Optimaliseren van (telefonisch) medisch advies, meedelen van resultaten van labo en medische beeldvorming.

Organisatorische aanpak in de opleidingspraktijk.

Gert Steel , Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent
Praktijkopleiders: Dr. Pierre Van Maele, Dr. Marianne Kok

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar 2015-2016

Optimaliseren van (telefonisch) medisch advies, meedelen van resultaten van labo en medische beeldvorming.

Organisatorische aanpak in de opleidingspraktijk.

Inhoudstafel

ABSTRACT 1

INLEIDING EN LITERATUURONDERZOEK 2

METHODE 4

Construeren van een optimale vragenlijst (pre-testfase) 4

Observeren en analyseren van de huidige manier van werken 5

Verkennende literatuurstudie over de organisatorische aspecten van meedelen van klinische onderzoekingen 5

Opstellen van een veranderplan om het meedelen van onderzoeken te verbeteren 6

Het veranderplan implementeren in de opleidingspraktijk en daarna evalueren 6

RESULTATEN 7

Laboratorium resultaten 7

Resultaten medische beeldvorming 10

Medisch advies 10

DISCUSSIE 11

De terugbelafspraak, een systeem voor het meedelen van labo resultaten 11

Resultaten van medische beeldvorming, een complexe zaak 14

Medisch advies, kan de secretaresse hulp bieden ? 15

CONCLUSIE 15

REFERENTIELIJST 17

BIJLAGE 18

Bijlage 1. Tabellen en figuren 18

Bijlage 2. Informed consent 22

Bijlage 3. Vragenlijst semigestructureerde interviews (versie 30 november) 23

Bijlage 4. Protocol en goedkeuring ethisch comité 25

Abstract

Optimaliseren van (telefonisch) medisch advies, meedelen van resultaten van labo en medische beeldvorming. Organisatorische aanpak in de opleidingspraktijk.

Huisarts-in-opleiding: Gert Steel (Katholieke Universiteit Leuven)

Promotor: Prof. Dirk Avonts (Universiteit Gent)

Praktijkopleider: Dr. Pierre Van Maele, Dr. Marianne Kok

Context: De telefoon in de huisartsenpraktijk is enerzijds een onmisbaar en handig werkinstrument maar anderzijds een bron van frustratie. In de opleidingspraktijk, een groepspraktijk met een fulltime secretariaat, website, tekstmelder en een online afsprakensysteem bleef de perceptie bij de artsen dat de consultatie te vaak telefonisch onderbroken werd.

Onderzoeksvraag: Het doel van dit kwaliteitsverbeterend praktijkproject is het optimaliseren van telefonisch medisch advies, meedelen van resultaten van labo en medische beeldvorming in de opleidingspraktijk. Het gewenste resultaat is dat de artsen subjectief minder gestoord worden tijdens de consultatie wat leidt tot een grotere tevredenheid bij de artsen.

Methode: Vooreerst werd een verkennend literatuuronderzoek verricht. Daarna werd de visie en mening van de artsen in de opleidingspraktijk geëxploreerd op een kwalitatieve manier, aan de hand van semigestructureerde interviews. De vragenlijst werd opgesteld en getest door middel van interviews bij drie HAIO's. Via de resultaten van het literatuuronderzoek en de interviews werd een veranderplan opgesteld. Dit veranderplan werd voorgesteld tijdens een gezamenlijk groepsoverleg en geïmplementeerd voor anderhalve maand. Een eindevaluatie van dit veranderplan gebeurde door interviews en een gezamenlijk groepsoverleg.

Resultaten: Een variant van het terugbelspreekuur, de terugbelafspraak, is met behulp van het literatuuronderzoek en de semigestructureerde interviews, samengesteld voor de opleidingspraktijk. Na de implementatie wordt dit systeem door alle artsen positief bevonden. Het grootste voordeel is dat de artsen subjectief minder telefonisch gestoord worden tijdens de consultatie. Een blijvend nadeel van het systeem is de onbereikbaarheid van de patiënt. Dit systeem, dat oorspronkelijk uitgedacht was voor het meedelen van laboresultaten, blijkt evenzeer een handig instrument voor het plannen van niet dringend medisch advies en het telefonisch bespreken van resultaten van medische beeldvorming. Er is beslist in de praktijk dat het medisch secretariaat niet kan tussenkomen voor het meedelen van normale laboresultaten, maar wel kan helpen bij de triage van medisch advies. Een stroomdiagram is opgesteld.

Conclusie: Mede door het groeiend aantal groepspraktijken moet de huisarts steeds vaker als manager van de praktijk optreden. Een grondige analyse van de mening en wensen van alle partijen in de praktijk, is onontbeerlijk. De terugbelafspraak zorgt in de onderzochte groepspraktijk voor een subjectieve daling van de telefoondrukte. Verder onderzoek in verschillende (groeps)praktijken is nodig om uit te maken of de terugbelafspraak hier ook zijn nut kan bewijzen.

E-mail: gertsteel@hotmail.com

Inleiding en literatuuronderzoek

De telefoon in de huisartsenpraktijk is enerzijds een onmisbaar en handig werkinstrument maar anderzijds een bron van frustratie. Het is deze frustratie die aanleiding gaf tot dit praktijkverbeterend project in de opleidingspraktijk.

De praktijk bestaat uit een halftijds en drie voltijds werkende artsen en een HAIO. Daarnaast is er een fulltime secretariaat, bemand door twee secretaresses die elk halftijds werken. Er bestaat een online afsprakensysteem waarbij de patiënten, na het registreren van hun gegevens (naam, voornaam, adres, telefoonnummer), een afspraak online kunnen boeken. Alle telefonische oproepen worden telkens beantwoord door een secretaresse. Indien de wachttijd even oploopt wordt een tekstmelder afgespeeld, waarbij gevraagd wordt om nog even aan de lijn te blijven omdat alle lijnen op dat moment bezet zijn. Tussen 12u en 15u kan de telefoon worden doorgeschakeld naar een arts (beurtrol) bij dringende oproepen. De patiënt krijgt een bandje te horen met het verzoek om na 15u terug te bellen of om op het cijfer 1 te drukken waarna hij doorgeschakeld wordt naar één van de artsen.

Ondanks al deze aanpassingen was er een algemene perceptie bij de artsen dat de consultatie nog (te) vaak onderbroken werd, wat voor frustraties zorgde voor zowel de arts als vermoedelijk ook de patiënt.

Verschillende voorgaande masterproeven (vijf) zijn in het verleden al op zoek gegaan naar manieren om de telefoondrukte in de huisartsenpraktijk te verminderen. Bij verschillende telefoonregistraties in deze masterproeven zijn een aantal algemene trends naar voor gekomen die vergeleken werden met de literatuur. Uit onderzoek in Vlaamse en Nederlandse huisartsenpraktijken blijkt dat bijna de helft van de telefonische oproepen bedoeld zijn om een consultatie of een huisbezoek aan te vragen (1–3). Gemiddeld gezien dienen 40% van de oproepen voor het boeken van een consultatie, terwijl ongeveer 10% over het aanvragen van een huisbezoek gaat (Tabel 1). Op de derde plaats komt het meedelen van laboresultaten, daarna telefonisch advies en op de laatste plaats komen de resultaten van medische beeldvorming en het aanvragen van een herhaalvoorschrift. Op maandag worden de meeste telefoons geregistreerd. Dit aantal daalt naarmate de week vordert. Er is ook een verschil in uur : zo zijn de drukste momenten tussen 8u-10u en 18u-20u (2,4). Toch verschillen deze cijfers van praktijk tot praktijk. Uiteraard is een belangrijke oorzaak hiervan de grote heterogeniteit tussen de onderzochte praktijken, gaande van een solopraktijk met een HAIO tot een groepspraktijk met HAIO en een fulltime secretariaat (5). In twee masterproeven wordt er een onderscheid gemaakt tussen relevante en irrelevante telefoonoproepen (1,2). Een irrelevante oproep behoeft geen tussenkomst van een arts, bijvoorbeeld een aanvraag voor een huisbezoek of het maken van een afspraak, terwijl relevante oproepen dit wel nodig hebben. Relevante oproepen bestaan uit oproepen voor medisch advies, labo-uitslagen, beeldvormingsuitslagen en voorschriften of attesten. Dr. F. Taverniers merkte op dat er ongeveer 50 % relevante en ongeveer 50% irrelevante oproepen zijn in zijn huisartsenpraktijk (1). Terwijl de irrelevante oproepen eerder ’s morgens gebeuren, worden er na 16u meer relevante oproepen geregistreerd. In de praktijk waar Dr. F. Taverniers zijn registratie deed, viel ook op dat telefonische oproepen voor de resultaten van laboratorium uitslagen het meest frequent tussen 18 en 20u vielen. Uiteraard gaat dit om een registratie in één praktijk en mag dit resultaat niet veralgemeend worden.

Uit onderzoek blijkt dat frequente telefonische oproepen tijdens de consultatie niet alleen vervelend zijn voor de arts, maar ook voor sommige patiënten. Zo vond men dat 20% van de patiënten een negatief effect ervaart door een onderbreking van de consultatie en dat 40% van de patiënten vindt dat de storing beter niet had plaats gevonden (6). Alhoewel de meerderheid van de patiënten een onderbreking van de consultatie niet storend vindt, hebben meer dan de helft van de onderzochte patiënten de mening dat het onderwerp van de onderbreking niet belangrijk was. Dr. Frans Nieuwoudt vond gelijkaardige cijfers : 87% van de patiënten vindt een telefonische onderbreking geen probleem en 90% van de patiënten ondervinden geen invloed op het vervolg van de consultatie (4). Daarnaast blijkt dat 72,2% van de patiënten vindt dat de arts beschikbaar moet zijn voor medisch advies en 64% voor een testresultaat. Algemeen kan dus gesteld worden dat de ruime meerderheid van de patiënten een telefonische oproep tijdens de consultatie kan verdragen, maar dat ze dan ook snel te woord gestaan willen worden als ze zelf bellen. Zo vond Dearden et al. dat 56% van de patiënten binnen de minuut te woord gestaan wil worden (6).

