“Hou je dokter niet aan het lijntje”

Hoe kunnen we de telefonische onderbrekingen tijdens de consultaties beperken?

VANYSACKER Jens, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

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

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

INHOUD

Voorwoord 4

Abstract 5

Algemene inleiding 6

Literatuur 7

Methodiek. 7

Resultaten. 8

Discussie 13

PraktijkAnalyse 16

Eerste telefoonregistratie 16

Beschrijving: 16

Bespreking: 22

Interventies 24

1) Online agenda: 24

2) Beperken telefonische verlengvoorschriften: 24

3) Beluurtje: 25

Tweede telefoonregistratie 26

Beschrijving & bespreking: 26

Conclusie 30

Bibliografie 31

Bijlagen 32

Bijlage 1: Aankondiging online afspraken 32

Bijlage 2: Folder online afspraken 33

Bijlage 3: Registratieformulieren 35

Bijlage 4: Aankondiging stopzegging telefonische verlengvoorschriften 37

Bijlage 5: Aankondiging beluurtje 37

Bijlage 6: protocol en goedkeuring commissie medische ethiek 38

VOORWOORD

Deze thesis kostte me veel tijd en energie, maar was nooit mogelijk geweest zonder de hulp van enkele mensen.

Daarom wens ik als eerste mijn collega's Sylvie Willems, Cassandra Vermaercke en Tine Deconick te bedanken voor hun inzet tijdens het registreren van de telefonische oproepen.
Verder had ik graag ook mijn promotor prof. Dr. Dirk Avonts en co-promoter dr. Diego Schrans bedankt om me te ondersteunen en de nodige vrijheid te geven om mijn eigen praktijkverbeterend project te verwezenlijken.
Daarnaast wens ik ook Martijn Swimberghe en Charlotte Verroken te bedanken voor hun 'tips & tricks' m.b.t. het gebruik van SPSS.
Tot slot bedank ik mijn vriendin, Stéphanie Clarysse, die naast het afwerken van haar eigen thesis nog de tijd en goesting vond om ook mijn scriptie na te lezen.

ABSTRACT

Achtergrond: Ik werk in een duo praktijk (plus HAIO) waar in de voormiddag gewoonlijk alle artsen(3) aanwezig zijn alsook een secretaresse. Wij merken echter dat we tijdens de huisbezoeken 's middags en de avondconsultaties (met slechts 1 tot 2 artsen en geen secretaresse) frequent gestoord worden door de telefoon.
Naar ons gevoel staat dit ons als arts een optimale consultvoering in de weg. Het maakt het moeilijker om bij de les te blijven en de concentratie te bewaren. Daarnaast ondervinden we dat sommige patiënten dit als storend ervaren.

Onderzoeksvraag: Op welke wijze en in welke hoedanigheid kunnen we het aantal (onderbrekende) telefonische oproepen terugdringen in onze huisartsenpraktijk?

Aanpak: Door middel van een literatuuronderzoek werd nagegaan wat de houding is van de patiënten en artsen ten opzichte van telefonische onderbrekingen tijdens de consultaties, alsook wat de opties zijn om deze te vermijden.
Daarna werd de huidige telefonische belasting ingeschat door het aantal, het moment en de reden van de telefonische onderbreking te registreren gedurende 3 weken in het voorjaar van 2014 (cfr. bijlage 3).
Vervolgens werden 3 interventies sequentieel ingevoerd, telkens ondersteund door de nodige informatiecampagne. Zo werd er een online agenda ingevoerd, werden de telefonische verlengvoorschriften afgelast en werd er een dagelijks belhalfuurtje georganiseerd. Tot slot vond er in 2015 een tweede registratie plaats.

Resultaten: Het totaal aantal telefonische oproepen daalde van 1454 naar 1026 (daling van 29,4%). De secretaresse ervaarde hierdoor een telefonische werkontlasting van 41,4% en de artsen kenden 29,2% minder telefonische onderbrekingen.
Ook het aantal onafgewerkte oproepen daalde, waardoor de bereikbaarheid van de praktijk verbeterde.

Conclusie: Ondanks dat de resultaten geïnterpreteerd moeten worden binnen een landschap met ongekende beïnvloedende variabelen, kunnen we concluderen dat dit een geslaagd praktijk verbeterend project is met zowel een objectieve als een subjectieve daling van de werkbelasting.

ALGEMENE INLEIDING

Ik werk als HAIO in een drukke huisartsenpraktijk te Oosterzele. Het betreft een duopraktijk (plus HAIO) met een halftijds werkzame secretaresse.

Onze secretaresse is elke voormiddag aanwezig van 8u tot 12u. Tot september 2014 was zij ook op maandag- en dinsdagnamiddag van 14u tot 18u aanwezig. Alle telefonische oproepen worden door haar beantwoord.
Bij afwezigheid van de secretaresse worden de oproepen automatisch naar de 3 artsenkabinetten doorgeschakeld.

In de voormiddag zijn steeds alle artsen aanwezig (behalve op dinsdag is de HAIO afwezig) en doen ze voor het beantwoorden van de telefonische oproepen beroep op de secretaresse. In de namiddag en 's avonds zijn er doorgaans minder artsen aanwezig en zijn ze bovendien op zichzelf aangewezen om deze oproepen te behandelen. Daarnaast wisselen de vrije namiddagen van de artsen van week tot week. Hierdoor is het voor de patiënten onduidelijk wanneer welke arts bereikbaar is. Ook tijdens de middag en (soms) tijdens huisbezoeken dienen de artsen de telefoons af te handelen.

Er is m.a.w. geen duidelijk telefoonbeleid. De patiënten bellen wanneer het hen past en de artsen worden continu tijdens de consultaties gestoord. Naar ons gevoel staat dit een optimale consultvoering in de weg. Het maakt het moeilijker om bij de les te blijven en de concentratie te bewaren. Daarnaast ondervinden we dat ook sommige patiënten dit als storend ervaren. Dit wordt tevens beschreven in de literatuur (zie verder). Reden genoeg om de telefoonbelasting onder de loep te nemen, in een poging deze te doen dalen.

ONDERZOEKSVRAAG EN AANPAK

Deze scriptie heeft als doel na te gaan op welke wijze en in welke mate we het aantal (storende) telefonische oproepen kunnen verminderen in onze huisartsenpraktijk?
Hiervoor wordt er gestart met een literatuurstudie om potentiële beleidsinterventies te identificeren. Nadien wordt een eerste registratie van het telefoonverkeer uitgevoerd (cfr. Bijlage 3) om het nut en de mogelijke impact van de beleidsinterventies binnen deze praktijk in te schatten. Vervolgens wordt na het invoeren van een (nieuw) online afsprakensysteem, het afschaffen van telefonische (verleng)voorschriften en het organiseren van telefonische belhalfuurtjes een na-registratie uitgevoerd.

LITERATUUR

METHODIEK.

De keuze van mijn onderwerp werd vrijwel geheel gebaseerd op de ervaringen binnen de praktijk en de gesprekken met mijn PO's. Vervolgens diende ik ter kennismaking met het onderwerp de beschikbare literatuur te raadplegen.

Ik startte mijn zoektocht trapsgewijs op zoek naar bestaande richtlijnen m.b.t. het aanpakken van telefonische onderbrekingen in de huisartsenpraktijk. Al vlug werd duidelijk dat noch domus medica noch NHG (naast de betalende NHG-telefoonwijzers welke eerder buiten het bestek van mijn onderwerp leken te vallen) een relevante guidline bevatte.

Ook het doorzoeken van sites met kritische artikelbesprekingen zoals APC journal club en MINERVA kenden geen succes. Vervolgens werd getracht systematische reviews te vinden via de cochrane database, maar opnieuw zonder resultaat.
In de databanken van PubMed of Web Of Science werden via (al dan niet combinaties van) de trefwoorden en/of MeSH termen "telephone", "telefoon", "interruption", "onderbreking", "consultation", " primairy care", "general practice" en "family practice" reeds enkele artikels gevonden. Gezien de magere opbrengst werden er echter weinig beperkingen ingesteld en werd er verder gezocht via "related articles". Ook werd in de bibliografie van de reeds gevonden artikels gezocht naar andere bruikbare studies. Daarnaast werden de specifieke websites van de journals waarin de gevonden studies werden gepubliceerd (zoals "Huisarts & Wetenschap" en "Fam Pract Manag.") afzonderlijk doorzocht.

Parallel hiermee werd ook via de zoekmachine van het ICHO naar recente praktijkprojecten gezocht en werd de scriptie van Dr. Tavernier als eerste geïdentificeerd. Via zijn bibliografie werden meerdere scripties binnen het ICHO geïdentificeerd. Sommige hiervan waren echter niet publiek beschikbaar en werden, na goedkeuring van de auteur, via het ICHO secretariaat opgevraagd.

RESULTATEN.

WAARVOOR EN HOE VAAK WORDT DE ARTS (TELEFONISCH) GESTOORD? HOE ERVAART DE ARTS DEZE ONDERBREKING?

O'Connor R. et All. (2007) bestudeerden het totaal aantal onderbrekingen tijdens de consultaties van 20 huisartsen in het Verenigd Koninkrijk en kwamen tot de constatatie dat 50% van de onderbrekingen van telefonische aard waren, 30% ontstond door een storing aan de deur, bij 10% diende de dokter de kamer te verlaten en bij nog eens 10% werd de consultatie door de gsm van de patiënt onderbroken (1).

Hallam L. (1992) was een van de eerste die de redenen van de telefonische contacten in kaart bracht. Hij constateerde dat in 62% van alle telefonische oproepen symptomen geëvalueerd dienden te worden of de nood voor een huisbezoek moest ingeschat worden. Sommige artsen beschouwen de telefoon als een tool om de dag te plannen en (via telefonisch advies) de werkdruk te verlagen. Anderen menen daarentegen dat telefonisch advies het aantal consulten/huisbezoeken niet deed dalen, voornamelijk omdat het moeilijk is situaties via de telefoon in te schatten; men moet een onderscheid maken tussen patiënten die minimaliseren, overdrijven of betrouwbaar rapporteren en bij enige onzekerheid of ontevredenheid dient steeds een consultatie te volgen. Zij beschouwen de telefoon dus als een extra belasting (2).
Slechts 11% van de telefonische oproepen betrof het doorgeven van laboresultaten. Dit aantal leek echter sterk afhankelijk van het lokale beleid. De studie van Hallam L. (1992) bevatte praktijken waar enkel artsen laboresultaten doorgaven, praktijken waar de receptionist dit mocht doen en praktijken waar er resoluut geen laboresultaten aan de telefoon werden besproken.
Een medicatievoorschrift was in 16% van de gevallen de reden voor het telefonisch contact. Ook op dit vlak varieerde het beleid tussen de verschillende artsen sterk (voornamelijk met betrekking tot het voorschrijven van antibiotica). Velen beschrijven een mentale druk te ervaren waardoor ze soms bezwijken voor de wens/eisen van de patiënten.
Een klein aandeel van de telefoons werd door de artsen zelf gepleegd. De voornaamste reden hiervoor was een onverwacht laboresultaat (2).

In 2012 onderzocht ook Dr. Tavernier F. in zijn scriptie het aantal telefonische oproepen in zijn praktijk in België, Balegem. Deze setting verschilde sterk in plaats en tijd van het onderzoek opgesteld door Hallam. L (1992), maar bleek toch in grote lijnen gelijklopende resultaten te kennen . Ook Dr. Tavernier zag dat het grootste deel van de telefonische oproepen (ongeveer de helft) kaderde in het afspreken van een consult of huisbezoek en dat 21,5% gebruikt werd voor het doorgeven van laboresultaten. Een veel kleiner aandeel werd gebruikt voor telefonisch advies (door Hallam. L (1992) niet afzonderlijk

beschouwd) of voor het aanvragen van attesten of voorschriften. Ook de scriptie van Dr. Kemper I. die in 2008 het telefoonverkeer in 3 verschillende praktijken in België registreerde, sluit aan bij deze resultaten (2-4).

