 03 775 93 70…
- E-MAIL: …
- TYPE-PRAKTIJK (SOLO-DUO-GROEPSPRAKTIJK-MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-

Invoegen: versie, datum van aanvraag en naam hoofdonderzoeker of dienst 1

ZIEKENHUISDIENST): GROEPSPRAKTIJK…

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

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

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

- START ONDERZOEK: 01/04/2014… (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 01/02/2015…

7. SOORT ONDERZOEK

☒ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
- ☐ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
- ☒ VRAGENLIJSTEN
- ☒ INTERVIEW

☐ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
- ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
- ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
  - ☐ WELKE PERIODE: ….

☐ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
- ☐ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
  - ☐ FASE I
  - ☐ FASE II
  - ☐ FASE III
  - ☐ FASE IV
  - ☐ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
  - ☐ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
  - ☐ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
- ☐ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,…)
  - ☐ MEDICAL DEVICE
  - ☐ BLOEDAFNAME, RX,…

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

…ER WORDT GEWERKT AAN DE HAND VAN EEN FOCUS ANALYSE. EERST WORDT ER GEZOCHT WAT HET PROBLEEM IS. DAARNA WORDT ER EEN MEETING GEORGANISEERD MET ALLE BETROKKEN PARTIJEN. DAARNA WORDT DE CLARIFY UITGEWERKT. DIT ZAL GEBEUREN DOOR EEN REGISTRATIE VAN HET TELEFOONGEBEUREN IN DE PRAKTIJK. IN DEZE STAP WORDT OOK EEN LITERATUURSTUDIE ONDERNOMEN. ER ZAL GEZOCHT WORDEN NAAR VERGELIJKBARE STUDIES WAAR OOK DE OPINIE VAN PATIËNTEN GEVRAAGD WERD. BIJ DEZE STAP ONDERNEMEN WE OOK INTERVIEWS MET DE AANWEZIGE ARTSEN OP DE PRAKTIJK.
IN DE VOLGENDE STAP, UNDERSTAND, WORDEN DE PATIËNTEN BEVRAAGD AAN DE HAND VAN EEN ENQUÊTE. AFHANKELIJK VAN DE RESULTATEN VAN DE LITERATUURSTUDIE, DE INTERVIEWS EN DE TELEFOONREGISTRATIE ZULLEN DE PATIËNTEN KWANTITATIEF OF KWALITATIEF WORDEN ONDERVRAAGD.
AAN DE HAND VAN DE RESULATEN VAN HET LITERATUURONDERZOEK EN DE PATIËNTENBEVRAGING WORDEN CONCRETE VOORSTELLEN VOOR VERANDERING UITGEWERKT. DEZE VOORSTELLEN WORDEN DAN BEDISCUSSIEERD MET DE BETROKKEN PARTIJEN MET HET OOG OP IMPLEMENTATIE.

Invoegen: versie, datum van aanvraag en naam hoofdonderzoeker of dienst

NA IMPLEMENTATIE VAN DE VOORSTELLEN ZULLEN NIEUWE INTERVIEWS MET DE BETROKKEN PARTIJEN PLAATSVINDEN OM HET EFFECT TE BESPREKEN.

9. IS HET ONDERZOEK

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

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ☒ NEEN

INDIEN JA

- ❑ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
  - NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

Invoegen: versie, datum van aanvraag en naam hoofdonderzoeker of dienst

Bijlage 6

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

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

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0407	28-apr-14	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
"Kan ik de dokter even spreken?" Visie van de patiënt over het telefoongebeuren in een praktijk. MAnaMA Toon Van Gasse.

Deze goedkeuring betreft enkel deel I (enkel literatuuronderzoek tot en met interview artsen).

Belgisch Registratienummer: B670201420844

Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier dd. 31/03/2014 (volledig ontv. dd. 3/04/2014)
* Antwoord onderzoekers(ontv dd. 18/04/2014) op opmerkingen EC dd. 14/04/2014
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier

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

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 28/04/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 28/04/2015, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

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

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 28/04/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 28/04/2015, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 20/05/2014

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/05/2014

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

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0407	28-apr-14	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2014/0407

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. J. DE MAESENEER

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

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

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

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0407	27-apr-15	Zie "CC"

BETREFT Advies Amendement voor studie met als titel:
"Kan ik de dokter even spreken?" Visie van de patiënt over het telefoongebeuren in een praktijk. MAnaMA Toon Van Gasse.

Belgisch Registratienummer: B670201420844
Fase (Phase): NVT/NA

Geachte collega,

Wij ontvingen uw aanvraag op 27/04/2015 voor een amendement betreffende bovenvermelde studie. Het betreft:

- Vragenlijst: Ontvangen dd. 27/04/2015

Dit/deze document(en) werd(en) met bevoegdheidsdelegatie bekeken en goedgekeurd door de voorzitter van het Ethisch Comité 27/04/2015.
Hiervan wordt melding gemaakt in het verslag van de vergadering van het Ethisch Comité dd. 19/05/2015.
Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.

Indien de informatie in dit (deze) document(en) relevant is voor de deelnemer aan het onderzoek dient het in die zin opgenomen te worden in een nieuw informatie en - toestemmingsformulier. In dit geval en zo wij hiervan nog niet in het bezit zijn, kregen wij hiervan graag een kopie.

Met collegiale groeten,

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter EC Gent

cc. FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
UZ Gent - Bimetra Clinics
UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

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

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