Ook Dr. A. Van der Vennet trachtte in haar masterproef voor het roodgloeiend telefoongerinkel in haar opleidingspraktijk, een oplossing te vinden (5). In haar conclusie formuleerde ze enkele oplossingen om de frustraties te doen verminderen. Een eerste belangrijke suggestie was om de patiënt goed te informeren via folders of websites. Op die manier kan de patiënt goed weten wanneer hij kan bellen voor medisch advies, voor een huisbezoek of om resultaten op te vragen. Een volgende oplossing die door haar is geformuleerd is het gebruik van een antwoordapparaat. Hierbij krijgt de patiënt een keuzemenu te horen waarbij hij kan kiezen tussen het aanvragen van een huisbezoek, consultatie, boeken van een consultatie, enz.… . Een andere voorgestelde optie is een telefoon-of praktijkassistent waarbij deze laatste naast het boeken van huisbezoeken of consultaties ook hulp kan bieden voor het meedelen van normale resultaten. Dr. Dewingaerden maakt hierbij de kanttekening dat een telefoonassistent minder zinvol is in een huisartsenpraktijk zonder afsprakensysteem, maar zegt ook dat 2/3 van de telefonische oproepen eigenlijk afgehandeld kan worden door iemand anders dan de arts. Een online afsprakensysteem kan zeker een oplossing bieden om het aantal telefonische oproepen te beperken. Dit toont dr. F. Taverniers aan in zijn masterproef waarbij het aantal oproepen na de introductie van een online afsprakensysteem tot 9% kan dalen (Tabel 1).

Een andere manier om het telefoongerinkel te verminderen is het gebruik van email communicatie. Uit een systematic review blijkt dat dit heden ten dage frequent gebruikt wordt in de Amerikaanse setting bij zowel huisartsen als specialisten (7). Grimes et al. concludeerde in zijn studie dat US-mail voor zowel de patiënt als de arts de voorkeur geniet voor het meedelen van normale resultaten (8,9). Tegenstanders van het gebruik van email communicatie stellen de confidentialiteit in vraag, daarnaast drukken ze ook hun ongerustheid uit over het tijdsintensieve karakter en de werklast die dit met zich meebrengt (7). In de literatuur werden geen Vlaamse studies teruggevonden die het mededelen van resultaten via mail beoordelen.

Er bestaan verschillende methodes in een huisartsenpraktijk om de resultaten van labo uitslagen en medische beeldvorming mee te delen aan de patiënt; de patiënt belt de arts op, de arts belt de patiënt op, geen nieuws is goed nieuws, de patiënt komt op consultatie, enz. … . Een specifiek systeem is het telefoon(half)uurtje, een systeem dat vooral in Nederland

gebruikt wordt. Bij dit systeem is de arts per dag een uur of een half uur beschikbaar om de resultaten per telefoon mee te delen aan de patiënt. De patiënt kan op deze afgesproken momenten de arts bereiken. Dr. R.A. De Groot formuleerde in 2001 hierbij zijn bedenkingen en introduceerde een systeem waarbij de arts zelf de patiënten terugbelde op een op voorhand afgesproken moment : het terugbelspreekuur (10). Meer bepaald gaat de arts telkens hij bloed afneemt of een voorschrift voor medische beeldvorming opmaakt, een moment afspreken met de patiënt wanneer hij de resultaten telefonisch zal bespreken. Dit systeem ziet er veelbelovend uit en vormt een uitgangspunt voor dit onderzoek.

In de opleidingspraktijk bestaat er geen uniform afsprakensysteem voor het meedelen van resultaten van labo-uitslagen of medische beeldvorming. Ook zijn er geen afspraken rond het verlenen van medisch advies. Elke arts gebruikt een eigen systeem. Deze masterproef heeft als doel om de mening en de wensen van elke arts in kaart te brengen, om daarna een systeem voor te stellen op maat van elke arts en dit systeem ook te implementeren in de groepspraktijk. Aangezien er in de opleidingspraktijk al gebruik wordt gemaakt van een online afsprakensysteem, fulltime secretariaat , informatie via de website en een automatisch antwoordapparaat zal de focus van deze masterproef liggen bij het geven van medisch advies en het meedelen van resultaten van labo en medische beeldvorming.

Methode

Er werd gekozen voor een explorerend kwalitatief onderzoek, dit op basis van semigestructureerde diepte-interviews. De bedoeling van dit onderzoek was een veranderplan te construeren in de opleidingspraktijk. Door middel van diepte-interviews kon de mening en de voorkeur van elke arts goed geëxploreerd worden. Daarnaast is ook geweten dat een dergelijk kwalitatief onderzoek sterk hypothesevormend is (11). Zo was het de bedoeling dat door middel van de interviews de artsen dieper inzicht kregen in de problematiek en op die manier ook zelf met antwoorden naar voor konden komen. Er was in dit onderzoek niet gekozen om te werken met telefoonregistraties. In voorgaande masterproeven, maar ook in de literatuur werden deze meervoudig uitgevoerd. Ondanks het feit dat er verschillende resultaten waren, afhankelijk van praktijk tot praktijk, kwamen toch algemene trends naar voor. Deze trends lieten het toe om ook in de opleidingspraktijk een inzicht te krijgen in de verdeling van telefonische oproepen. Daarnaast lag de nadruk van dit onderzoek op het geven van medisch advies en het meedelen van labo-uitslagen en medische beeldvorming. De beste manier om dit te onderzoeken was dan ook een kwalitatieve manier.

De zoektocht naar een organisatorische verandering in de opleidingspraktijk gebeurde in vijf fases.

Construeren van een optimale vragenlijst (pre-testfase)

Alvorens de verschillende artsen van de opleidingspraktijk te ondervragen werd een vragenlijst geconstrueerd. Deze vragenlijst werd getest bij drie collega HAIO's. De interviews werden uitgetypt en geanalyseerd om vervolgens na elk interview de vragenlijst aan te passen. Op deze manier kwamen onvolkomenheden aan het licht. Daarnaast werd ook

telkens feedback gevraagd over de inhoud van de vragenlijst en de manier van ondervragen. Op het einde van de drie interviews kon een bevredigende vragenlijst geconstrueerd worden. De vragenlijst bestond uit drie delen. Een eerste deel over het meedelen van labo-uitslagen, een tweede over het meedelen van resultaten van medische beeldvorming en als laatste deel medisch advies.

Observeren en analyseren van de huidige manier van werken

In deze fase werd de werkwijze van de opleidingspraktijk onder de loep genomen. In het eerste deel werden alle artsen bevraagd, over hun huidig systeem met betrekking tot het meedelen van laboresultaten, met behulp van de vragenlijst uit de pre-testfase. Daarnaast werden vijf algemene systemen overlopen, waarbij de arts telkens positieve en negatieve elementen van deze systemen naar voor kon brengen. De patiënt belt terug naar de praktijk, de arts belt de patiënt telkens op, het labo stuurt een kopie op naar de patiënt, de patiënt komt terug op consultatie en geen nieuws is goed nieuws waren de vijf ondervraagde systemen. Verdere aandachtspunten betreffende het meedelen van laboresultaten waren de vragen of het secretariaat een rol kon spelen, of iedere arts verantwoordelijk was voor zijn eigen resultaten en of een uniform systeem noodzakelijk was in een groepspraktijk. Daarna werd het terugbelspreekuur voorgelegd en telkens gevraagd om een SWOT analyse hierover te maken. Op een gelijkaardige manier werd ook het meedelen van resultaten van medische beeldvorming en het verlenen van medisch advies bevraagd. Telkens na een interview werd het audiobestand uitgetypt en daarna gecodeerd. Het coderingsproces verliep parallel met de afname en transcriptie van de interviews. Elk interview werd via een open codering geanalyseerd volgens de methode beschreven door H. Boeije (11). Na het coderen van elk interview werden de codes alsook de vragenlijst aangepast. Tijdens de open codering werden de codes vergeleken met elkaar en aangepast via axiale coderingstechnieken. Uiteindelijk werd een datamatrix geconstrueerd om een antwoord te bieden op de voorgestelde onderzoeksvragen.

Verkennende literatuurstudie over de organisatorische aspecten van meedelen van klinische onderzoekingen

Zoektermen

'Huisarts', 'telefoon', 'organisatie', 'terugbelspreekuur', 'telefonisch halfuurtje', 'laboratorium resultaten', 'interruptie', 'consultatie' en 'telephone', 'lab results' 'primary care', 'general practitioner', 'consultation', 'interruption' zijn respectievelijk de gebruikte Nederlandstalige en Engelstalige zoektermen.

Zoekstrategie

De eigenlijke literatuurzoektocht werd verricht via het 'waterval'principe, waarbij eerst guidelines, dan meta-analyses, systematische reviews en dan via websites in brochures en boeken gezocht wordt.

Quaternaire bronnen of guidelines

De aanbeveling voor goede medische praktijkvoering van de Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen (WVVH), de Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) standaarden en het Belgisch Centrum Voor Evidence Based Medicine (CEBAM) leverden geen resultaten op.

Tertiaire bronnen of systematische reviews

In de Cochrane Library was één interessante systematische review te vinden.

Secundaire bronnen

Specifieke artikels werden gezocht via LIMO (KULeuven) en Pubmed. In de Engelstalige literatuur werden vier interessante artikels weerhouden. Eerder gepubliceerde masterproeven werden opgevraagd via het ICHO. Via gerefereerde artikels werden drie extra artikels weerhouden. In de Nederlandstalige literatuur werden twee relevante artikels gevonden.

Primaire bronnen

Websites van verschillende huisartsenpraktijken werden bekeken.

Opstellen van een veranderplan om het meedelen van onderzoeken te verbeteren

Op basis van de gegevens enerzijds bekomen uit de observatie van de huidige werkwijze in de opleidingspraktijk en anderzijds uit literatuuronderzoek werd een veranderplan opgesteld. Dit veranderplan werd samen met een aantal stellingen uit de interviews grondig besproken tijdens een gezamenlijk praktijkoverleg, waarna een consensus bekomen werd.

Het veranderplan implementeren in de opleidingspraktijk en daarna evalueren

Na het bereiken van een consensus werd het veranderplan geïmplementeerd in de opleidingspraktijk vanaf 15/02/2016. Eén arts deed een grondige verandering, één arts bleef bij zijn huidige systeem en twee artsen voerden enkele minimale veranderingen door. Naar analogie van de eerste observaties werd via semigestructureerde interviews en een gezamenlijk groepsoverleg het veranderplan geëvalueerd na anderhalve maand.