Hallam L. (1992) ondervroeg verschillende 'general practitioners' (opnieuw in het Verenigd Koninkrijk) over hun telefonische belasting en de daarmee geassocieerde beloningen of frustraties. Hij merkte dat de meeste artsen de telefoon als een noodzakelijk kwaad beschouwden om beschikbaarheid te kunnen garanderen. Gelijklopend zag tot 50% van alle artsen de telefonische onderbreking als een bron van frustratie. Ook O'Connor R. et All. (2007) vermeldden dat een telefonische onderbreking behoort tot een van de 3 grootste stressoren die jobontevredenheid bij Engelse artsen voorspellen (1, 2).

WAT IS DE MENING VAN DE PATIËNTEN M.B.T. DE TELEFONISCHE BESCHIKBAARHEID EN ONDERBREKINGEN TIJDENS DE CONSULTATIES?

Hallam L. (1993) bestudeerde de kijk van de patiënt op de telefonische beschikbaarheid van artsen in 4 praktijken in het Verenigd Koninkrijk.
Volgens Hallam L. (1993) dachten meer dan de helft van de patiënten dat het niet mogelijk was een dokter te spreken of dat dit enkel kon na aandringen bij de secretaresse. Het viel ook op dat chronische patiënten of zorgers voor derden (en opvallend meer vrouwen dan mannen) beter geïnformeerd waren over de bereikbaarheid van de artsen en hier ook vlugger gebruik van maakten (5).

Hallam L. (1993) zag dat de tevredenheid van de patiënten sterk werd bepaald door het aantal pogingen die nodig waren om iemand aan de lijn te krijgen (50% had meer dan 1 poging nodig). Verder (zelfs wanneer een eerste poging volstond) daalde de tevredenheid ook wanneer men eerst door de receptioniste werd ondervraagd. Dit geldde des te meer wanneer de patiënt zijn klacht als dringend beschouwde. Er werd wel steeds een hoge tevredenheid m.b.t. de telefonisch geboden hulp van de dokter vastgesteld (slechts 2,4% rapporteerde ontevreden) (5).

Dearden A. et All. (1996) onderzochten dan weer de perceptie van patiënten t.o.v. onderbrekingen tijdens hun consultatie bij hun general practitioner in Cardiff (VK). Deze arts werd in 10,2% van zijn consultaties onderbroken. In de helft van de gevallen betrof het een telefonische onderbreking en in 38% ging het om een vraag voor een voorschrift.
Alhoewel de meeste patiënten niet de indruk hadden dat de onderbreking hun consult beïnvloedde, had toch 20% het gevoel dat dit een negatief effect had (frequenter bij ouderen). 40% meende liever niet onderbroken te zijn geweest en 52% beschouwde de reden van de onderbreking als niet belangrijk. Toch was er meestal geen probleem om de consultatie nadien verder te zetten. Daarnaast zou de

onderbreking bij de meerderheid (65%) van de patiënten geen effect op hun gemoedtoestand hebben, terwijl bij 18% wel degelijk een negatief gevoel werd gerapporteerd (6).

WELKE OPLOSSINGEN WERDEN BESCHREVEN OM DE TELEFONISCHE OVERLAST AAN TE PAKKEN?

De Groot R. A. et All. (2001) onderzochten de efficiëntie van het telefonisch spreekuur. Het telefonisch spreekuur is een moment waarop de arts tijd vrijmaakt zodat deze beschikbaar is voor telefonische oproepen van de patiënt. Wanneer de patiënt buiten dit spreekuur belt wordt deze doorverwezen naar het tijdstip van het telefonisch spreekuur. In overeenstemming met eerder gerapporteerde resultaten werd ook in deze studie in de helft van de gevallen gebeld met een medische klacht en bestond de 2e grootste groep (hier 31%) uit het informeren naar de uitslag van het laboratoriumonderzoek of een röntgenfoto. Opvallend was echter dat de arts ook veel relatief overbodige telefoons te verwerken kreeg: bij 20% was het labo nog niet gekend of was de juiste arts niet ter beschikking, in 13% betrof het delegeerbare taken zoals een administratieve vraag of een verlengvoorschrift. Bovendien was de praktijk tijdens het telefonisch spreekuur moeilijk bereikbaar gezien de telefoon constant in gesprek was (7).

De Groot R. A. et All. concludeerden in 2001 dat het telefonisch spreekuur niet beheersbaar is : 'de arts wordt overspoeld en de praktijk is slecht bereikbaar'. Beter wordt overgeschakeld op een telefonisch terugbelspreekuur; Indien de assistente van mening is dat er overleg met de arts nodig is of de patiënt hierop aandringt, belt de arts op een afgesproken tijdstip terug. Zo worden er geen "nutteloze telefoons" gemaakt, kunnen gesprekken worden voorbereid en uitslagen van tevoren bestudeerd (7).

In 2002 gingen De Groot R. A. et All het effect van de invoering van dit terugbelspreekuur na. Ze constateerden dat de telefonische werkbelasting van de artsen met 39% daalde. Zoals verwacht werden de artsen niet meer gestoord voor afwezige laboresultaten of telefoons voor collega's. Daarnaast kenden de artsen ook een duidelijke daling in het totale aantal telefoons voor laboresultaten (vermoedelijk werden normale of gemakkelijk te interpreteren resultaten door de assistente zelf afgehandeld). Bovendien kon de assistente via de NHG-telefoonwijzer patiënten met medische klachten triëren, waardoor het aantal telefoontjes voor medisch klachten bij de artsen halveerde. Daarnaast ontstond er een duidelijk shift in de relatieve frequentie van de oproepen die door de arts werden afgehandeld; medische klachten werden nog belangrijker (69%) en men zag een toename in de gemiddelde duur van de gesprekken. Dit suggereert dat de artsen door het telefonisch terugbelspreekuur frequenter het juiste telefoontje op de juiste manier kunnen afhandelen en dat de

administratieve taken aan de assistent(e) worden gedelegeerd (8). Dit bezorgde de assistent(e) echter wel een werklastverhoging van 31% (9).
Als extra voordeel konden de artsen de telefoons nu zelf spreiden in de tijd, was de lijn nog zelden in gesprek en konden de patiënten langer met de arts spreken (8).

Verschelde J. (2008) evalueerde het online afsprakensysteem binnen zijn praktijk. Hij constateerde dat 14,8% van de patiënten hun afspraken online boekten. Deze patiënten rapporteerden als voordeel dat ze niet meer hoefden te telefoneren voor een afspraak en zo de arts niet moesten storen. Verder gaf dit hen meer vrijheid in de keuze van arts en het tijdstip van het consult. De consultatie kon beter in de eigen agenda ingepland worden en ze konden dit tevens op elk moment van de dag doen. Anderzijds werd het als een relatief onpersoonlijke manier van communiceren beschouwd en kunnen technische mankementen of het niet beschikken van internet de toegankelijkheid beperken (10).
Verschelde J. (2008) merkte op dat er bij zo'n online afsprakensysteem best consulten worden gebufferd zodat er de dag zelf nog plaatsen voorradig zijn. Richtlijnen omtrent het aantal afspraken die gebufferd dienen te worden ontbreken, doch verwijst hij naar een studie die suggereerde dat op maandag en vrijdag best 50% en op de overige dagen ongeveer 30% wordt vrijgehouden voor een boeking op de dag zelf (10).
Hij besloot dat een online afsprakensysteem zeker een meerwaarde kan bieden op vlak van praktijkondersteuning. Ook Daems K. kwam tot diezelfde conclusie. Ze zag bovendien dat 70% van de patiënten in 2006 over een internetconnectie beschikte, een cijfer dat in de voorbije 8 jaar enkel zal toegenomen zijn (10, 11).
Tavernier F. onderzocht de invoering van een online afsprakensysteem i.k.v. zijn praktijkproject in 2012. In zijn nameting, ongeveer 9 maand na de start van het afsprakensysteem, merkte hij dat reeds 23% van alle afspraken online geboekt werden. Het totale aantal telefonische oproepen daalde hierdoor met 10%. Hij bemerkte echter dat een beter resultaat mogelijk was omdat de sensibilisering naar de patiënten toe volgens hem beter kon. In zijn project werd gebruik gemaakt van affiches in de wachtzaal en flyers die werden meegegeven (deze waren echter na enige tijd niet meer voorradig en werden niet onmiddellijk aangevuld). Ook de verantwoordelijken van het afsprakensysteem gaven aan dat het succes sterk afhangt van de bekendmaking. Zelfs Hallam L. (1993) bemerkte reeds dat het telefoonbeleid niet enkel via flyers, maar ook best verbaal wordt geaccentueerd.
Als laatste trok Tavernier F. de kosteneffectiviteit van dit systeem in twijfel. Hij berekende dat de prijs per uitgespaarde telefoon in zijn praktijk € 0,54 bedroeg (4, 5).

Telefonische oproepen voor een verlengvoorschrift maken een klein deel uit van de telefoonbelasting. Dr Van Puymbroeck L.(2013) en Cohen H. R. (1997) ervoeren dit als een praktisch en ethisch probleem in hun praktijk. Beide onderzochten voor welke medicatie een verlengvoorschrift werd gevraagd. Ze

merkten dat de medicatie voor verlengvoorschriften in 3 grote groepen konden onderverdeeld worden: medicatie voor het cardiovasculair stelsel (antihypertensiva, hypolipemiërende middelen, nitraten en anti-aritmica), medicatie voor het zenuwstelsel (benzodiazepines, antidepressiva, antipsychotica en antimigrainemiddelen) en medicatie tegen pijn en koorts (NSAID's, narcotische analgetica en paracetamol) (12, 13).

Van Puymbroeck L. (2013) ging ook na wat de reden was om niet op consultatie te komen en wat de mogelijke interventies waren om deze verlengvoorschriften via de telefoon te doen dalen. Hij constateerde dat een recente consultatie een belangrijke reden is om een verlengvoorschrift zonder consult te vragen en dat de meesten het niet nuttig vinden op consultatie te komen als ze niet ziek zijn. Dit stond echter in contrast met de bevinding dat de patiënten aangaven het nut van een controleconsult te begrijpen (13).

Van Puymbroeck L. (2013), Cohen H. R. (1997) en Woodcock E. W. (2002) concludeerden dat de huisarts aandachtig dient te zijn voor chronische medicatie en deze dus ook voldoende lang (tot het volgende controleconsult) dient voor te schrijven. Daarnaast lijkt het aangewezen de patiënten goed te informeren over het beleid en te melden wanneer ze hiervoor kunnen bellen.

Cohen H. R. (1997) bewees met deze interventie op 3 jaar tijd het aantal telefonische oproepen voor verlengvoorschriften te kunnen terugdringen van 1666 naar 292 per jaar (12-14).

Torrey B. (2001) haalt als alternatief een herhaalvoorschriften-lijn aan waarbij patiënten hun gewenste medicatie op voice mail kunnen inspreken (15).

Aanvullend merkten Van Puymbroeck L. (2013) en Woodcock E. W. (2002) op dat de apotheker hierbij betrokken kan worden zoals in Engeland en Nederland reeds het geval is. Ook Kemper I. (2008) vermeldde een Belgische praktijk waar herhaalvoorschriften via een document van de apotheker (met succes) werd geregeld. In de loop van 2014 zou dit met de invoering van elektronische voorschriften via "recip-e" in België allemaal vlotter en gemakkelijker moeten verlopen (3, 13, 14).

Torrey B. (2001) pleit voor het gebruik van een automatisch bandje dat verwijst naar het eventueel telefonisch spreekuur of de beschikbaarheid van de artsen, maar steeds met de optie tot rechtstreekse doorverbinding bij urgenties. Hij stelt dat hier verschillende opties aan gekoppeld kunnen worden, zoals een optie om verlengvoorschriften in te spreken of om afspraken te maken. Het lijkt echter wel belangrijk na te gaan hoe de patiënten hierop zullen reageren, want ook hun tijd is belangrijk en te uitgebreide of onduidelijke opties leiden enkel tot frustraties en een inefficiënt gebruik (15).