Resultaten

Laboratoriumresultaten

Eigen systeem

Drie van de vier artsen hadden bij ondervraging een min of meer vast systeem voor het meedelen van laboresultaten. Twee artsen belden de patiënt systematisch terug en één arts vroeg aan de patiënt om terug te bellen. Bij de vierde arts was de methode sterk afhankelijk van de patiënt en de pathologie. Eén arts in de praktijk (arts 1) maakte een onderscheid tussen de labo's die zelf afgenomen waren en het labo dat de bloedafname verzorgde omwille van een chronische problematiek (INR, opvolging diabetes, enz. …). Als het labo bloed prikte werd de patiënt gezien op consultatie of op huisbezoek om de resultaten te bespreken (figuur 1). Indien arts 1 zelf een bloedstaal afnam werd de patiënt teruggebeld op een afgesproken moment ('in de voormiddag', ' s 'avonds ', 'over de middag'). Als de patiënt niet opnam werd een bericht ingesproken, waarbij de patiënt kon terugbellen indien er verder nog vragen waren. Wanneer de patiënt toch terugbelde gaf de secretaresse aan dat de arts zelf zou terugbellen, of wanneer de patiënt terugbelde na een voicemailbericht werd dit genoteerd en doorgegeven aan de arts.

Een tweede arts in de praktijk (arts 2) gebruikte een gelijkaardig systeem als dit van arts 1 (figuur 2). Tijdens de interviews legde arts 2 de nadruk op het verschil in bloedafnames omwille van chronische en acute problematiek. Als er bloed werd getrokken omwille van een acute problematiek (bv. CRP, HCG, enz. …), belde de arts die avond zelf de patiënt op. De arts anticipeerde bij chronische of subacute labo's op het verwachte moment waarop de resultaten binnen kwamen en gaf de boodschap aan de patiënt om die dag terug te bellen over de middag. Indien de patiënt niet opnam werd een boodschap ingesproken. Dit werd niet gedaan als het gevoelige informatie betrof. Opnieuw als er vragen waren kon de patiënt terugbellen. Verder was het systeem sterk gelijklopend met dat van arts 1.

Een derde arts in de praktijk (arts 3) vroeg telkens aan de patiënt om terug te bellen (figuur 3). Wanneer de patiënt terugbelde noteerde de secretaresse naam en telefoonnummer en gaf dit aan de arts. Arts 3 belde tussen twee consultaties de resultaten door. Wanneer de patiënt niet opnam belde arts 3 terug op een ander moment. Bij een acuut of sterk afwijkend labo werd de patiënt door de arts zelf 's avonds teruggebeld.

De vierde arts (arts 4) in de praktijk had geen vast systeem. Toch werd de meerderheid van de resultaten als volgt meegedeeld (figuur 4). De patiënt kreeg een kopie van het labo toegestuurd bij een labo-onderzoek omwille van een chronische problematiek. Indien de patiënt nog vragen had kon deze de arts opbellen. Bij meer acute labo's belde de patiënt 's avonds of de volgende dag terug om zijn resultaat te kennen.

Beschikbare systemen

1. De patiënt belt terug naar de praktijk

   Drie artsen rapporteerden dat dit systeem een zekerheid gaf voor de arts. Op deze manier konden er minder resultaten gemist worden. De onvoorspelbaarheid ligt bij de arts, stresserend tijdens de consultatie en teveel taak switchen tijdens de consultatie waren aangehaalde nadelen. Het bijkomend nadeel van dit systeem dat frequent gemeld werd, zijn de problemen met confidentialiteit. Zo is het moeilijk om een anoniem telefoongesprek te voeren tijdens de consultatie. Twee artsen hadden in het verleden al een vraag of een opmerking gekregen van de patiënt in de consultatieruimte over het onderwerp aan de telefoon. Als het een relatief nieuwe patiënt betreft moet de arts even de tijd hebben om 'in het verhaal te kruipen', wat met dit systeem moeilijk is.

2. Het labo stuurt een kopie naar de patiënt

   Twee artsen meldden het voordeel dat op deze manier de patiënt zijn eigen waarden kon opvolgen en bijhouden. Toch waren de meeste artsen het er over eens dat dit systeem de patiënt nodeloos ongerust kan maken. Verschillende artsen hadden ervaring met patiënten die moeilijk gerust te stellen zijn omdat deze een kleine afwijkende waarde gezien hadden op hun uitslag.

3. De arts belt de patiënt terug op

   "Niet gestoord worden tijdens de consultatie", "betere controle dat niets vergeten wordt" en "tijd om het dossier nog even na te kijken voor gebeld wordt" waren de meest gerapporteerde voordelen. Nadelen van dit systeem waren dat het arbeidsintensief is om al de labo's van de verschillende patiënten op te volgen, de verantwoordelijkheid bij de arts zelf ligt en dat de arts soms langer moet blijven na de consultaties.

4. De patiënt komt telkens op consultatie

   Alle artsen waren het er over eens dat het terecht is om herconsultatie te boeken als er afwijkende resultaten zijn die besproken moeten worden, maar dat deze methode onmogelijk zou zijn om dit systematisch bij alle patiënten te doen. Daarbij werd vermeld dat ongeveer 90% van de afgenomen labo's normaal zijn.

5. Geen nieuws is goed nieuws

   Hier waren ook alle artsen het er over eens dat dit een gevaarlijk systeem is om zaken te missen. Daarnaast wordt een labo-onderzoek telkens gedaan omwille van een klacht of reden, wat dus een bespreking nodig heeft.

Alle artsen vonden dat elk verantwoordelijk moet zijn voor zijn eigen laboresultaten. Opgesomde argumenten hiervoor waren dat de groepspraktijk te groot is om een gedeeld

systeem te installeren en je nooit de context kan begrijpen als je de patiënt niet zelf hebt gezien op consultatie ook al staan er notities in het elektronisch medisch dossier (EMD). De artsen verwachten geen meerwaarde van een uniform systeem voor het meedelen van labo resultaten. Drie artsen waren van mening dat het secretariaat geen rol kon spelen voor het meedelen van normale laboresultaten. "De patiënt heeft geen veilig gevoel", "in die tijd heb je de patiënt zelf opgebeld", "het meedelen van resultaten draagt bij tot de arts-patiënt relatie" en "er zijn bijna altijd nog bijkomende vragen ook al zijn de resultaten normaal" waren de voornaamste argumenten contra. Een arts in de praktijk argumenteerde evenwel dat de patiënt niet altijd een arts aan de lijn wil hebben en dat de patiënt dit nog altijd zou kunnen moest hij dit willen. Het meedelen van normale laboresultaten via het secretariaat zou volgens deze arts kunnen als de patiënt hier op voorhand over ingelicht zou worden. Na het gezamenlijk groepsoverleg waren alle artsen het er over eens dat een secretaresse beter niet tussenkomt voor het meedelen van laboresultaten en dat de arts altijd zelf zal terugbellen.

Het veranderplan

Het veranderplan was sterk gelijklopend met het systeem van arts 1 en 2 en werd schematisch weergegeven in figuur 5. In dit model heeft de arts de keuze om de terugbelafspraak zelf te maken of deze te laten maken door de secretaresse. Bij deze laatste manier kan de arts de labostalen meegeven met de patiënt met de boodschap om even in het secretariaat te passeren om een afspraak te maken.

Een terugbelafspraak werd telkens genoteerd onderaan in de online agenda. Eerst werden de telefonische afspraken genoteerd tussen twee consultatieblokken, maar dit werd gewijzigd na de opmerking van het secretariaat dat de agenda onoverzichtelijk werd aangezien er ook afspraken voor huisbezoeken tussen de consultatieblokken geplaatst werden.

Het terugbelspreekuur

Een SWOT analyse werd samengesteld (figuur 6). Het niet gestoord worden tijdens de consultatie en de afwezigheid van problemen met confidentialiteit waren de twee voornaamste sterktes van het terugbelspreekuur die benoemd werden. Dat er tijd gemaakt moet worden tijdens de consultatie-uren en dat de patiënt niet altijd bereikbaar is, zijn naast het feit dat het wel enige discipline vergt om alle namen van de patiënten bij te houden, de gerapporteerde zwaktes van het systeem. Minder stress, meer comfort voor de arts en beter timemanagement zijn de vermelde kansen die het systeem kan bieden. Een frequent vermelde bedreiging was dat de patiënt niet altijd bereikbaar zal zijn. Daarnaast werd ook vermeld dat de patiënten eventueel een consultatie aan de telefoon zouden willen of dat de patiënt zich niet zou houden aan de afgesproken uren. Een andere bedreiging was dat het telefoneren op de tweede plaats kon komen te staan en dat er bijvoorbeeld een extra huisbezoek of consultatie in de plaats gedaan kon worden. Slechts één arts was niet bereid om het systeem te gebruiken in de praktijk. Dit omdat deze arts (arts 4) al een lange tijd praktijk aan het houden was en geen meerwaarde zag om van systeem te veranderen. Twee artsen (arts 1 en 2) hadden een systeem dat vergelijkbaar was met het terugbelspreekuur waardoor een kleine aanpassing geen moeite was. Arts 3 gaf een score van 7/10 betreffende de bereidheid tot het gebruik van het systeem. Er werd geen maximale score gegeven omdat arts 3 een vrees had

om niet gedisciplineerd genoeg te zijn voor het systeem. Geen enkele arts vond het nuttig om het terugbelspreekuur te zien als een 'uur' waarbij de arts de patiënt kan terugbellen.

Bij de evaluatie van het veranderplan werden eerder aangehaalde voordelen bevestigd : niet gestoord worden tijdens de consultatie, geen problemen met confidentialiteit, beter time management, minder stress en meer comfort voor de arts (Figuur 6). Het grootste gerapporteerde nadeel was dat de patiënt niet altijd opnam, waardoor een voicemailbericht (arts 1 en 2) ingesproken werd of de patiënt herhaaldelijk opgebeld moest worden (arts 3). De bedreiging van het systeem (voldoende discipline) werd niet bevestigd bij de evaluatie (Figuur 6). Zo bleek het een kleine moeite om telkens na het afnemen van bloed een telefonische afspraak te boeken op de online agenda. De inschakeling van het secretariaat hiervoor was bijgevolg niet nodig. Daarnaast werd de bedreiging dat het terugbelspreekuur op de tweede plaats kan komen te staan niet bevestigd omdat er niet gewerkt werd met een vast uur. Alle drie de artsen wilden het systeem verder gebruiken in de toekomst. Het secretariaat vond dat ook voor hen de telefoonbelasting geminderd was. Deze daling was voornamelijk doordat de patiënten van arts 3 niet eerst via het secretariaat belden.

Resultaten medische beeldvorming

Een onderscheid werd gemaakt tussen acute pathologie (bv. uitsluiten pneumonie, uitsluiten fractuur, enz. …) en meer complexe problematiek (bv. CT lumbale wervelzuil, duplex onderste ledematen, enz. …). Alle artsen vonden dat een herconsultatie nodig was bij een complexere pathologie. Twee artsen (arts 1 en 3) vroegen aan de patiënt om terug te bellen wanneer het onderzoek gebeurd was. Telefonisch konden dan richtlijnen gegeven worden over het verdere beleid. Eén arts (arts 2) liet de patiënt telkens terugkomen. Bij acute problematiek werd de patiënt ertussen genomen tijdens de consultatie, terwijl een herconsultatie werd geboekt voor meer complexe pathologie. Het werd duidelijk dat het meedelen van resultaten van medische beeldvorming sterk afhankelijk is van de patiënt (arts 4) en de pathologie (arts 1-4). Geen enkele arts vond dat het meedelen van de resultaten van medische beeldvorming kon passen in een terugbelspreekuur.

Bij het gezamenlijk groepsoverleg werd besloten om geen veranderplan te implementeren aangezien de gevarieerde problematiek. Er werd geconcludeerd dat het beter is om de patiënt vaker op consultatie te laten terugkomen om voldoende uitleg te kunnen verschaffen.

Medisch advies

Wat medisch advies betrof was geen systematisch systeem aanwezig in de praktijk. Het secretariaat schakelde een vraag door naar een beschikbare arts. Medisch advies moet door een arts verleend worden, werd besloten tijdens het groepsoverleg (arts 1-4). Toch vonden drie artsen een tussenkomst van het secretariaat hier zinvol. Dit kan de telefoondruk aanzienlijk doen verminderen. De drie artsen vonden het secretariaat zinvol als triage tussen dringende vragen en vragen die konden wachten. De artsen vonden dat een dringende vraag direct moest doorgeschakeld worden terwijl een niet dringende vraag opgeschreven kon worden om later terug te bellen of geïmplementeerd kon worden in het terugbelspreekuur. Eén arts vond dat het secretariaat hier niet over kon beslissen. *"Bepaalde administratieve vragen kunnen toch zeker wachten"*, met deze uitspraak waren alle artsen het eens tijdens het

gezamenlijk overleg. Een voorstel kwam dat het secretariaat telkens aan de patiënt zou vragen of de vraag dringend was of niet. Enkele reacties kwamen op dit voorstel; “soms schatten de patiënten sommige zaken dringender in dan ze in werkelijkheid zijn” , *“ een ongeschiktheidsattest dat nog ingevuld moet worden waar het werk om vraagt kan ook als zeer dringend beschreven worden door de patiënt, moet de consultatie daarvoor gestoord worden ?”*. Anderzijds kwam de opmerking dat sommige patiënten de arts niet altijd willen storen, bijvoorbeeld met een pijn op de borst, wat natuurlijk wel dringend kan zijn. Alle artsen waren akkoord met de stelling dat het secretariaat aan de patiënt mag vragen waarom hij belt. Aangezien de ene secretaresse voldoende ervaring heeft en de tweede secretaresse een cursus medisch secretariaat aan het volgen was werd beslist om de triage verder te laten doen door het secretariaat. Enerzijds werd vertrouwd op het inschattingsvermogen van het secretariaat en anderzijds werd ook de subjectieve dringendheid bij de patiënt bevraagd. Bij enige twijfel moet de secretaresse direct doorschakelen. Een stroomdiagram werd opgesteld na het groepsoverleg (Figuur 7). De niet dringende vragen werden geïncorporeerd in het terugbelspreekuur door een nieuwe telefonische afspraak te maken. Dringende vragen werden onmiddellijk doorgeschakeld naar de vaste arts van de patiënt of een beschikbare arts. Niet dringende vragen die niet konden wachten werden genoteerd op papier en handmatig afgegeven aan de vaste of plaatsvervangende arts tussen twee consultaties door.

Discussie

Patiënten maken graag en veel gebruik van de telefoon om hun arts te consulteren (1–5,12,13). Verschillende oplossingen om de telefoondruk te verminderen werden in het verleden geformuleerd. In een groepspraktijk met een fulltime secretariaat, online afsprakensysteem en een automatisch antwoordapparaat bleef de perceptie van de artsen dat de consultatie te vaak onderbroken werd. Het telefonisch boeken van afspraken en huisbezoeken behoorde dus niet meer tot het takenpakket van de artsen in de praktijk. Bij telefoonregistraties in andere (groeps)praktijken kon geconcludeerd worden dat medisch advies en het meedelen van resultaten van labo en medische beeldvorming de voornaamste resterende telefonische oproepen waren (1–5,12,13). Dit praktijkverbeterend project trachtte in de opleidingspraktijk een beter systeem te zoeken voor deze telefonische oproepen.

De terugbelafspraak, een systeem voor het meedelen van labo resultaten.

In de opleidingspraktijk belde de patiënt in 2014 telkens terug om zijn labo resultaten te bekomen. Dit systeem geeft een zekerheid aan de arts, omdat de verantwoordelijkheid voor het terugbellen bij de patiënt ligt. Toch kan het zijn dat de patiënt niet terugbelt. Het meedelen van labo-uitslagen aan de patiënt blijft de verantwoordelijkheid van de arts. Dit kwam naar voor tijdens het gezamenlijk groepsoverleg. Zo had een arts een patiënt met de diagnose van gonorroe die niet terugbelde. Hierbij blijft het de verantwoordelijkheid van de arts om deze patiënt in te lichten over de resultaten. In dit specifiek geval was er geen telefoonnummer beschikbaar in het dossier en moest er een brief gestuurd worden naar het thuisadres van de patiënt. Hoe dan ook moet de arts dus zijn laboresultaten opvolgen ook al belt de patiënt zelf terug. Vroeger kregen de artsen alle labo-uitslagen binnen op papier en was het een routine om deze elke dag te bekijken. Deze gewoonte vervaagde toen enkel nog elektronische verslagen binnen kwamen. Bij het systeem waarbij de patiënt altijd zelf terugbelt is er een

grote onvoorspelbaarheid voor de arts. De telefoon wordt doorgeschakeld tijdens de consultatie en onmiddellijk moet de arts de reden weten voor de bloedafname en moet hij de resultaten analyseren. Dit zorgt niet alleen voor stress tijdens de consultatie, maar ook soms voor te vlugge conclusies. Op deze manier heeft de arts geen tijd om 'in het verhaal te kruipen'. Het is aangetoond dat het frequent wisselen van taak (task switch) kan zorgen voor stress en zelf de productiviteit met 40 % kan doen dalen (14,15). Het is veel beter om te concentreren op één taak, bvb. telefoneren of consultatie voeren dan te multitasken. Een ander gerapporteerd nadeel van dit systeem is het probleem met confidentialiteit. Het is moeilijk om een telefoongesprek tijdens een consultatie anoniem te houden. Artsen in de opleidingspraktijk kregen zelfs vaak een vraag of opmerking van de patiënt in de consultatie over het onderwerp dat aan de telefoon werd besproken.

De artsen waren het er over eens dat een kopie van de resultaten naar de patiënt opsturen voor een valse ongerustheid kan zorgen. Zo is een labo-uitslag meer dan cijfers alleen. Elke kleine afwijkende waarde moet geïnterpreteerd worden in de bredere klinische context, wat de taak van een arts is. Het opsturen van een kopie van de uitslag kan wel indien het een opvolging is van bepaalde pathologie of als er een commentaar bijgeschreven kan worden door de arts. Een ander medium om resultaten te versturen is email. In de opleidingspraktijk wordt dit per uitzondering door één arts gebruikt als de patiënt op voorhand aangeeft niet beschikbaar te zijn via de telefoon. Een kleine beschrijving wordt getypt in de mail. In een Amerikaanse setting is dit volgens arts en patiënt de voorkeursmethode voor het meedelen van normale resultaten (8,9). Misschien waait deze traditie op termijn over naar onze streken, maar op heden is er toch weerstand tegen deze methode. Iedereen kan immers bellen om een kopie van de resultaten op te sturen via mail. Zo hebben ouders resultaten proberen op te vragen voor hun zoon of dochter. Naast de confidentialiteit en het tijdsintensieve karakter die net zoals bij de Amerikaanse tegenstanders in vraag worden gesteld, blijft volgens de artsen in de opleidingspraktijk het meedelen van resultaten bijdragen tot de arts-patiënt relatie (7). Daarnaast leert de ervaring dat een normaal resultaat heel vaak ook een bespreking nodig heeft, bvb. bij een aanhoudbare vermoeidheidsklacht waarbij de eventueel volgende stappen geduid moeten worden, maar ook bij een routinecontrole waarbij de patiënt nog resterende vragen heeft. Om het 'task switchen' te reduceren is het belangrijk om één medium uit te kiezen, wat in de opleidingspraktijk nog steeds de telefoon is. Een kopie wordt wel via email gestuurd wanneer de resultaten telefonisch reeds meegedeeld zijn.

Het is logisch om een vervolgconsult te boeken wanneer er afwijkende resultaten zijn die verder besproken moeten worden, soms zelfs ook als alle resultaten normaal zijn, bvb. bij een aanhoudende vermoeidheidsklacht. Het zou echter te tijdrovend zijn om elke patiënt opnieuw op consultatie te vragen voor de bespreking van resultaten, aangezien de meerderheid van de laboratoriumuitslagen normaal zijn volgens de artsen.

Als de meerderheid van de labo-uitslagen normaal zijn, waarom kan de secretaresse deze uitslagen met de goedkeuring van de arts niet meedelen aan de patiënt ? Een moeilijke discussie waarover de meningen verdeeld waren tijdens het groepsoverleg.

> *"Patiënten willen vaak, maar niet altijd de arts aan de lijn hebben voor resultaten"*
> *"De patiënt kan altijd nog de arts aan de lijn vragen"*
> *"Misschien enkel indien de patiënt op voorhand wordt ingelicht"*

Dit zijn enkele uitspraken van artsen die akkoord gaan met de stelling. Daarbij hebben de patiënten alsook de artsen in een Amerikaanse setting een voorkeur voor het versturen van normale resultaten via email (8,9).