DISCUSSIE

O'Connor R. et All. (2007) en Dearden A. et All. (1996) concludeerden dat ongeveer 50% van alle onderbrekingen van telefonische aard zijn (1, 6).
Zowel Hallam L. (1992), Tavernier F. (2011), de Groot R. A. et All. (2001), als Kemper I. (2008) rapporteerden dat de helft of meer van de telefonische onderbrekingen het maken van afspraken of aanvragen van huisbezoeken als doel hadden. Een andere grote groep betrof het bespreken van laboresultaten (2-4, 7).

Zowel arts als patiënt menen dat direct telefonisch contact mogelijk moet zijn! Toch blijkt dit heel tijdsintensief en vaak een bron van frustratie en/of stress voor de artsen (1, 6). Echter, volgens Dearden A. et All. (1996) en Hallam L. (1992) kunnen het tijdsverlies en de frustraties van de dokters niet de enige criteria zijn om het telefoongebruik te evalueren, maar moet dit worden uitgebalanceerd t.o.v. de bereikbaarheid van de praktijk (2, 6).
Hallam L. merkte in 1993 dat de tijdelijke onbereikbaarheid tijdens de telefonische ochtendspits alsook de ondervraging door de receptioniste bronnen voor patiëntontevredenheid waren. Patiënten voelen zich genoodzaakt de receptioniste te overtuigen, wat vermoedelijk bijdraagt tot een hoger aantal "urgenties" (5).
Een goede bereikbaarheid schept dan ook een nauwere band met de patiënt, maakt het gemakkelijker om vlug op problemen te reageren en vormt zo een belangrijke vorm van management in de dagelijkse praktijk.

O'Connor R. et All. (2007) zagen dat meer dan de helft van de telefonische onderbrekingen in hun studie zich situeerden in praktijken waar er geen (duidelijk) telefoonbeleid was. Ze suggereren dan ook dat een goed beleid het aantal onderbrekingen zou kunnen terugdringen (1).
Aanvullend zag Hallam L. (1993) dat meer dan de helft van de patiënten niet goed op de hoogte was over de bereikbaarheid van de artsen. Ook hij meent (net als O'Connor R.) dat een transparant en duidelijk telefoonbeleid niet zozeer zal resulteren in een overgebruik, maar eerder het aantal ongewenste en slecht getimede telefoontjes zal beperken (5).
Ook voor de patiënt zelf blijken deze slecht getimede telefoontjes niet onbelangrijk! Men zag dat een vijfde van de patiënten actief negatieve gevoelens ervaart bij een onderbreking van het consult of vindt dat het consult op een negatieve wijze werd beïnvloed. Deze gevoelens namen toe naarmate het consult meermaals werd gestoord en bovendien bestempelde de meerderheid van de patiënten de reden van de onderbreking als onbelangrijk (5, 6).

Bovenstaande gegevens suggereren dat het zowel voor de arts als de patiënt voordelig lijkt de telefonische onderbrekingen te beperken en een duidelijk telefonisch beleid uit te stippelen. Echter, gezien duidelijke richtlijnen omtrent deze aanpak ontbreken, wordt er aangeraden eigen praktijkrichtlijnen op te stellen (2). Hallam L. (1993) suggereert echter wel dat het implementeren van dergelijk beleid idealiter via verbale sensibilisering en patiënteneducatie verloopt (eerder dan enkel via posters) (5).
Welke opties in aanmerking komen en wat hun effect precies kan zijn wordt verder besproken.

Omdat we in onze praktijk reeds een praktijkassistente/secretaresse ter beschikking hebben, werd een uitgebreide bespreking over haar potentiële functie buiten beschouwing van deze scriptie gezien. Indien tijdens het uitvoeren van deze scriptie echter zou blijken dat een geheel andere aanpak of uitbreiding van haar functie nodig is, kan een verdere verdieping in de literatuur nuttig zijn.

De Groot R. A. et All bestudeerden in 2001 en 2002 respectievelijk het telefonisch spreekuur en het telefonisch terugbelspreekuur. Ze concludeerden dat het telefonisch terugbelspreekuur een opvallende daling in de telefonische werkbelasting van de artsen veroorzaakte, dat de juiste telefoons frequenter bij de juiste personen terecht kwamen en dat de telefonische bereikbaarheid van de praktijk beter behouden bleef. Daarom beschouwen ze het telefonisch terugbelspreekuur superieur aan het telefonische spreekuur. De aanwezigheid van een capabele praktijkassistent(e) is in deze situatie cruciaal aangezien het terugbelspreekuur een extra werkbelasting (voor hem/haar) betekent (7-9).

Daems K. (2006), Verschelde J (2008) en Tavernier F. (2012) besluiten dat een online afsprakensysteem een meerwaarde kan betekenen voor het praktijkfunctioneren en kan bijdragen tot een daling in het totale aantal telefonische oproepen. Daarnaast wordt de toegankelijkheid, in deze tijd waar een internetverbinding bijna een basisbehoefte is geworden, een steeds minder beperkende factor. Bij zo'n online afspraken systeem lijkt het volgens Verschelde J. (2008) wel belangrijk vooraf voldoend tijd te bufferen zodat ook op de dag zelf nog afspraken kunnen geboekt worden. Bovendien dient ook steeds het prijskaartje in rekening gebracht te worden (4, 10, 11).

Patiënten die bellen voor verlengvoorschriften vormen slechts een klein deel van de telefonische belasting. Om dit aan te pakken dient er volgens Van Puymbroeck L. (2013) een duidelijk beleid t.a.v. de patiënt te bestaan en moet de arts voldoende medicatie voorschrijven tot wanneer een volgend controleconsult gewenst is. Deze aanpak werd bovendien in 1997 door Cohen H. R. reeds succesvol toegepast. Daarnaast zou een goede samenwerking met de apotheker de last kunnen verminderen en zal dit in de toekomst via het elektronisch voorschriftensysteem "recip-e" hopelijk vlotter verlopen (12, 13).

Torrey B. (2001) denkt dat een automatisch bandje het telefoonverkeer kan helpen sturen wanneer het kort en bondig met duidelijke opties wordt ingesteld. Het zou echter steeds de optie tot een directe doorschakeling moeten behouden (15).

Bovenstaand schrijven toont dat er verschillende opties zijn om de telefonische belasting en de bereikbaarheid voor de patiënt te optimaliseren. Elke optie heeft zijn voor- en nadelen. Aan de hand van de verdere registratie van het telefoonverkeer in mijn praktijk zal beslist worden welke optie (of welke combinatie van opties) het best en met het (vermoedelijk) hoogste potentieel effect kan worden toegepast.

PRAKTIJKANALYSE

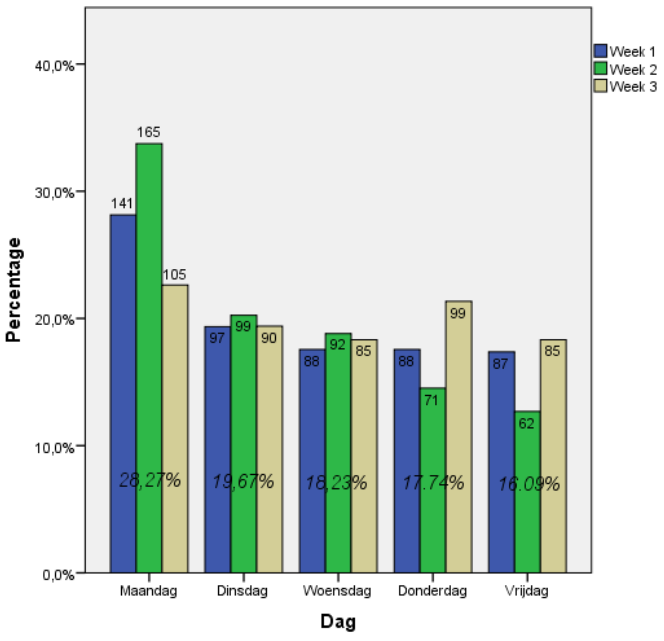
EERSTE TELEFOONREGISTRATIE

Beschrijving:

In het voorjaar van 2014 werden gedurende 3 weken alle telefonische oproepen in onze artsenpraktijk geregistreerd.

Figuur 1 toont een overzicht van het procentueel aandeel telefonische oproepen per weekdag ten opzichte van het totaal aantal oproepen in die week.

Met 28,27% van alle telefonische oproepen blijkt maandag typisch de drukste dag. De daaropvolgende weekdagen kennen een respectievelijk aandeel van 19,67%, 18,23%, 17,74% en 16,09%.

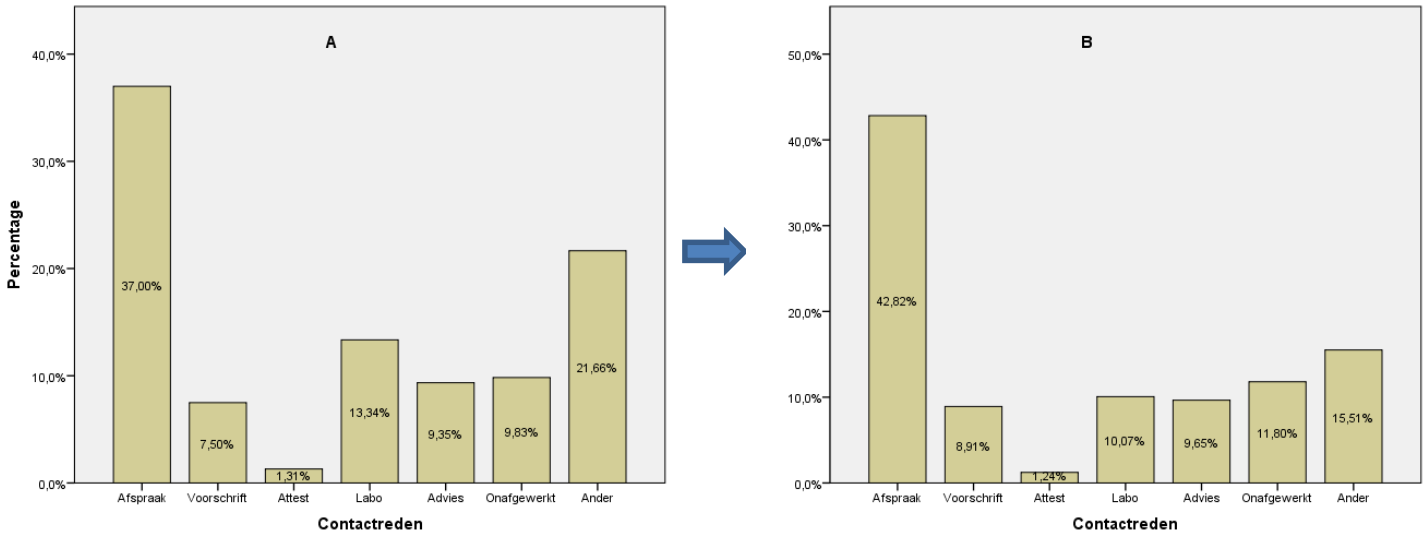


Figuur 1: Procentueel aandeel telefonische oproepen per weekdag t.o.v. het totaal aantal oproepen in die week.

Figuur 2 illustreert de verhouding van de telefonische contactredenen.

Deze werden gegroepeerd in het maken van een afspraak (zonder onderscheid in consultaties of huisbezoeken), het vragen van een (verleng)voorschrift, het vragen van een attest, het bespreken van laboresultaten (beeldvorming e.d. incl.) en het vragen van advies. Oproepen die een nieuw telefoontje op een later tijdstip genereerden werden in de groep 'onafgewerkt' gecatalogeerd. Hierbij horen bijvoorbeeld onvolledige laboresultaten, het afwezig of bezet zijn van de vereiste arts of het niet kunnen afwerken van telefoons tijdens de huisbezoeken.