> *"Het meedelen van resultaten draagt bij tot de arts-patiënt relatie"*
> *"Resultaten moeten altijd door een arts meegedeeld worden, dat hoort gewoon zo"*
> *"De patiënt zit bijna altijd nog met vragen, zelfs al zijn de resultaten normaal"*
> *"Al hetgene wat de secretaresse zegt kan ook in de wachtzaal gehoord worden"*
> *"De privacy van de patiënt blijft toch een heel belangrijk iets"*
> *"Gezien de tijd die je steekt in het bekijken en analyseren van een laboresultaat is de patiënt opbellen nog slechts een kleine moeite".*

Dit zijn de gerapporteerde argumenten contra bij de individuele gesprekken maar ook de reactie tegen de argumenten pro tijdens het groepsoverleg. Uiteindelijk kon elke arts aansluiten bij de contra-argumenten. De ervaring leert dat het opbellen van de patiënten niet zoveel tijd vraagt wanneer de resultaten bekeken zijn. De patiënten in een Amerikaanse setting hebben voor het meedelen van abnormale resultaten het liefst hun eigen arts (8). Er werd beslist dat de arts telkens zelf de patiënt terugbelt.

Geen van de artsen in de opleidingspraktijk vindt het nodig om een uniform systeem te hebben rond het meedelen van laboresultaten. Elke arts kan een apart systeem hebben. Wel vinden alle artsen in de praktijk dat iedere arts verantwoordelijk moet zijn voor zijn eigen labo's. Eigenlijk kan je nooit weten waarom een collega arts een labo heeft aangevraagd. Is dit omwille van een ongerustheid van de patiënt, of een ongerustheid van de arts. Dit wordt en kan niet altijd genoteerd worden in het EMD. Ook het 'pluis, niet pluis' gevoel heb je niet als je een labo-uitslag van een collega arts moet geven.

Alhoewel een uniform systeem geen vereiste was voor de artsen in de opleidingspraktijk is er toch een dergelijk systeem bekomen; nl. het terugbelspreekuur. Bij het terugbelspreekuur, eerst beschreven door De Groot et al. in 2001, belt de arts op een op voorhand afgesproken moment de patiënt zelf terug op (3). Dit systeem onderscheidt zich van het telefonisch (half)uurtje omdat de arts de patiënt zelf terugbelt. Anderzijds onderscheidt het systeem zich van het systeem waarbij de patiënt telkens door de arts wordt teruggebeld, door een telefonische afspraak te geven aan de patiënt. Het terugbelspreekuur is anderhalve maand getest in de opleidingspraktijk en is positief bevonden. De op voorhand gerapporteerde sterktes en kansen zijn bevestigd bij de evaluatie, waarbij het niet gestoord worden tijdens de consultatie de belangrijkste sterkte is (Figuur 6). Ook beter timemanagement voor de arts, geen problemen met confidentialiteit en minder stress zijn voordelen van het systeem. Door het nieuwe systeem kunnen gesprekken beter voorbereid worden, uitslagen kunnen van tevoren bestudeerd worden en ook het doel bij het terugbellen is duidelijker. Deze voordelen werden eerder beschreven in de literatuur en spontaan gerapporteerd tijdens de interviews (12). Ook het secretariaat voelde een vermindering van de telefoondruk na de implementatie van het veranderplan. Dit wordt vooral toegeschreven aan het feit dat arts 3 na de implementatie zijn patiënten zelf opbelt in vergelijking met het vorig systeem (Figuur 3).

Het is een variant van het terugbelspreekuur, de terugbelafspraak, dat uiteindelijk geïmplementeerd en getest werd in de opleidingspraktijk. Bij het nieuwe systeem wordt er een richtuur of –moment meegegeven aan de patiënt in plaats van een uur waarbij de

telefonische afspraken gepland kunnen worden. Eén arts in de praktijk volgt strikt het terugbelspreekuur waar de telefonische afspraak over de middag wordt geplaatst, een andere arts vertelt de patiënt terug te bellen 'in de voormiddag', 'over de middag' of 'in de avond'. Een laatste arts geeft minder strikte uren door aan de patiënt : "Ik bel u morgen terug voor de resultaten". Hoe strikter een uur gegeven wordt, hoe meer de patiënt zich beschikbaar maakt en hoe minder de patiënt bijgevolg niet zal opnemen. De arts die de patiënt het vaagste terugbelmoment meegeeft is ook de arts die het vaakst op voicemail stoot. Diezelfde arts heeft dan wel een beter timemanagement, waarbij hij patiënten kan terugbellen tijdens een toevallig dood moment.

Resultaten van medische beeldvorming, een complexe zaak

Het meedelen van de resultaten van medische beeldvorming is een veel complexere zaak dan het meedelen van labo-uitslagen. Allereerst is het sterk onvoorspelbaar wanneer het onderzoek zelf wordt gedaan en wanneer bijgevolg de resultaten beschikbaar zullen zijn. Wanneer een bloedafname wordt gedaan kan ongeveer geschat worden wanneer de resultaten beschikbaar zullen zijn. De rapportering van deze resultaten kan dus ingepland worden in een terugbelafspraak, wat voor medische beeldvorming veel minder het geval is. Daarnaast vragen de uitslagen van medische beeldvorming meer bespreking dan deze van laboratoriumuitslagen, waardoor een vervolgconsultatie vaker nodig is. De methode in de opleidingspraktijk is zeer uiteenlopend. Terwijl de ene arts alle patiënten terug naar de praktijk laat komen, vraagt een andere arts om eerst telefonisch contact op te nemen. Er kan geconcludeerd worden dat het meedelen van de resultaten van medische beeldvorming sterk pathologie- en situatiegebonden is waardoor geen algemeen systeem gevonden kon worden. Over dit onderwerp is er geen literatuur teruggevonden. Na het gezamenlijk groepsoverleg is besloten dat de patiënten meer op consultatie gevraagd moeten worden voor de bespreking van de resultaten van medische beeldvorming. Een arts maakte de opmerking dat wij soms verkeerdelijk denken dat patiënten liever niet terug op consultatie komen terwijl ze dit meestal geen enkel probleem vinden.

Door de introductie van het terugbelsysteem en de doorgevoerde veranderingen inzake medisch advies (cfr. Infra) kon een volgende evolutie in de praktijk gezien worden :

- Bij een complexe pathologie (CT lumbale wervelzuil, duplex onderste ledematen, enz. …) wordt de patiënt aangeraden om een herconsultatie te boeken wanneer de resultaten beschikbaar zijn. Is het onzeker of de resultaten beschikbaar zijn kan de patiënt op voorhand contact opnemen met het secretariaat, waarbij onmiddellijk gekeken kan worden of de resultaten al in het EMD geladen zijn.
- Bij 'acute pathologie' (uitsluiten van een fractuur of pneumonie, enz. …) belt de patiënt als het onderzoek gebeurd is de praktijk terug op. Het secretariaat kan afhankelijk van de vraag van de patiënt en de afspraak met de arts de telefoon doorgeven tijdens de consultatie, de boodschap op een briefje noteren zodanig dat de arts kan terugbellen tussen twee consultaties door of een terugbelafspraak boeken.

Op deze manier wordt de consultatie minimaal gestoord en kan de terugbelafspraak, althans gedeeltelijk, ook een hulp zijn voor het meedelen van de resultaten van medische

beeldvorming. De terugbelafspraak blijkt achteraf toch nog een nuttig instrument voor het meedelen van de resultaten van medische beeldvorming.

Medisch advies, kan de secretaresse hulp bieden ?

Alle artsen in de opleidingspraktijk vinden dat medisch advies enkel door een arts gegeven kan worden. Toch gaat niet elke arts akkoord met het feit dat dit advies onmiddellijk gegeven moet worden. Bijgevolg moet een triage voorzien worden. Aangezien het secretariaat alle telefonische oproepen binnenkrijgt, stelt zich een gelijkaardige discussie als voor het meedelen van normale laboresultaten door het secretariaat. Enerzijds willen de artsen de telefonische oproepen beperken, maar anderzijds kunnen ook geen dringende vragen gemist worden. Aangezien de ene secretaresse voldoende ervaring heeft en een tweede secretaresse een opleiding tot medisch secretaresse volgt is beslist om te vertrouwen op de inschatting van het secretariaat. Daarnaast wordt telkens gevraagd aan de patiënt zelf of het een dringende vraag betreft of niet. Een stroomschema kon bekomen worden (Figuur 7) waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen dringende vragen, niet dringende vragen en niet dringende vragen waar de patiënt toch vlug antwoord op wil hebben. Niet dringende vragen kunnen mee geïncorporeerd worden in het terugbelsysteem.

Eindbeschouwingen

Deze masterproef toont het nut en welbevinden van de terugbelafspraak aan. Hoewel er een sterk vermoeden is dat dit systeem ook implementeerbaar kan zijn in andere solo- en groepspraktijken mogen geen voorbarige conclusies getrokken worden. De resultaten van deze studie baseren zich immers op één enkele praktijk. Verder onderzoek bij verschillende soorten praktijken is nodig om te bepalen of dit systeem hier ook zijn nut kan bewijzen.

Naast het nut van de terugbelafspraak, moet ook de kost die dit zich mee brengt in rekening worden gebracht. In de opleidingspraktijk liepen de telefoonkosten niet verder op aangezien recent omgeschakeld werd naar voice over IP (VOIP) telefonie.

Conclusie

Een variant van het terugbelspreekuur, de terugbelafspraak, is in de opleidingspraktijk gevonden door middel van literatuur- en kwalitatief onderzoek. Dit systeem voor labo resultaten is geïmplementeerd en positief bevonden. Bij deze variant van het terugbelspreekuur belt de arts de patiënt op een op voorhand aangegeven moment zelf terug. Dit moment kan ‘in de voormiddag’, ‘over de middag’, ‘ in de avond’ , … zijn. Het voornaamste voordeel van dit systeem is niet meer gestoord worden tijdens de consultatie. Het grootste nadeel van dit systeem is dat de patiënt niet altijd beschikbaar is op het afgesproken moment. Hoe strikter echter een terugbelafspraak genomen wordt, hoe minder de artsen op voicemail stoten. Na een evaluatie blijkt het terugbelsysteem ook zijn nut te hebben bij het meedelen van de resultaten van medische beeldvorming en het verlenen van medisch advies. In de opleidingspraktijk is besloten dat het secretariaat niet kan tussenkomen in het meedelen van normale bloed- of beeldvormingsresultaten maar wel een triage functie kan

hebben voor medisch advies. Een stroomdiagram kon opgesteld worden waarbij ook de terugbelafspraak geïncorporeerd werd.

Mede door het groeiend aantal groepspraktijken moet de huisarts steeds vaker als manager van de praktijk optreden. Voor elk praktijkverbeterend project is een grondige analyse van de mening en wensen van alle partijen in de praktijk onontbeerlijk. De opleidingspraktijk blijft open staan voor verder praktijkverbeterend werk. Verder onderzoek in verschillende (groeps)praktijken is nodig om uit te maken of de terugbelafspraak hier ook zijn nut kan bewijzen.

Referentielijst

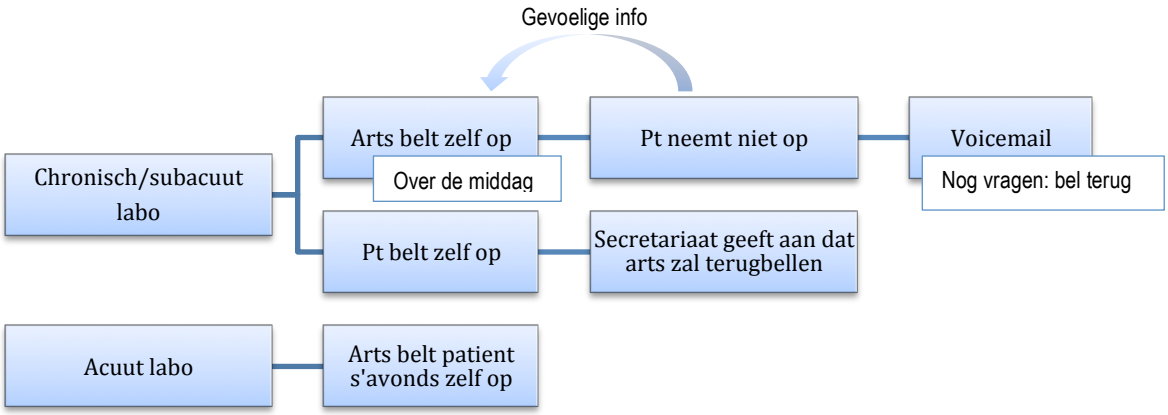
1. Filiep T. Introductie van een online afsprakensysteem in de huisartspraktijk : invloed op de telefoonbelasting in een groepspraktijk [Internet]. ICHO; 2012. Available from: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7B1dc67c5e-2938-f026-be70-8b24c8f266a2%7D_Taverniers-Filiep-scriptie.pdf
2. Decat E, Leuven KU. De telefoon : Hoe van een vijand een vriend maken [Internet]. ICHO; 2014. Available from: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/%7Bcd8cd61b-3d05-1fe6-5765-37fdcf9d059f%7D_Decat-Eva.pdf
3. Groot RA De. De telefoon als management intstrument. Atlelier Rijksbouwmeester; 2001. p. 82–6.
4. Nieuwoudt F. The evaluation of telephonic contacts by patients in a general practice during consultation hours [Internet]. ICHO; 2009. Available from: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/{193eb891-5d05-dbae-9ee8-9a257e564e97}_Nieuwoudt-FransAndri.pdf
5. Annelies VDV, Gent U. Roodgloeiend telefoongerinkel : bereikbaarheid versus frustratie ? [Internet]. ICHO; Available from: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7B8a1caf18-886c-243a-aa46-5f541e2469c5%7D_Masterthesis_Telefoongerinkel_b.pdf
6. Dearden A, Smithers M, Thapar A. Interruptions during general practice consultations--the patients' view. Fam Pract. 1996;13(2):166–9.
7. Ye J, Rust G, Fry-Johnson Y, Strothers H. E-mail in patient-provider communication: A systematic review. Patient Educ Couns. 80:266–73.
8. Grimes GC, Reis MD, Budati G, Gupta M, Forjuoh SN. Patient Preferences and Physician Practices for Laboratory Test Results Notification. JABFM. 2009;22:670–6.
9. Poon E, Gandhi T, Sequist T, Murff H, Karson A, Bates D. "I Wish I Had Seen This Test Result Earlier!" Arch Intern Med. 2004;164:2223–8.
10. Groot RA De, Haan J De, Jong BM. Het terugbelspreekuur van de huisarts : de gevolgen voor de praktijkassistente. Huisarts Wet. 2001;4(december):624–5.
11. Boeije H. Analyseren in kwalitatief onderzoek. Den Haag: Boom/Lemma; 2008.
12. de Groot RA, de Haan J, Bosveld HEP, Meyboom-de Jong B. De telefoon: wat gaat er fout? Huisarts Wet. 2001;44(1):851–3.
13. 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.
14. Powell SK. Mindfulness, Multitasking, and You. Prof Case Manag. Jan;21(2):61–2.
15. Brasel SA, Gips J. Media Multitasking Behavior: Concurrent Television and Computer Usage. Cyberpsychology, Behav Soc Netw. 2011;14(9):527–34.

Bijlage

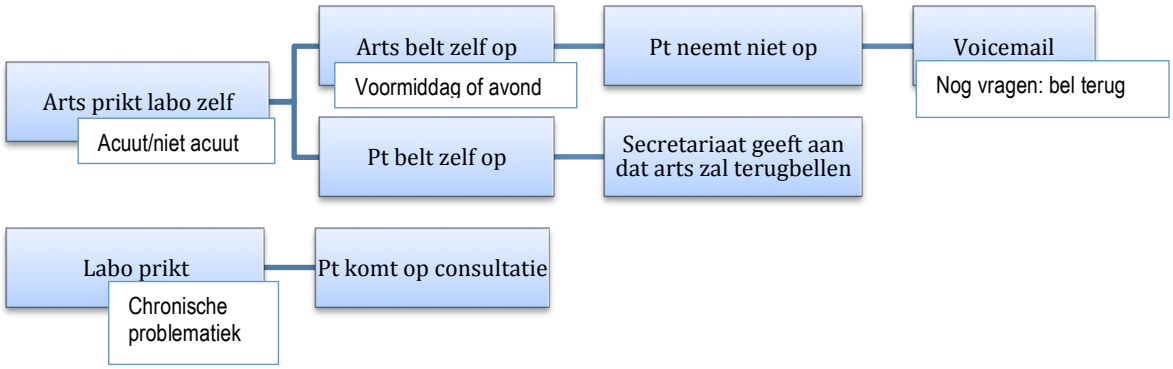
Bijlage 1. Tabellen en figuren

Tabel 1. Overzicht telefonische registraties in voorgaande masterproeven. Uitgedrukt in percentages. HB, huisbezoek. * In deze studies werd geen onderscheid gemaakt tussen labo en beeldvormingsresultaten en werd het totaal percentage door 2 gedeeld.

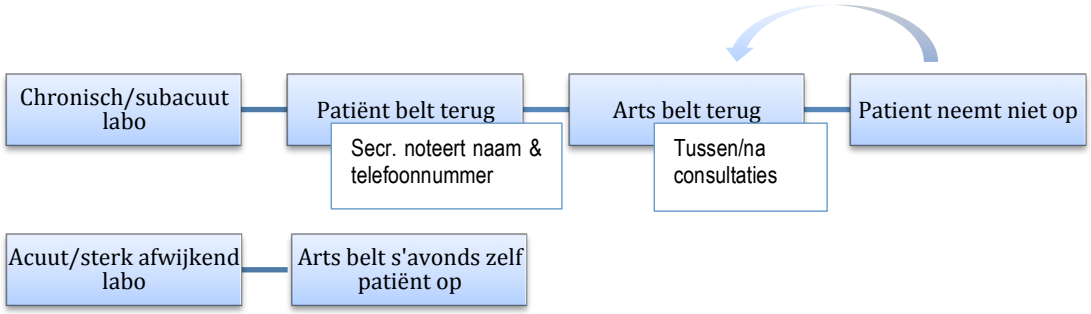
Auteur	R.A. De Groot	Frans Nieuwoudt	Filiep Taverniers	Filiep Taverniers	Eva decat	Annelies Van der Vennet
Jaar	2001	2008-2009	2011-2012	2011-2012	2013-2014	2013-2014
Kenmerk	3 artsen	Solo + HAIO	3 arts + HAIO	online	2 artsen	2 arts +HAIO
Labo resultaten	3,5*	2,25*	21,5	21,8	10	21
Beeldvorming resultaten	3,5*	2,25 *	1,5	5	10	5
Medisch advies	12,3	16.9	10,9	7,2	25	17
Consultatie aanvragen	49,8	43.1	39,5	36,6	60	16
HB aanvragen	6,9	6.3	9,2	9,6		13
Voorschrift	16,2	5.7	1,3	1,6	10	8



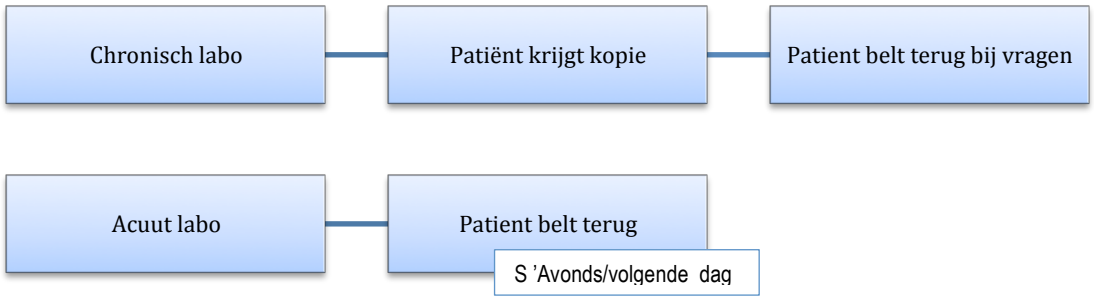
Figuur 1: Schematische weergave van het systeem van arts 1. Bij acute labo's belt de arts de patiënt 's avonds zelf op. Bij chronisch/subacute labo's belt de arts de patiënt terug één van de komende dagen over de middag. Als de patiënt niet opneemt wordt een voicemailbericht ingesproken met de resultaten. Indien het gevoelige informatie betreft belt de arts op een ander moment de patiënt terug op. Als de patiënt toch zelf opbelt geeft het secretariaat aan dat de arts zelf zal terugbellen.