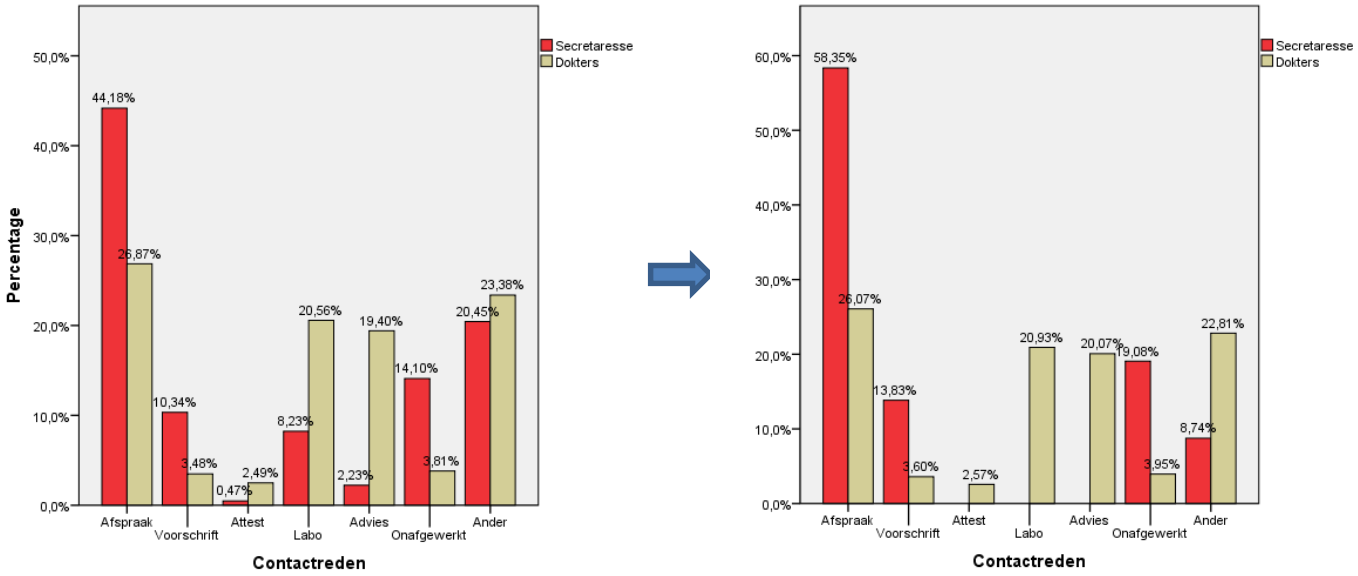
Wanneer een oproep niet bij één van de voorgaande opties behoorde werd deze onder de groep ‘ander’ beschouwd. Deze groep bevat o.a. telefonische contacten tussen de collega’s onderling, contact met specialisten of andere gezondheidswerkers, het opvragen van verslagen, praktische info over de praktijk of de arts die zelf het initiatief neemt om een patiënt op te bellen.



Figuur 2: Verhouding van telefonische contactredenen, niet-gecorrigeerd (links, A) en gecorrigeerd (rechts, B) voor interne doorschakeling.

De verhouding van de telefoonbelasting zoals die in het kabinet geregistreerd wordt (figuur 2 A) staat echter niet gelijk aan de verdeling van de telefonische contactredenen door de patiënten (figuur 2 rechts, B). Een groot aantal telefoons wordt immers onderling doorgeschakeld waarbij er 2 personen gestoord worden en er bijgevolg tweemaal geregistreerd wordt.

Bij correctie voor interne doorschakeling (figuur 2 B) zien we een duidelijke afname in het aandeel ‘labo’ en ‘ander’ ten opzichte van figuur 2 A. Dit doet vermoeden dat er voornamelijk voor het bespreken van laboresultaten en de groep ‘ander’ frequent wordt doorgeschakeld. Verder constateren we dat in 42,82% (n = 519) van de gevallen de patiënt belt voor het maken van een afspraak (figuur 2 B) maar dat dit in de praktijk slechts overeenkomt met een telefoonbelasting van 37% (figuur 2 A). Omgekeerd zien we dat de patiënten in 10% van de gevallen bellen voor het bespreken van laboresultaten maar dat dit overeenkomt met een telefoonbelasting van 13,34% (vermoedelijk een onderschatting, zie tekst figuur 3 en 4). Daarnaast constateren we dat 1 op 10 van de telefonische oproepen dienen voor het aanvragen van een voorschrift of attest (n = 123). Het vragen naar advies blijkt, net als het bespreken van laboresultaten, in 10% van de gevallen de contactreden (respectievelijk n = 117 en n = 122). Bij nog eens ±10% (n = 143) van de telefoontjes diende later teruggebeld te worden. 15,51% werd onder ‘ander’ gecatalogeerd.



Figuur 3: Relatieve verdeling van de telefoonbelasting in functie van de contactreden, voor de artsen (beige) en secretaresse (rood) afzonderlijk, niet gecorrigeerd (links) en wel gecorrigeerd voor interne doorschakeling (rechts)

		Secretaresse	Dokters	Totaal
Afspraak	n	376	162	538
	%	44,2%	26,9%	37,0%
Voorschrift	n	88	21	109
	%	10,3%	3,5%	7,5%
Attest	n	4	15	19
	%	0,5%	2,5%	1,3%
Labo	n	70	124	194
	%	8,2%	20,6%	13,3%
Advies	n	19	117	136
	%	2,2%	19,4%	9,4%
Onafgewerkt	n	120	23	143
	%	14,1%	3,8%	9,8%
Ander	n	174	141	315
	%	20,4%	23,4%	21,7%
Totaal	n	851	603	1454
	%	100,0%	100,0%	100,0%

		Secretaresse	Dokters	Totaal
Afspraak	n	367	152	519
	%	58,3%	26,1%	42,8%
Voorschrift	n	87	21	108
	%	13,8%	3,6%	8,9%
Attest	n	**0**	15	15
	%	0,0%	2,6%	1,2%
Labo	n	**0**	122	122
	%	0,0%	20,9%	10,1%
Advies	n	**0**	117	117
	%	0,0%	20,1%	9,7%
Onafgewerkt	n	120	23	143
	%	19,1%	3,9%	11,8%
Ander	n	**55**	133	188
	%	8,7%	22,8%	15,5%
Totaal	n	629	583	1212
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel 1: Absoluut en procentueel aantal telefonische oproepen in functie van de contactreden, voor de dokters en secretaresse afzonderlijk, niet gecorrigeerd (links) en wel gecorrigeerd voor interne doorschakeling (rechts).

Figuur 3 toont de relatieve verdeling van de telefoonbelasting in functie van de contactreden, voor zowel de artsen (beige) als de secretaresse (rood), niet gecorrigeerd (links) en wel gecorrigeerd (rechts) voor interne doorschakeling. Bijgevoegde tabellen bevatten de cijfergegevens van zowel figuur 2 als 3. Na vergelijking van beide grafieken in figuur 3 wordt duidelijk dat een correctie voor intern doorgeschakelde oproepen weinig invloed heeft op de telefoonbelasting van de artsen. Zij schakelden immers slechts 3 procent (20/603 cfr. tabel 1 en fig. 4) van hun oproepen door. Hun telefoonbelasting

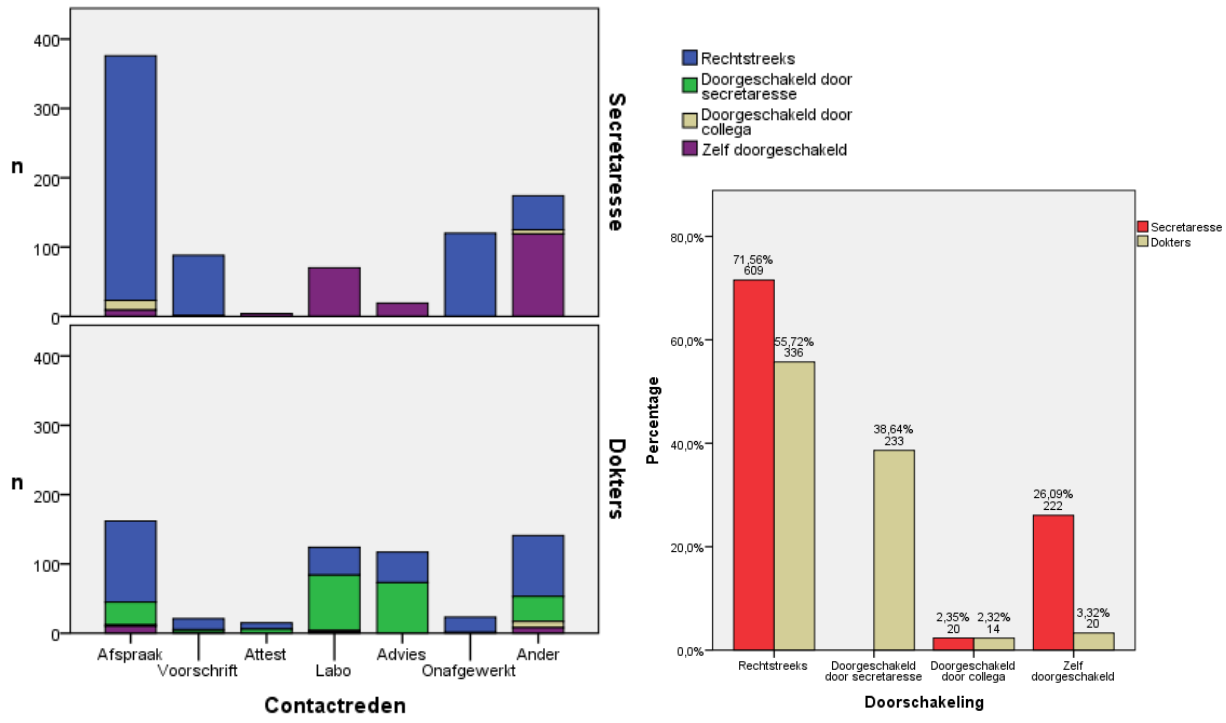
bestaat voornamelijk uit het maken van afspraken (26,9%), het bespreken van laboresultaten (20,6%), het geven van advies (19,4%) en 'andere' (23,4%).

De telefoonbelasting van de secretaresse bestaat grotendeels uit het maken van afspraken (44,2%, figuur 3 links) en kent wel een opvallende verschuiving na correctie voor intern doorgeschakelde oproepen (figuur 3 rechts). Haar aandeel voor attesten, labo's en advies verdwijnt immers. Dit suggereert dat zij bij deze contactredenen steeds doorschakelt naar een arts.

Bovendien wordt dit bevestigd in figuur 4, die het doorschakelingsprofiel per contactreden bij zowel de artsen als de secretaresse in absolute aantallen toont (cfr. paars).

Bij perfecte registraties zijn in figuur 4 het aantal oproepen die de secretaresse naar de artsen doorschakelde (paars) gelijk aan het aantal oproepen die de artsen van de secretaresse ontvingen (groen). Hier zien we echter, voornamelijk voor de contactredenen 'advies' en 'ander' (en in mindere mate 'labo'), een duidelijke discrepantie tussen beide groepen. Dit gecombineerd met de sterke afname van het aantal oproepen bij de secretaresse gecatalogeerd onder 'ander' na correctie voor doorschakeling in figuur 3, doet vermoeden dat de secretaresse bij het doorschakelen niet altijd naar de reden doorvroeg en dus onder 'ander' registreerde, terwijl de arts in zijn registratie verder differentieerde tussen voornamelijk 'labo' of 'advies'.

Dit impliceert een overschatting van de totale telefoonbelasting voor het aandeel 'ander' en een onderschatting van het totale aandeel 'labo' en 'advies' zoals weergegeven in figuur 2A.

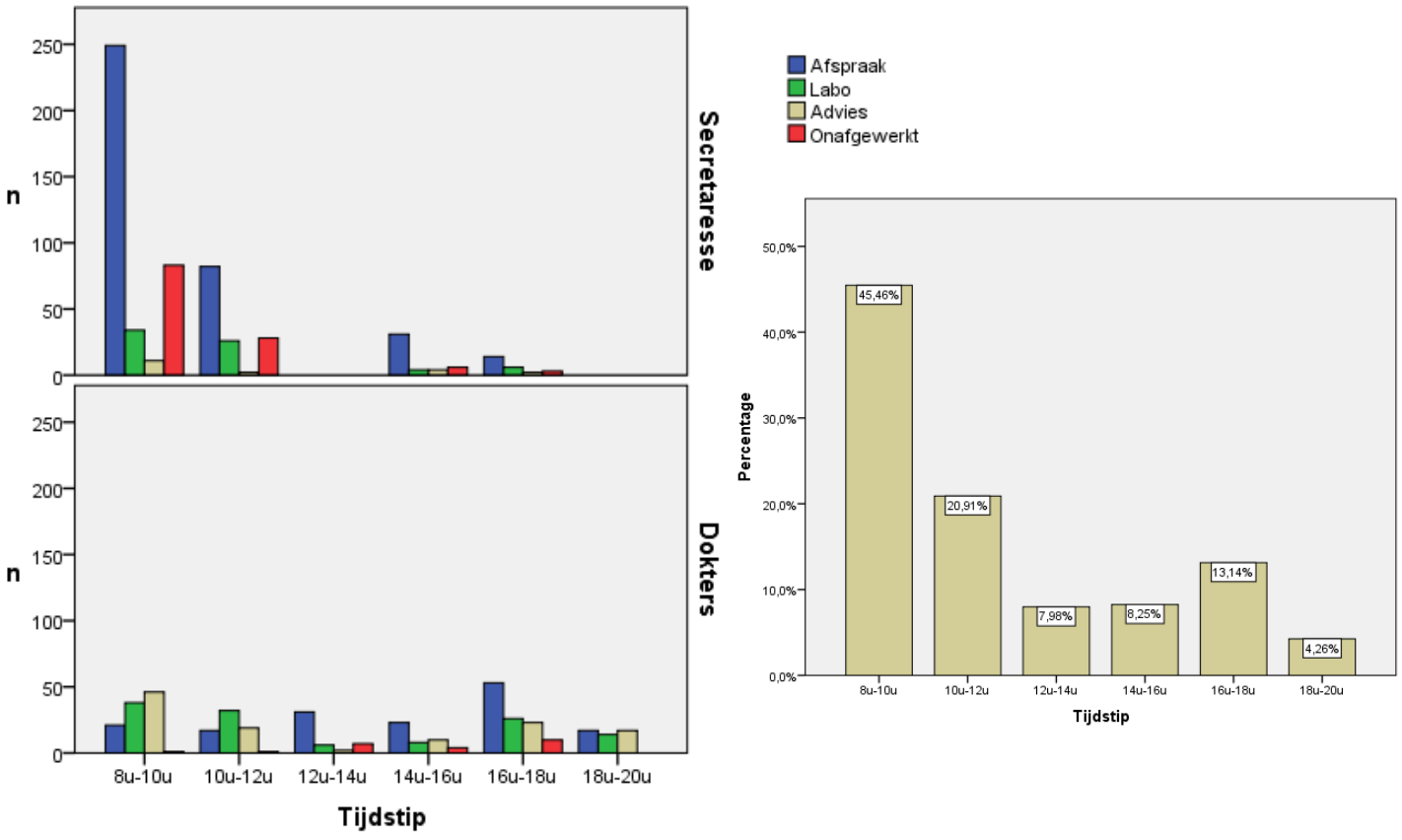


Figuur 4: Doorschakelingsprofiel van de oproepen voor artsen en secretaresse afzonderlijk, procentueel (rechts) en in absolute aantallen i.f.v. de contactredenen (links).

Figuur 4 illustreert dat onze secretaresse tijdens de eerste meting 222, of maar liefst 26% van al haar telefonische oproepen (n=851), doorschakelde naar de artsen. De oproepen die ze zelf afhandelde bestonden voornamelijk uit het regelen van afspraken of het noteren van (verleng)voorschriften. In enkele gevallen schakelde de secretaresse door voor het maken van een afspraak, vermoedelijk om de urgentie in te schatten.

De artsen handelden 97% van hun oproepen zelf af en 38,64% van alle oproepen die ze ontvingen passeerden eerst via de secretaresse (figuur 4 rechts).

Tenslotte bemerken we in figuur 4 (rechts) een beperkt verschil tussen het aantal doorgeschakelde oproepen door de secretaresse en het aantal oproepen die de artsen via de secretaresse ontvingen (respectievelijk n = 222 en n = 233). Dit verschil is vermoedelijk het resultaat van meetfouten, aangezien beide groepen idealiter aan elkaar gelijk zijn.



Figuur 5: Telefonische contactredenen (voorschrift, attest en ander niet mee beschouwd) voor zowel dokters als secretaresse, in absoluut aantal i.f.v. het tijdstip (links) en procentueel ten opzichte van het totaal aantal oproepen i.f.v. het tijdstip (rechts).

Figuur 5 toont het absoluut aantal oproepen per contactreden in functie van de tijd (links) voor zowel de secretaresse als de artsen en de relatieve verdeling van alle telefonische oproepen in functie van de dagindeling (rechts).

Figuur 5 (rechts) beschrijft een duidelijke en typische telefonische ochtendpiek (tussen 8u en 12u vinden 66,37% van alle oproepen plaats) en een kleinere namiddagpiek (tussen 16u en 18u vinden 19,14% van alle oproepen plaats).

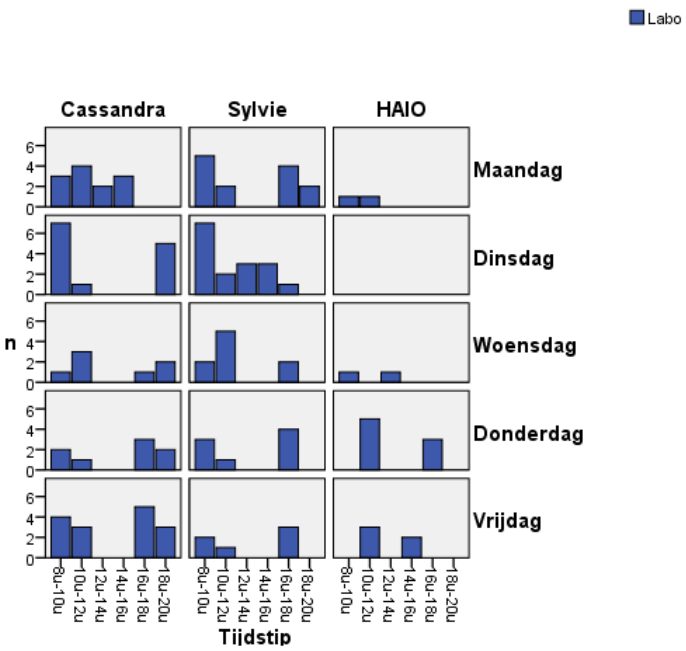
Figuur 5 (links) toont wie wanneer welke telefoontjes beantwoordt. De secretaresse is, behalve op maandag en dinsdag, enkel in de voormiddag aanwezig en heeft dus logischerwijze de hoogste telefoonbelasting in de ochtend.

Telefonische oproepen voor het maken van afspraken vinden voor het overgrote deel in de ochtend plaats en worden zoals eerder vermeld (zie figuur 4) voornamelijk door de secretaresse afgehandeld (blauw). We zien ook enkele labo's en adviezen bij de secretaresse in de voormiddag, maar deze worden (zoals reeds aangehaald) allemaal naar de artsen doorgeschakeld.

Verder kent de secretaresse ook opvallend veel onafgewerkte oproepen in de ochtend (rood). vermoedelijk zijn dit voor een groot deel niet urgente labo's of adviezen waarbij de secretaresse vraagt om op een later tijdstip terug te bellen omdat de artsen reeds te frequent werden onderbroken tijdens hun consultaties.

De artsen zelf kennen tijdens de werkdag een vrij gelijklopende telefoonbelasting met ook een kleine piek in de ochtend en namiddag. Zoals eerder vermeld, betreft hun functie vnl. het regelen van afspraken, het bespreken van laboresultaten en het geven van advies. Naar de middag/avond toe stijgt ook het aandeel onafgewerkte oproepen, vermoedelijk omdat men op dat ogenblik op de baan is of omdat de gewenst arts niet meer aanwezig is. Daarnaast constateerden we op de middag (12u tot 14u) een duidelijke piek in de groep 'ander' (niet weergegeven in figuur 5), vermoedelijk is dit het uitgelezen moment voor de artsen (gezien dan geen consultaties) om zelf contact op te nemen met de patiënten of in overleg te gaan met collega specialisten.

Onderstaande figuur 6 beschrijft de telefoonbelasting voor het bespreken van laboresultaten voor de verschillende artsen afzonderlijk in functie van het tijdstip en de dag van de week



Figuur 6: Telefoonbelasting voor het bespreken van laboresultaten per arts i.f.v. het tijdstip en de dag in de week.

Aan de hand van figuur 6 zien we dat Cassandra de grootste vraag naar het bespreken van laboresultaten ervoer op maandagvoormiddag (vrij evenredig verspreid), op dinsdag van 8 tot 10u en van 18 tot 20u en op vrijdag van 8 tot 10u en van 16 tot 18u. Sylvie kende de grootste vraag naar laboresultaten op maandag van 8 tot 10u en van 16 tot 18u, op dinsdag van 8 tot 10u en op woensdag tussen 10 en 12u. De HAIO had duidelijk veel minder laboresultaten te bespreken, met een kleine piek op donderdag van 10 tot 12u en op vrijdag rond de middag.

Bespreking:

Analyse van het huidige telefoonbeleid toont aan dat er zeker nog ruimte voor verbetering is.

Ten eerste wordt onmiddellijk duidelijk dat telefonische oproepen in het kader van het maken van afspraken de grootste groep vertegenwoordigt (42,8% van alle telefoontjes, overeenkomend met een telefoonbelasting van 37%). De secretaresse neemt hiervan het grootste deel voor haar rekening, maar toch worden de artsen nog voor een groot deel met deze administratieve taak belast (bijna 27% van alle oproepen die ze ontvangen dient tot het vastleggen van een afspraak). Een online agenda lijkt dus ook in deze praktijk een goede optie om het aantal (storende) telefonische oproepen te beperken.

Ten tweede merken we dat in bijna 10% van de telefonische oproepen wordt gevraagd naar een voorschrift of attest. Vooreerst is dit in strijd met het advies van het RIZIV en de Orde van Geneesheren

dat een voorschrift of attest niet kan worden afgeleverd zonder een consultatie[1] en bovendien zorgt dit naast de weergegeven telefoonbelasting voor een extra administratieve belasting. Alle artsen in deze praktijk beschouwen het tussendoor printen en tekenen van voorschriften dan ook als een significante verhoging van de subjectieve workload en als bron van frustraties. Daarom lijkt ook het aanpakken van deze telefonische verlengvoorschriften een goede optie om het aantal (storende) telefoons en de (subjectieve) werkbelasting te minimaliseren.

Ten slotte merken we dat de patiënten bellen wanneer ze willen (met een automatische piek in de ochtend en namiddag). Ze zijn doorgaans niet goed op de hoogte wanneer ze voor laboresultaten mogen/kunnen bellen of wanneer welke arts aanwezig is. Dit resulteert in veel onafgewerkte telefoontjes. Bovendien merken we dat de secretaresse voor een labo of advies steeds naar de artsen doorschakelt, maar dit in de ochtendpiek vaak uitstelt omdat de artsen reeds te veel tijdens hun consultaties werden gestoord (op die manier worden nog meer onafgewerkte telefoontje gecreëerd). In deze context worden de artsen veel gestoord tijdens hun consultaties voor labo's en adviezen en krijgt de secretaresse bovendien veel onbehandelbare telefoontjes. Een duidelijke communicatie over het telefoonbeleid en/of het inlassen van een (terugbel)telefoonhalfuurtje, lijkt voor zowel de secretaresse als de arts het aantal storende of onafgewerkte telefoons te kunnen terugdringen.

[1] Een voorschrift zonder consultatie met de arts is strijdig met de verplichting om op het voorschrift de naam en de voornaam te vermelden van de patiënt voor wie het voorschrift bestemd is zoals dit wordt opgelegd door artikel 2 van het Koninklijk besluit van 10 augustus 2005 houdens de vaststelling van de modaliteiten voor het voorschrift. De nationale raad van de Orde van Geneesheren stelde formeel dat zulks niet toegelaten is onder verwijzing naar het advies van deze raad van 19 augustus 2000 waarin bepaald werd dat elke voorschrift van geneesmiddelen het deel uitmaakt van een medische consultatie waarbij elk voorschrift aldus slechts kan slaan op een patiënt die de geneesheer tijdens een raadpleging heeft gezien.

INTERVENTIES

1) Online agenda:

Als eerste werd gestart met het introduceren van een nieuw online afsprakensysteem. Onze praktijk beschikte vooraf reeds over een online agenda, maar deze werd door een gebrek aan promotie en een enorm zwakke gebruiksvriendelijkheid niet door de patiënten benuttigd (er werd geen enkele consultatie online geboekt tijdens de eerste registratie). Een nieuwe online agenda drong zich dus op. Plots diende echter snel gehandeld te worden aangezien een laattijdige opzegging van de huidige agenda zou resulteren in een kleine financiële kater. Na een korte zoektocht naar en het vergelijken van enkele agenda's werd gekozen voor de online agenda van introlution. Tijdens de promotie van de online agenda werden de patiënten tijdens de consultaties verbaal aangespoord deze te gebruiken. Ter ondersteuning werden enkele posters opgehangen in de wachtzaal (zie bijlage 1) en bovendien werd er een folder met een stapsgewijze handleiding opgesteld om de twijfelaars over de streep te trekken (zie bijlage 2). Er werd (niet volledig in analogie met de gegevens in het voorgaande literatuuronderzoek) beslist op maandag 39%, op dinsdag 12%, op woensdag 18%, op donderdag 15% en op vrijdag 37,5% van de consultaties vrij te houden voor een boeking op de dag zelf. De vorige agenda kostte onze praktijk € 958,32 (incl. btw) op jaarbasis, terwijl de agenda van introlution met slechts € 743,44 (incl. btw, excl. eenmalige activatievergoeding) een besparing van € 214,88 op jaarbasis betekent.

2) Beperken telefonische verlengvoorschriften:

Enkele weken na het introduceren van de nieuwe online agenda, werd besloten om ook 'het probleem' van de voorschriften zonder consultaties aan te pakken. Dit werd gedurende een anderhalve maand ingeleid door bij elk voorschrift een aankondiging met de stopzetting hiervan toe te voegen (zie bijlage 4). Bovendien werd diezelfde aankondiging ook via een poster in de wachtzaal kenbaar gemaakt.
Onwetende of weerstandige patiënten werden een consultatie aangeboden, op de hoogte gebracht over het advies van de Orde Der Geneesheren en persoonlijk overtuigd. Onder de artsen werd een consensus bereikt over de minimale opvolgingsfrequentie van verschillende aandoeningen, gekoppeld aan een verhoogde aandacht om een voldoende hoeveelheid medicatie voor te schrijven. Daarnaast werd ook gepoogd de patiënt mede verantwoordelijk te stellen voor zijn of haar medicijnenreserve en gestimuleerd om tijdig een afspraak te maken (liefst online) of bij vroegtijdige consultaties om andere redenen zelf naar de medicatie te vragen.

3) Beluurtje:

Het aanpakken van de verlengvoorschriften zonder consultatie zorgde reeds snel voor een subjectieve werklastvermindering en bleek een goede stimulans om verder aan het telefoonbeleid te timmeren. Een algemeen eenduidig telefoonbeleid ligt in deze praktijk echter moeilijk, aangezien mijn collega's hun (van week tot week wisselende) vrije namiddagen prioritair stellen boven een transparant en eenvoudig beschikbaarheidsprofiel van de artsen. Er werd daarom geopteerd om per arts tijd te voorzien voor 2 labohalfuurtjes in de week in een poging om de telefonische oproepen in het kader van (niet dringende) laboresultaten te groeperen en zo ook het aantal storende en onafgewerkte oproepen tijdens de consultaties te beperken. De communicatie verliep enkel bij de patiënten die ook daadwerkelijk voor een labo-onderzoek kwamen, deze werden dan een kaartje meegegeven waarop staat welke arts ze idealiter op welk moment kunnen bereiken (zie bijlage 5). Om de bereikbaarheid van de praktijk te vrijwaren werd geopteerd om hiervoor een afzonderlijk nummer te gebruiken dat ook enkel op de aangegeven tijdstippen bereikbaar is. De momenten van de labohalfuurtjes werden per arts bepaald o.b.v. de persoonlijk voorkeur, doch rekening houdend met de huidige verdeling van de telefonische oproepen voor laboresultaten per arts (zie figuur 6). Zo werden er 6 belmomenten vastgelegd elke ochtend van 8u30 tot 9u00 en op vrijdagmiddag van 13u30 tot 14u00.

TWEEDE TELEFOONREGISTRATIE

Beschrijving & bespreking:

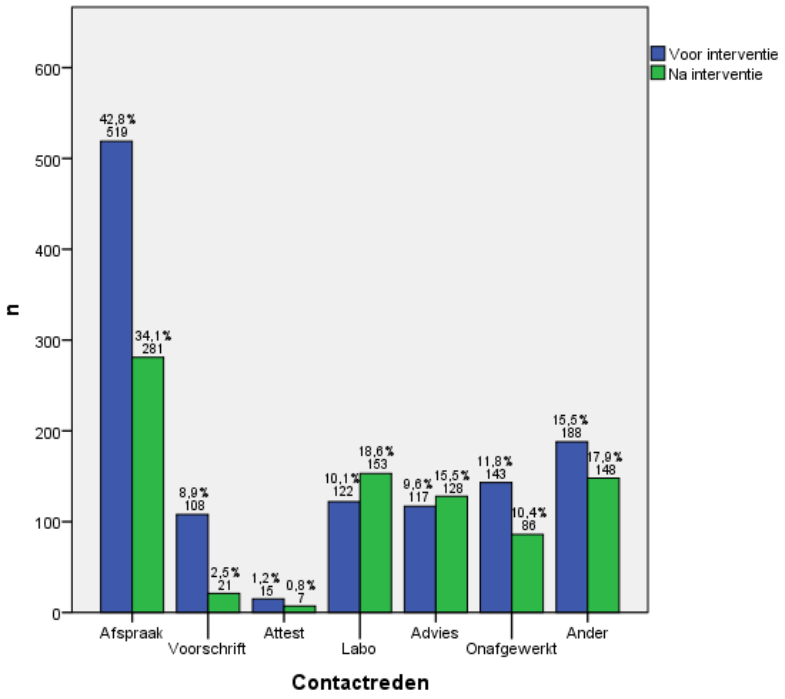
Voorafgaand aan het bespreken van de nameting dient rekening gehouden te worden met enkele opmerkingen die een vergelijking met de voormeting bemoeilijken:
Als eerste vond de voormeting plaats tijdens een relatief rustige periode in het voorjaar van 2014, terwijl de nameting in een (subjectief) drukkere periode werd uitgevoerd net na de influenzapiek van 2015. Dit werd onrechtstreeks opgedrongen door de regelgeving van de Manama (het wachten op de goedkeuring van het ethisch comité en het indienden vóór de deadline van 1 mei in het bijzonder).
Daarenboven startte halverwege de nameting door onvoorziene omstandigheden een nieuwe HAIO in onze praktijk. Ondanks enkele maatregelen die er genomen werden kan er moeilijk bepaald worden in welke mate deze plotse verandering een effect had op de telefoonregistraties. Daarnaast lijkt het niet geheel ondenkbaar dat de bijkomende tijdsinvestering in de paperassen en het wegwijs maken van de nieuwe HAIO tot een verminderde focus m.b.t. de telefoonregistraties kan leid hebben.
Daarnaast was de secretaresse tijdens de nameting enkel nog in de voormiddag aanwezig in tegenstelling tot de voormeting waar ze ook maandag- en dinsdagnamiddag werkte. Dit leidt vermoedelijk tot een relatief lagere telefoonbelasting voor de secretaresse en een hogere telefoonbelasting voor de artsen.

Tijdens de eerste meting in het voorjaar van 2014 werden 1454 oproepen geregistreerd. De tweede meting in 2015 telde slechts 1026 oproepen (zie figuur 9). Dit suggereert een reductie van 29.4% op de algemene telefoonbelasting binnen onze praktijk. Onderstaande analyse onderzoekt waar de grootste ontlasting zich bevindt en welke interventie(s) daartoe geleid zou(den) hebben.

Figuur 7 visualiseert het aantal telefonische oproepen, per contactreden, die werden gepleegd voor en na de interventies met correctie voor interne doorschakeling.
Op het eerste zicht lijkt het invoeren en stimuleren van de online agenda, met een reductie van 45,8% in het aantal telefonische oproepen tot het maken van een afspraak (n = 519 (vóór) versus n = 281 (na)), zijn effect niet gemist te hebben. Daarnaast is ook het effect van de beperking op de telefonische herhaalvoorschriften vlug zichtbaar via het verminderde aantal oproepen voor voorschriften en attesten met respectievelijk 80,5% (n = 108 (vóór) versus n = 21 (na)) en 53,3% (n = 15 (vóór) versus n = 7 (na)).
Anderzijds constateren we een lichte toename in het aantal telefonische oproepen voor het bespreken van laboresultaten of het vragen van advies. Dit zou kunnen toegeschreven worden aan een mogelijk verschil in werkdrukte tussen beide registratieperiodes. Daarnaast kan dit, in combinatie met de

waargenomen daling van het aantal oproepen gecatalogeerd onder 'ander', ook het gevolg van een betere specificering van de registraties zijn (cfr. analyse voormeting, fig. 2a)

Ten slotte zakte het aantal onafgewerkte telefoons van n = 143 voor de interventie tot n = 86 na de interventie (daling van 39,8%). Vermoedelijk kan dit verklaard worden door de duidelijkere communicatie m.b.t. de telefonische beschikbaarheid d.m.v. de labohalfuurtjes.

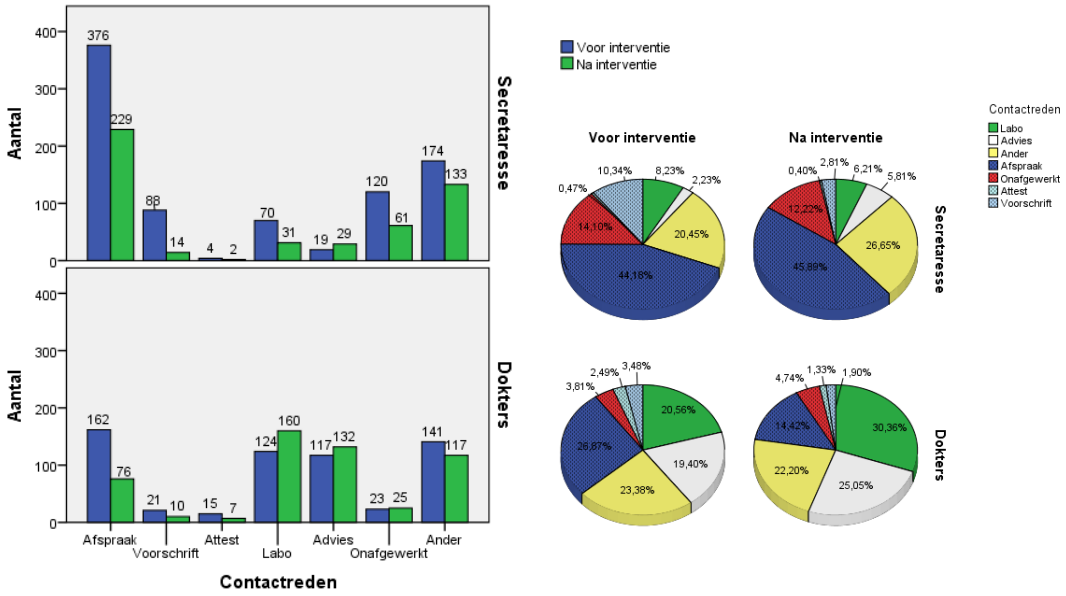


Figuur 7: Absoluut aantal telefonische oproepen per contactreden vóór (blauw) en na (groen) de registratie, gecorrigeerd voor interne doorschakeling

Figuur 8 toont de absolute (bargrafiek) en relatieve (taartdiagram) telefonische tijdsbesteding per contactreden vóór en na de interventies, voor artsen en secretaresse afzonderlijk, zonder correctie voor interne doorschakeling.