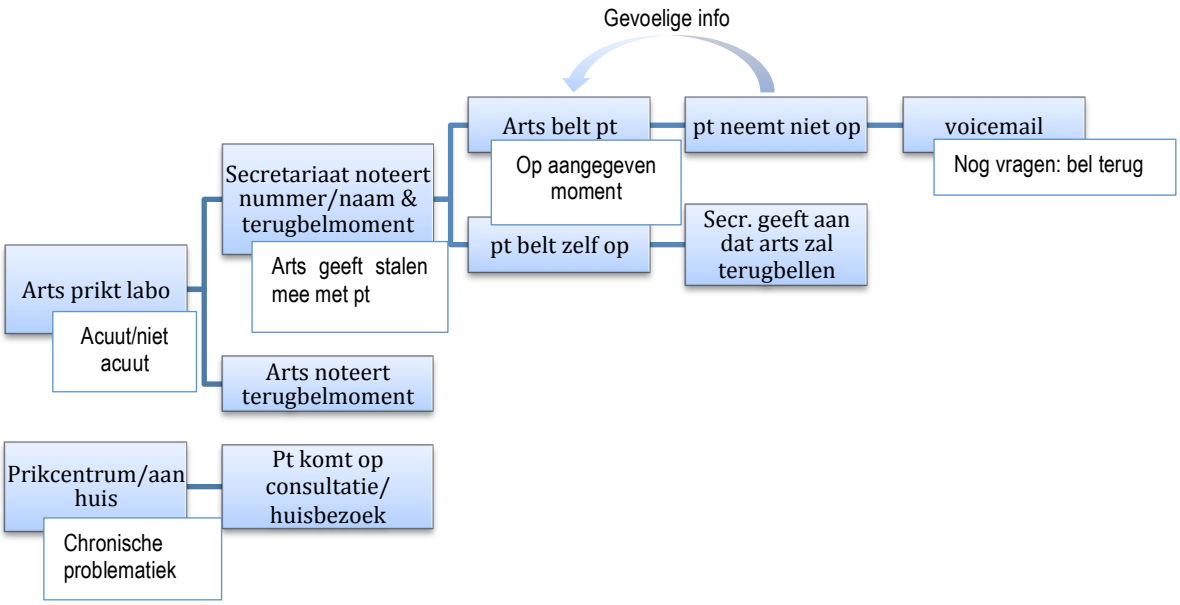
Figuur 2: Schematische weergave van het systeem van arts 2. Wanneer het labo bloed prikt omwille van een chronische problematiek komt de patiënt op consultatie of bespreekt de arts de resultaten op huisbezoek. Wanneer de arts zelf bloed prikt zal de arts de patiënt opbellen op een afgesproken moment. Dit kan in de voormiddag, over de middag of in de avond zijn. Als de patiënt niet opneemt wordt een boodschap ingesproken in de voicemail. Als de patiënt toch zelf opbelt geeft het secretariaat aan dat de arts zelf zal terugbellen.



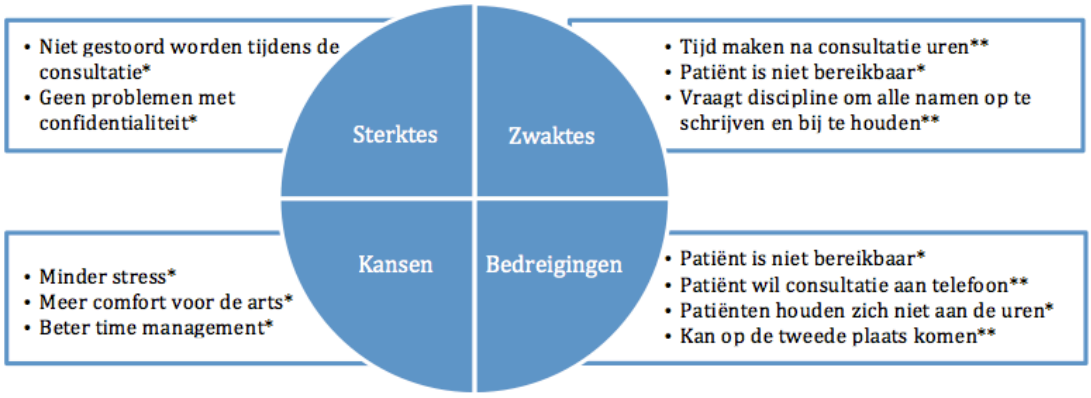
Figuur 3: Schematische weergave van het systeem van arts 3. Bij een acuut of sterk afwijkend labo zal de patiënt 's avonds zelf opbellen. Voor de resultaten van een chronisch of subacuut labo belt de patiënt de arts terug waarna het secretariaat de naam en telefoonnummer noteert. De arts belt tussen of na de consultaties de patiënt terug op. Indien de arts de patiënt niet aan de lijn kan krijgen belt hij terug.



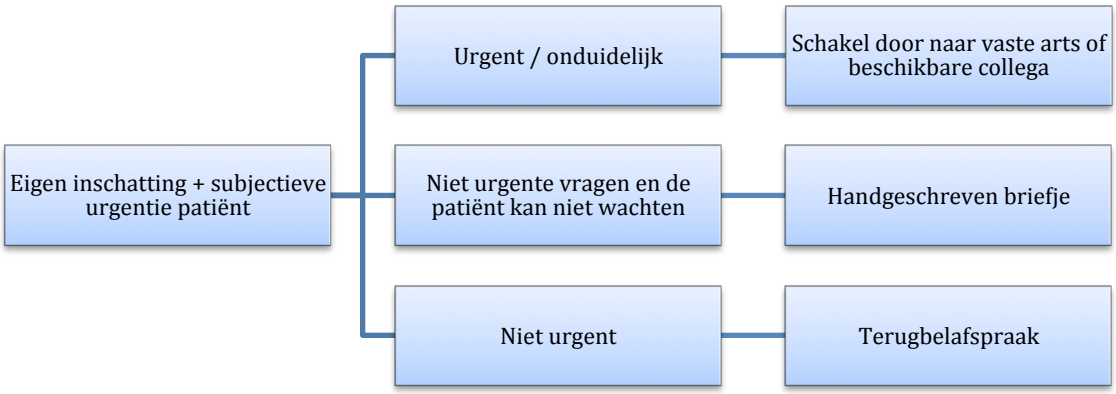
Figuur 4: Schematische weergave van het systeem van arts 4. Bij een acuut labo belt de patiënt diezelfde avond of de volgende dag terug om zijn resultaten te bekomen. Bij een chronisch labo wordt de patiënt een kopie opgestuurd, waarbij de patiënt de arts kan terugbellen bij resterende vragen.



Figuur 5: Schematische weergave van het veranderplan. Bij een chronische problematiek waar het labo aan huis komt of de patiënt naar het prikcentrum voor gaat, worden de resultaten respectievelijk op huisbezoek of op consultatie besproken. Wanneer de arts zelf een labo prikt noteert de arts een terugbelmoment in de online agenda. De arts kan ook de stalen meegeven met het secretariaat waarna het secretariaat een terugbelmoment noteert in de agenda. De arts belt op het aangegeven moment de patiënt terug met de resultaten. Als de patiënt niet opneemt wordt teruggebeld bij gevoelige info en anders wordt een voicemail bericht ingesproken. Wanneer de patiënt toch zelf opbelt geeft het secretariaat aan dat de arts zal terugbellen.



Figuur 6. Samenvatting van de SWOT analyse door de 4 artsen in de praktijk. Bevestigd na evaluatie*, niet bevestigd na evaluatie**.



Figuur 7. Stroomdiagram voor medisch advies. Wanneer het secretariaat een oproep binnenkrijgt zal dat zelf een inschatting maken, maar ook navragen of de patiënt de vraag zelf urgent vindt of niet. Een urgente oproep of een oproep waar onduidelijkheid over bestaat wordt doorgeschakeld naar de vaste huisarts van de patiënt of een beschikbare collega. Voor niet urgente oproepen wordt een terugbelafspraak geboekt. Een niet urgente vraag waar de patiënt niet op het antwoord kan wachten wordt genoteerd op een briefje en tussen twee consultaties door aan de arts meegegeven.

Bijlage 2. Informed consent

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Titel onderzoek:

Optimaliseren van (telefonisch) medisch advies, meedelen van resultaten van labo en medische beeldvorming: organisatorische aanpak in de opleidingspraktijk.

Verantwoordelijke onderzoeker: Gert Steel

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en de risico's en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik begrijp dat film-, foto, en videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer: ……..

Datum: …… Handtekening deelnemer: …...……

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: ……..……..

Datum: …… Handtekening onderzoeker: ...…….

Bijlage 3. Vragenlijst semigestructureerde interviews (versie 30 november)

Vragenlijst semigestructureerd interview praktijk

Ik doe in het kader van mijn opleiding tot huisarts een masterproef over de telefoondrukte in de huisartsenpraktijk. Omdat we in de praktijk een fulltime secretariaat en een online afsprakensysteem hebben wordt de telefoondrukte al sterk gereduceerd. Toch worden we nog veel gestoord tijdens de consultatie. De telefoons die overblijven zijn deze voor resultaten van labo, medische beeldvorming en medisch advies. Het doel van de masterproef is het zoeken naar een beter systeem in onze praktijk om de resultaten van medische beeldvorming en bloedonderzoek mee te delen.

Het interview zal ongeveer een half uur duren. De vragen die ik zal stellen, hebben betrekking op uw ervaringen als huisarts. Er zijn geen juiste of foute antwoorden. Het is de bedoeling dat u de vragen zo ruim mogelijk beantwoordt. Alles wat u denkt of voelt en volgens u met de vraag te maken heeft mag u aanhalen.

Alle informatie uit dit interview zal strikt vertrouwelijk behandeld worden en uw anonimiteit is zeker gewaarborgd. Alle interviews worden samen verwerkt en enkel het eindrapport is publiek. Elk antwoord op een vraag krijgt een code. Op die manier kunnen verschillende of gelijke antwoorden op de vragen geanalyseerd worden. Op basis van deze gelijkenissen en verschillen ga ik op zoek naar het beste systeem voor de praktijk. Ik zal het gesprek wel opnemen, maar dit dient enkel om de latere verwerking van het interview te vergemakkelijken.

Heeft u hierover nog vragen of bedenkingen ?

LABO

- Hoe communiceert u laboresultaten
    - Wat zijn de voordelen hieraan verbonden ? Zowel voor de arts als de patiënt
    - Ondervindt u nadelen ? Voor de arts en patiënt
    - Is er een verschil tussen ‘routinetesten’ bij chronische aandoeningen en labo testen om een diagnose te stellen ?

Ik heb de meest voorkomende systemen opgeschreven. Laten we ze even overlopen. Kunt u van elk van deze uw verwachte voordelen of nadelen vertellen ?