De secretaresse ervoer een algemene daling van de telefonische workload met 41,4% (n = 851 (vóór) versus n = 499 (na), cfr. figuur 9). Dit is in analogie met figuur 7, waar een duidelijke daling van 39.1% in het aantal telefonische oproepen voor het maken van afspraken zichtbaar was. Daarnaast bemerken we, in vergelijking met de eerste meting, een daling van het aantal telefonische labobesprekingen (die normaliter naar de artsen doorgeschakeld worden (cfr. figuur 4)), en een verminderd aantal onafgewerkte telefoons (respectievelijk 55.7% en 49,2% minder). Ongetwijfeld kadert de algemene workloadvermindering van de secretaresse deels binnen haar verminderd aantal gepresteerde werkuren. Daarnaast draagt vermoedelijk ook de invoering van het belhalfuurtje hier toe bij. Hierdoor zijn de artsen namelijk rechtstreeks bereikbaar en hoeft de secretaresse niet door te schakelen. Een

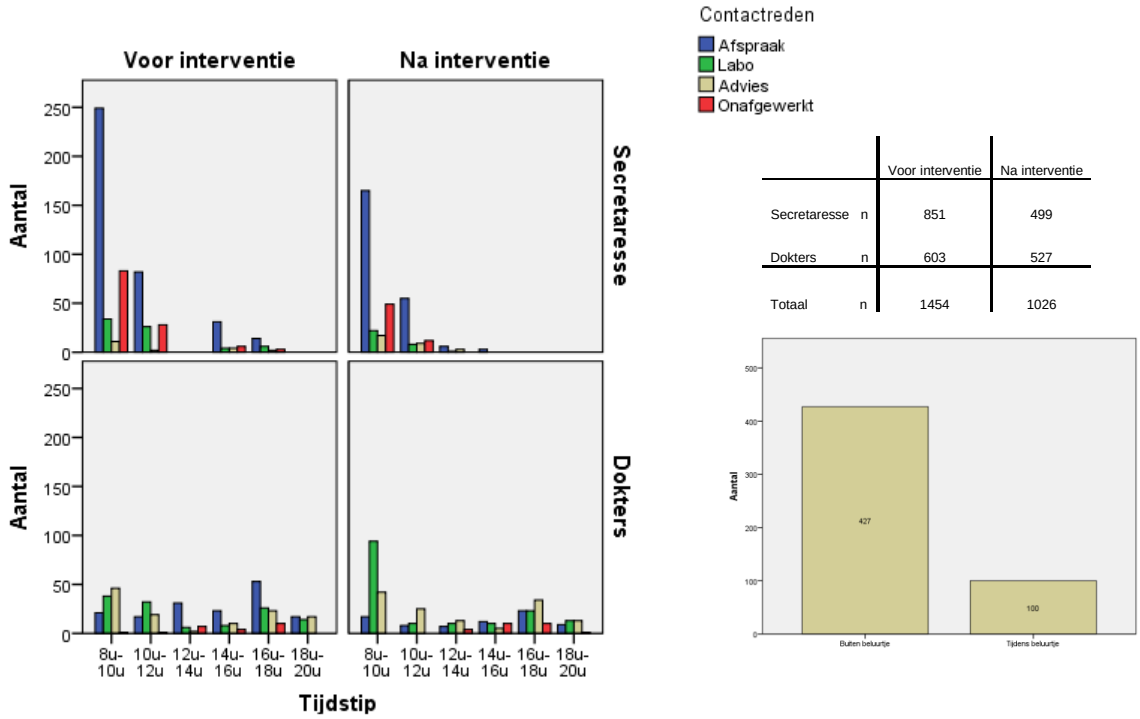
tweede voordeel van de labohalfuurtjes is de daling van het aantal telefonische onderbrekingen tijdens de consultaties. Hierdoor is de secretaresse minder geneigd patiënten te laten terugbellen op een ander moment (zie ook figuur 9). Het telefonisch advies daarentegen kende een stijging van 52,6%.
Los van de gedaalde telefonische workload bleef de relatieve tijdsbesteding van de secretaresse grotendeels gelijk. Zo besteedt ze net als tijdens de eerste meting nog steeds ± 45% van haar tijd aan het vastleggen van afspraken (cfr. figuur 8 taartdiagram).



Figuur 8: Absolute (bar) en relatieve (taartdiagram) telefoonbelasting per contactreden vóór en na de interventies, voor secretaresse en artsen afzonderlijk, zonder correctie voor interne doorschakeling

De artsen beantwoordden 53% minder oproepen voor het maken van afspraken enerzijds (n = 162 (vóór) versus n = 76 (na)) en 52,7% minder oproepen voor het klaarleggen van voorschriften of attesten anderzijds (n = 36 (vóór) versus n = 17 (na)). Het aantal onafgewerkt oproepen bleef stabiel en de oproepen in het kader van laboresultaten en adviezen stegen licht.
De algemene telefonische workload van de artsen reduceerde op deze wijze met 'slechts' 12,6% (n = 603 (vóór) versus n = 527 (na), zie figuur 9 (tabel)). Echter, door de relatieve reductie van het aantal telefonische afspraken van 26,9% naar 14,4% werd de administratieve telefonische belasting van de artsen (figuur 8 gearceerd in taartdiagram) gereduceerd tot minder dan ¼e van hun totale telefonische tijdsbesteding.

Figuur 9 toont de verdeling van de werkbelasting in functie van de dag. Ze bevestigt de afwezigheid van de secretaresse in de namiddag tijdens de 2e meting. Zoals beschreven in figuur 7 is ook hier, naast de daling in het aantal oproepen voor het maken van afspraken, een opvallende daling in het aantal onafgewerkte oproepen zichtbaar.



		Voor interventie	Na interventie
Secretaresse	n	851	499
Dokters	n	603	527
Totaal	n	1454	1026

Figuur 9: aantal telefonische oproepen per contactreden (voorschrift, attest en ander niet mee beschouwd) i. f. v. het tijdstip, voor en na de interventies voor dokters en secretaresse afzonderlijk (links), vereenvoudigde overzichtstabel van het aantal oproepen voor artsen en secretaresse (tabel) en het aantal oproepen die de artsen tijdens de nameting pleegden i. f. v. het beluurtje (rechts)

De artsen kenden een duidelijke shift in de telefoonbelasting. Hun aantal telefonische labobesprekingen tussen 8u00 en 10u00 verdubbelde in vergelijking met de eerste meting. Dit tijdstip komt overeen met het moment van de belhalfuurtjes die elke ochtend plaatsvinden tussen 8u30 en 9u00. Ondanks de afwezigheid van de secretaresse lijkt de telefoonbelasting in de namiddag dus verminderd t.o.v. de eerste meting. Verder zien we dat 19% van alle oproepen die door de artsen gebeurden tijdens een belhalfuurtje plaatsvonden (n = 427 (buiten beluurtje) versus n = 100 (tijdens beluurtje), cf. figuur 9 (rechts)). Dit zorgt er voor dat de artsen tijdens de 2^{e} meting, naast de daling van 12,6% in het totaal aantal telefoons (zie eerder), 29,2% minder telefonische onderbrekingen ervoeren dan tijdens de 1^{e} meting (n = 603 (vóór) versus n = 427 (na, buiten beluurtje)).

CONCLUSIE

Analyse van de telefoonregistratie na het sequentieel invoeren van een online agenda, het beperken van telefonische verlengvoorschriften en het inlassen van dagelijkse belhalfuurtjes toont enkele opvallende resultaten.

Als eerste constateren we een opvallende reductie in het totaal aantal telefonische oproepen met 29,4%. Deze reductie bestaat voor het grootste deel uit een forse daling van zowel het aantal telefonische afspraken als het aantal telefonische verlengvoorschriften met respectievelijk 45,8% en 80,5% in vergelijking met de voormeting. Dit lijkt een duidelijk gevolg van de invoering van de online agenda en het afschaffen van de telefonische verlengvoorschriften en resulteerde voornamelijk voor de secretaresse in een forse telefonische werkontlasting (met 41,4%).

De artsen ervoeren een algemene telefonische werkontlasting van 'slechts' 12,6%. Echter, door het invoeren van het labohalfuurtje werden de oproepen beter gegroepeerd zodat ze toch 29,2% minder (telefonisch) 'onderbroken' werden dan voorheen. Bovendien zakte, door de sterke reductie van het aantal telefonische afspraken, hun administratieve telefonische belasting tot onder ¼^{e} van de totale telefoonbelasting.

De secretaresse kon vlotter doorschakelen naar de artsen, waardoor het aantal onafgewerkte oproepen drastisch daalde. Dit is op zijn beurt bevorderlijk voor de bereikbaarheid van de praktijk en verhoogt de tevredenheid van de patiënten (5).

Bovenstaande interventies bleken daarenboven, na een beknopte vergelijking van de facturen, kostenbesparend .

Aanvullend dient gemeld te worden dat de resultaten van dit project in zijn huidige vorm onderhevig zijn aan verschillende variabelen zoals de eerder beschreven veranderde werkomstandigheden (cfr. fluctuaties in werkdruk, extra HAIO en verminderde prestaties secretaresse), maar ook aan meer ongekende en moeilijk meetbare variabelen zoals de (verminderde) aandacht bij de registraties, e.a.

Desondanks zorgden de interventies voor een sterk gedaalde objectieve en subjectieve (telefonische) werklast voor zowel arts als secretaresse. Daarom beschouwen we dit als een geslaagd praktijk-verbeterend project.

BIBLIOGRAFIE

1. O'Connor R, Barry N, Dempsey R. Interruptions in general practice. Ir Med J. 2007;100(9):582-3.

2. Hallam L. Patient access to general practitioners by telephone: the doctor's view. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 1992;42(358):186-9.

3. Kemper I. Masterproject: Onderzoek naar de telefoonbelasting in de huisartspraktijk. België: KU Leuven; 2008.

4. Tavernier F. Introductie van een online afsprakensysteem in de huisartspraktijk: invloed op de telefoonbelasting in een groepspraktijk. België: Universiteit Gent; 2012.

5. Hallam L. Access to general practice and general practitioners by telephone: the patient's view. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 1993;43(373):331-5.

6. Dearden A, Smithers M, Thapar A. Interruptions during general practice consultations--the patients' view. Fam Pract. 1996;13(2):166-9.

7. de Groot RA, de Haan J, Bosveld HE, Meyboom-de Jong B. De telefoon: wat gaat er fout? Huisarts & Wetenschap. 2001;44(16-17).

8. de Groot RA, de Haan J, Bosveld HE, 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. Fam Pract. 2002;19(5):516-9.

9. de Groot RA, de Haan J, Bosveld HE, Meyboom-de Jong B. Het terugbelspreekuur van de huisarts: de gevolgen voor de praktijkassistente. Huisarts & Wetenschap. 2001;44(13):624-5.

10. Verschelde J. Het online afsprakensysteem: een evaluatie. België: Universiteit Gent; 2008.

11. Daems K. Kan een online afsprakensysteem de telefoondruk doen dalen? België2006.

12. Cohen HR, Garwood H, Seaby C. Intervention to reduce telephone prescription requests. Can Fam Physician. 1997;43:1952-7.

13. Van Puymbroeck L. Het bestuderen van voorschriften geleverd buiten het arts-patiëntencontact. België: Universiteit Gent; 2013.

14. Woodcock EW. Improving patiënt care: are irrational office procedures contributing to your phone problem? Fam Pract Manag. 2002;8(9):53-4.

15. Torrey B. Getting the most from your phone system. Fam Pract Manag. 2001;2(8):21-6.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Aankondiging online afspraken

Huisartsenpraktijk De Meidoorn
Stationsstraat 7 – 9860 Oosterzele – Tel: 09 252 26 27 – Fax: 09 362 41 14 – de_meidoorn@telenet.be



Beste patiënt(e),

Wist u dat u ook **ONLINE** zelf uw **AFSPRAAK** kan maken bij uw arts?

Sinds kort werken wij met een nieuw en gebruiksvriendelijk online afsprakensysteem.
Hierbij krijgt u een overzicht van de beschikbare plaatsen bij alle artsen en kan u op elk moment van de dag een afspraakmoment boeken.
Op die manier kan u dit gemakkelijk(er) in uw eigen agenda inplannen en bovendien zorgt dit voor minder telefonische onderbrekingen tijdens de consultaties.

Neem gerust een **folder** mee of vraag er één aan Tine.
Deze folder helpt je stap voor stap een online afspraak te maken.

Veel succes,
Huisartsenpraktijk De Meidoorn

Bijlage 2: Folder online afspraken

Huisartsenpraktijk De Meidoorn



HOE MAAK IK
ONLINE EEN AFSPRAAK?
Stap voor stap

1

Onze website vind je op:
http://websites.mijndokter.be/demeidoorn/
(Of het 1e resultaat via "de meidoorn oosterzele" op google)

2

Klik op "maak hier online een afspraak"



3

Bent u een gekende patiënt in de praktijk en maakt u voor het eerst een online afspraak, dan is uw **gebruikersnaam**: "naamvoornaam"
(bvb U heet Greet Van De Walle, dan is uw gebruikersnaam: vandewallegreet)

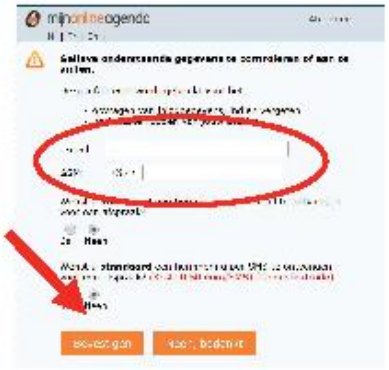
En uw **wachtwoord**:
"geboortedatum"(enkel cijfers)
(bvb U bent geboren op 01/02/1965, dan is uw wachtwoord: 01021965)

klik vervolgens op "aanmelden"



4

Vervolgens wordt u gevraagd enkele gegevens aan te vullen of te bevestigen (e-mail, gsm, ...)



5

Bij het eerste gebruik van de agenda zal u gevraagd worden het wachtwoord te wijzigen!



De volgende keer dat u inlogt in de agenda, dienen 4 en 5 niet opnieuw uitgevoerd te worden en gebruikt u het nieuw gekozen wachtwoord. Uw gebruikersnaam blijft uw naam en voornaam aan elkaar geschreven!

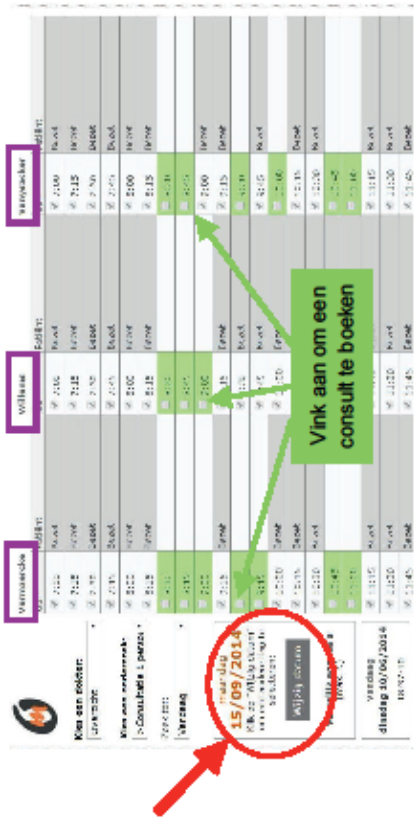
6

Eens u bent ingelogd,
wordt u gevraagd een keuze te maken tussen de verschillende soorten consultaties en klikt u op "doorgaan".
(Dit is belangrijk omdat zo de benodigde tijd kan worden ingeschat!)



7

Nu krijgt u een overzicht per arts:
de beschikbare plaatsen staan in het groen
en kunnen ingevuld worden door het daarvoor voorziene vakje aan te vinken



De datum staat standaard op de datum van vandaag, maar kan worden gewijzigd via "wijzig datum"

8

Eens het gewenste tijdstip aanvinkt, wordt u gevraagd dit te "bevestigen".

U kan ook nog een specifieke reden doorgeven,
(deze is achteraf enkel voor u en de artsen zichtbaar)
bovendien kan u ook aanvinken om via e-mail herinnerd te worden.



Na deze bevestiging is de afspraak gemaakt!

U kan deze later ook online steeds verplaatsen of annuleren. Natuurlijk kan u bij problemen of vragen nog steeds telefonisch bij ons terecht.

Bijlage 3: Registratieformulieren

Voor/Na interventie Week: 1 / 2 / 3 , Dag: ma / di / woe / do / vrij (datum: .....), Persoon: Secretaresse

Secretaresse AANWEZIG!!!!!!

Reden:	Rechtstreeks						Doorgeschakeld dr secretaresse	Doorgeschakeld dr arts						Zelf doorgeschakeld.					
	8-10u	10-12u	12-14u	14-16u	16-18u	18-20u		8-10u	10-12u	12-14u	14-16u	16-18u	18-20u	8-10u	10-12u	12-14u	14-16u	16-18u	18-20u
Afspraak:																			
Voorschrift:																			
Attest:																			
Labo:																			
Advies:																			
Onafgewerkt																			
Ander...:																			

Voor/Na interventie Week: 1 / 2 / 3 , Dag: ma / di / woe / do / vrij (datum: .....), Arts: .....

Secretaresse AANWEZIG!!!!!!

Reden:	Rechtstreeks	Doorgeschakeld dr secretaresse						Doorgeschakeld dr arts						Zelf doorgeschakeld.					
		8-10u	10-12u	12-14u	14-16u	16-18u	18-20u	8-10u	10-12u	12-14u	14-16u	16-18u	18-20u	8-10u	10-12u	12-14u	14-16u	16-18u	18-20u
Afspraak:																			
Voorschrift:																			
Attest:																			
Labo:																			
Advies:																			
Onafgewerkt																			
Ander...:																			

Secretaresse AFWEZIG!!!!!!

Reden:	Rechtstreeks						Doorgeschakeld dr secretaresse	Doorgeschakeld dr arts						Zelf doorgeschakeld.					
	8-10u	10-12u	12-14u	14-16u	16-18u	18-20u		8-10u	10-12u	12-14u	14-16u	16-18u	18-20u	8-10u	10-12u	12-14u	14-16u	16-18u	18-20u
Afspraak:																			
Voorschrift:																			
Attest:																			
Labo:																			
Advies:																			
Onafgewerkt																			
Ander...:																			

Bijlage 4: Aankondiging stopzegging telefonische verlengvoorschriften

“Om een goede opvolging van uw gezondheid te verzekeren willen we het klaarleggen van voorschriften in de inkomhal in de toekomst beperken. We zullen u tijdens een consult voldoende voorschriften meegeven tot aan het volgende consult. Ook voor het klaarleggen van attesten en formulieren is het noodzakelijk om op consultatie te komen. Je arts mag enkel attesten schrijven die stroken met de waarheid. Attesten met terugwerkende kracht zijn verboden en dus onmogelijk.

Bijlage 5: Aankondiging beluurtje

“Huisartsenpraktijk de meidoorn

Bespreken van onderzoeksresultaten of advies van één van de artsen

Tel 09/362 95 53

Dr. Vermaercke: dinsdag en vrijdag van 8u30 tot 9u00

Dr. Willems: maandag en donderdag van 8u30 tot 9u30

Dr. Vanysacker: woensdag van 8u30 tot 9u00 en vrijdag van 13u30 tot 14u00”

Bijlage 6: protocol en goedkeuring commissie medische ethiek

"Achtergrond": Het betreft een duo praktijk (plus HAIO) waar in de voormiddag gewoonlijk alle artsen (3) aanwezig zijn alsook een secretaresse. Wij merken echter dat we tijdens de huisbezoeken 's middags en de avondconsultaties (met slechts 1 tot 2 artsen en geen secretaresse) frequent gestoord worden door de telefoon.
Naar ons gevoel staat dit ons als arts een optimale consultvoering in de weg. Het maakt het moeilijker om bij de les te blijven en de concentratie te bewaren.
Daarnaast ondervinden we dat ook sommige patiënten dit als storend ervaren.

"Plan": Door middel van een literatuuronderzoek zal worden nagegaan wat de houding is van patiënten en artsen ten opzichte van telefonische onderbrekingen tijdens de consultaties, alsook wat de opties zijn om deze te vermijden.
Vervolgens zal de huidige telefonische belasting worden ingeschat door het aantal, het moment en de reden van de telefonische onderbrekingen te registreren via bijgevoegd registratieformulier (volledig anoniem).
Eventueel aangevuld met een visgraatanalyse zal binnen onze praktijk worden gepoogd een adequate interventie te identificeren en op te starten. deze interventie betreft geen actieve (medische) tussenkomst bij de patiënt zelf, maar eerder een beleidsaanpassing binnen ons praktijkfunctioneren (bijvoorbeeld de introductie van een online afspraken systeem, werken met een terugbelspreekuur, gebruik maken van een antwoordapparaat, …). Deze beleidsaanpassing zal dan vervolgens via een informatiecampagne naar de patiënten toe gecommuniceerd worden.

"Do": Na het selecteren van 1 of meerdere interventies/beleidsaanpassingen zal worden gepoogd de patiënten hier zo goed mogelijk van op de hoogte te brengen.
Deze campagne zal gevoerd worden door middel van een powerpoint presentatie welke zal worden afgespeeld in de wachtzaal, er zullen flyers aan de patiënten worden meegegeven.
en er zal van elke mogelijkheid gebruikte gemaakt worden om via verbale communicatie ons beleid te promoten.
Het is hierbij niet de bedoeling praktijkvreemde patiënten te informeren, maar is het enkel de bedoeling de eigen patiënten te sensibiliseren.

"Check": Vervolgens zal opnieuw een gelijkaardige registratie gebeuren zodoende een eventueel daling in het aantal telefonische onderbrekingen te kunnen constateren.

"Act: Afhankelijk van het resultaat kan gekeken worden of er verdere aanpassingen nodig zijn.

Universitair Ziekenhuis Gent

Afz: Commissie voor Medische Ethiek (UZP074)

UNIVERSITEIT GENT

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

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

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

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**
	2014/0377	10-apr-14	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
"Hou je dokter niet aan het lijntje."
Hoe kunnen we de telefonische onderbrekingen tijdens de consultaties beperken? MAnaMA Jens Vanysacker

Belgisch Registratienummer: B670201420807

* Adviesaanvraagformulier (versie 1, dd. 31/03/2014) (volledig ontvangen dd. 02/04/2014)
* Registratieformulier (versie 1)dd. 26/03/2014

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 10/04/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 10/04/2015, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON, 10/04/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 10/04/2015, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**

**THIS ADVICE APPEARS IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/04/2014
DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 15/04/2014**

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

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

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@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**
	2014/0377	10-apr-14	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2014/0377

- *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)*

T.O.V.

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

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

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be