- Wat vindt u van het systeem dat de patiënt naar de praktijk belt om het resultaat te vernemen ?
- Wat vindt u van het systeem dat u de patiënt opbelt om hem/haar het resultaat mee te delen ?
    - Telefonisch (halfuurtje)
- En als het labo een kopie stuurt van het laboresultaat naar de patiënt ?
- En als de patiënt op consultatie komt voor een bespreking ?
- Wat vindt u van het systeem : ‘geen nieuws is goed nieuws ‘ ?

Vindt u in een groepspraktijk dat elke arts verantwoordelijk is voor zijn labo’s , of zijn labo resultaten iets voor de hele praktijk ?

Vindt u dat iedereen in de praktijk een eigen systeem kan hebben of is een uniform systeem beter ?

Hoe kan het secretariaat een rol spelen in het meedelen van de resultaten ?

Een systeem dat in de literatuur naar voor komt is het terugbelspreekuur

Voorkennis en praktische ervaring rond het terugbelspreekuur.

- Bent u bekend met het terugbelspreekuur ? (Patiënt krijgt een afspraak (een tijdspanne) waar de arts de patiënt zelf zal terugbellen. Deze afspraak kan gemaakt worden door de arts of door het secretariaat.)
    - Zou u hierover een SWOT analyse over kunnen maken ?
        - Sterkes
        - Zwaktes
        - Kansen
        - Bedreigingen

- *Bereidheid om model te gebruiken*
    - Bent u zelf bereid het model te gebruiken?
        - Kunt u de mate van bereidheid aangeven op een schaal van 0 tot 10 ? (0= helemaal niet bereid het te gebruiken, 10= vanaf volgende week overschakelen)
        - Waarom dat cijfer ?
        - Waarom geen hoger cijfer ? m.a.w. wat zijn de barrières ?
        - Waarom geen lager cijfer ?
- Hoe zou u het systeem praktisch zien ?
- Welke voorstellen hebt u nog?

BEELDVORMING

- Hoe verneemt de patiënt zijn resultaten van beeldvorming ?
    - Wat zijn de voordelen hieraan verbonden ? Voor de arts en de patiënt
    - Wat zijn de nadelen ? Voor de arts en de patiënt

Opnieuw zal ik enkele systemen overlopen.

- De patiënt belt zelf terug
- U belt zelf de patiënt op
- De patiënt komt op consultatie

Hoe zou medische beeldvorming volgens u een plaats kunnen krijgen in het terugbelspreekuur ?

Heeft u nog voorstellen ?

MEDISCH ADVIES

Tijdens de consultaties kan de arts ook onderbroken worden voor telefonisch advies.

- Welke afspraken heeft u hierrond ?
- Hoe kan het telefonisch advies ook passen in het terugbelspreekuur ?

Heeft u nog voorstellen ?

Bijlage 4. Protocol en goedkeuring ethisch comité

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

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

Optimaliseren van (telefonisch) medisch advies, meedelen van resultaten van labo en medische beeldvorming: organisatorische aanpak in de opleidingspraktijk.

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

PROMOTOR

- NAAM: PROF. DR. DIRK AVONTS
- FUNCTIE: PROF. DR.
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09/332 06 65
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: DIRK.AVONDS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. JAN DE MAESENEER

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

- NAAM: STEEL GERT
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING:KULEUVEN
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0494283214
- E-MAIL: GERTSTEEL@HOTMAIL.COM

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

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: PIERRE VAN MAELE / MARIANNE KOK
- ADRES: ZEBRASTRAAT 28/002 9000 GENT
- TELEFOONNUMMER: 09 / 223 16 71
- E-MAIL: HUISARTSENZUID@GMAIL.COM
- TYPE-PRAKTIJK : (~~SOLO-DUO-~~GROEPSPRAKTIJK-~~MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-ZIEKENHUISDIENST~~)

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: 1/05/2015 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 31/08/2016

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.

Het doel van deze masterproef is het zoeken naar een beter systeem in de opleidingspraktijk om resultaten van medische beeldvorming, bloedonderzoek mee te delen. Op dit moment is er geen eenduidig systeem. Vaak wordt de consultatie overbelast door telefoongerinkel en dit in een praktijk waar er een secretariaat en online afsprakensysteem is. Daarnaast kunnener resultaten gemist worden omdat patiënten niet terugbellen of afspraken niet nagekomen worden.
In deze masterproef zal gezocht worden naar een organisatorische verandering voor de opleidingspraktijk. Dit zal gebeuren in 4 fases ;

1. Observeren en analyseren van de huidige manier van werken.

   In een eerste fase van dit onderzoek wordt de werkwijze in eigen praktijk onder de loep genomen.
   Alle artsen (vier) in de praktijk worden kwalitatief ondervraagd over het systeem dat zij persoonlijk hanteren (de patiënt belt zelf terug, de patiënt wordt opgebeld, de patiënt krijgt een telefoonspreekuur toegewezen, de patiënt komt op consultatie, …). Ook de beleving van dit systeem voor de arts in kwestie zal bevraagd worden. Dit zal gebeuren op basis van semigestructureerde interviews.

2. Literatuurstudie over de organisatorische aspecten van meedelen van klinische onderzoekingen.

   Enkele studies toonden alreeds het nut van een terugbelspreekuur aan in Nederland. Diepere exploratie van de literatuur zal nodig zijn in dit onderzoek om een veranderplan op te kunnen stellen.

3. Opstellen van een veranderplan in de opleidingspraktijk om het meedelen van onderzoekingen te verbeteren.

   Op basis van de gegevens die enerzijds bekomen zijn uit de obervatie van de huidige werkwijze in de opleidingspraktijk en anderzijds uit literatuursonderzoek wordt een veranderplan opgesteld.

4. Het veranderplan implementeren in de opleidingspraktijk en evalueren.

   Het bekomen veranderplan zal toegepast worden in de praktijk. Dit zal getest worden over een langere periode. Nadien zullen de artsen opnieuw bevraagd worden naar hun beleving van het nieuwe systeem. Dit opnieuw op basis van kwalitatieve interviews.

Deze masterproef gebeurd in samenwerking met Daphné Van Den Daele. Terwijl haar focus ligt bij het ondervragen van patiënten met betrekking tot de patiëntentevredenheid, zal ik de visie van de arts bevragen en onderzoeken.

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: …

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

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT AAN) UGENT (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

- ☐ **JA**
- ☐ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : …

DE ONDERVRAAGDE HUISARTSEN WORDEN HIER ALS 'PROEFPERSONEN' GEZIEN.

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

- ☐ JA
- ☐ **NEEN**

C. AANTAL PROEFPERSONEN: TUSSEN 5 - 15

D. LEEFTIJD : TUSSEN 27 - 80

E. GESLACHT : MANNELIJK EN VROUWELIJK

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? PER MAIL OF TELEFONISCH

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

- ☐ **JA**
- ☐ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK : IN INFORMED CONSENT ZAL VOORGELEGD WORDEN

- ☐ **JA**
- ☐ NEEN

MONDELING :

- ☐ **JA**
- ☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ?

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

- ☐ JA
- ☐ **NEEN**

ZO JA, DOOR WIE ? …

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

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

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ?

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

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ?

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

VOORGAANDE MASTERPROEVEN VAN HET ICHO BESTUDEERDEN OOK DE TELEFOONDRUKTE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK. DEZE ONDERZOCHTEN WANNEER EN WAAROM ER GEBELD WERD. ER WERD OOK ONDERZOEK GEDAAN NAAR HET NUT VAN ONLINE AFSPRAKEN.
DE BEDOELING VAN DEZE MASTERPROEF VERSCHILT VAN DE VOORGAANDE OMDAT DE FOCUS LIGT OP HET MEEDELEN VAN LABORESULTATEN EN MEDISCHE BEELDVORMING ALSOOK MEDISCH ADVIES.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

- ❑ **JA :** DE ARTS KAN DOOR HET INTERVIEW MEER BEWUST WORDEN VAN HET MEEDELEN VAN RESULTATEN EN KANER HIERDOOR MEER AANDACHT AAN SCHENKEN.
- ❑ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

- ❑ **WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT**
- ❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

  WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

- ❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

  WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

….

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

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? DR. GERT STEEL

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

- ❑ **JA**

- ❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

- ❑ **JA (PRAKTIJK TUSSEN 8 EN 19U OP WEEKDAGEN, DAARBUITEN WACHTDIENST GENT)**
- ❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? DR. GERT STEEL

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

AFWIJKINGEN DIE VROEGER NIET OPGEMERKT WERDEN ZULLEN NU WEL GEZIEN WORDEN.

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

- ☐ JA
- ☐ **NEEN**

ZO JA: …

A. LANGS WELKE WEG ? …

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : …

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? …

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

- ☐ JA

  WELKE ? …

- ☐ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

- ☐ JA
- ☐ **NEEN**

ZO NEEN, LEG UIT : …

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. **ANDERE**: INTERVIEWS

F. **ANDERE** : INTERVIEWS

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDG PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEK VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIEN "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURI VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

- ☐ **NIET VAN TOEPASSING**
- ☐ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:
  - ☐ ERELOON:
  - ☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJEC OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, D GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM :
NAAM : GERT STEEL
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 30/3/15
NAAM : PIERRE VAN MAELE / MARIANNE KOK
HANDTEKENING :

Dr Pierre Van Maele
Zebrastraat 28/002
9000 Gent
1-36165-23-004
Tel.: 09 223 16 71

PROMOTOR

DATUM : 27 maart 2015
NAAM : PROF DR. DIRK AVONTS
HANDTEKENING :

DR. MARIANNE KOK
www.huisartsgent.be
Zebrastraat 28/002 9000 GENT
RIZIV 1-47556-78-004
09/223.16.71

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

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. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0457	27-jan-16	Zie "CC"

BETREFT Advies voor monocentrische studie met als titel:
Optimaliseren van (telefonisch) medisch advies, meedelen van resultaten van labo en medische beeldvorming: organisatorische aanpak in de opleidingspraktijk.
(Manama Gert Steel)
Belgisch Registratienummer: B670201524620

Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier dd. 31/03/2015 (versie 1) - (volledig ontvangen dd. 13/04/2015)
* Toestemmingsformulier
* Antwoord onderzoekers
  ontvangen via mail dr. Gert Steel dd. 26/06/2015 in antwoord op opmerkingen EC dd. 14/04/2015
* Informatieformulier
  deelnemers interview (+ interviewguide) (versie 2 dd. 24/06/2015)

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 24/06/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 24/06/2017, 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 24/06/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 24/06/2017, 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 18/08/2015
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 18/08/2015

- *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)*

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

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

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development: Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg