Optimaliseren van (telefonisch) medisch advies, meedelen van resultaten van labo en medische beeldvorming.
De visie van de patiënt.

Dr. Daphné Van Den Daele, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Praktijkopleider: Dr. Piet Daneels

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

“De auteur en de promotor geven de toelating deze scriptie voor consultatie beschikbaar te stellen en delen ervan te kopiëren voor persoonlijk gebruik. Elk ander gebruik valt onder de beperkingen van het auteursrecht, in het bijzonder met betrekking tot de verplichting uitdrukkelijk de bron te vermelden bij het aanhalen van resultaten uit deze scriptie.”

1 Inhoudstafel

1 Inhoudstafel 4
2 Dankbetuiging 5
3 Abstract 6
4 Inleiding 7
5 Verkennend literatuuronderzoek 10
5.1 Onderzoeksvraag 10
5.2 Methode van literatuuronderzoek 11
5.3 Resultaten van het verkennend literatuuronderzoek 11
6 Materialen en methoden 17
7 Resultaten 18
7.1 Praktijkschets 18
7.2 Vragenlijst 18
7.3 Demografie 19
7.4 Labo-onderzoek 21
7.5 Beeldvormingsonderzoek 24
7.6 Medisch advies 26
8 Discussie 27
9 Besluit 33
10 Referenties 34
11 Bijlagen 36
11.1 Bijlage 1: Uitleg aan de patiënt 36
11.2 Bijlage 2: Toestemmingsverklaringsformulier (Informed consent) 37
11.3 Bijlage 3: Verzoek tot advies van het ethisch comité met handtekeningen 38
11.4 Bijlage 4: Goedkeuring ethische commissie 47
11.5 Bijlage 5: Enquête 49
11.6 Bijlage 6: Start verwerking gegevens van de vragenlijst in Microsoft Excel 51

2 Dankbetuiging

Mijn dank gaat uit naar verschillende personen die belangrijk zijn voor mij en betrokken waren bij dit onderzoek en het opmaken van deze masterproef. Eigenlijk zou ik dit willen uitbreiden naar iedereen die mij gesteund heeft gedurende de periode die mij tot hier gebracht heeft. Gedurende de aanloop naar dit afsluitend project, en eigenlijk tijdens de gehele opleiding geneeskunde aan de Universiteit van Gent, waren verschillende mensen van het allergrootste belang. Het waren fascinerende jaren met de nodige steun uit verschillende hoeken.

Vooreerst wil ik mijn ouders en ons gezin bedanken om me al die jaren met hun onvoorwaardelijke steun en fierheid te blijven inspireren om me intellectueel te ontwikkelen, voor de geboden kansen om deze unieke studie te kunnen voltooien en om steeds klaar te staan met de nodige raad en advies.

Daarnaast wens ik mijn peter, familie en grootouders te bedanken voor hun interesse en fascinatie in de brede medische sector. Zij maakten mijn beroepskeuze evidenter aangezien zij deze wereld ook van binnenuit kennen.

Verder wil ik de vriendschappen koesteren die tijdens deze studie ontstaan of zelfs verstevigd zijn. Verschillende mensen met de neuzen in dezelfde richting maken het makkelijker om de moeilijke momenten door te komen. Sommige vriendschappen werden onvoorwaardelijk doorheen de jaren en bleken van onschatbaar belang.

Voor deze masterproef wil ik specifiek mijn promotor bedankten, professor dokter Dirk Avonts. Hij stuurde me in de juiste richting om dit project tot een goed einde te brengen. Zijn hulp en advies werd ten zeerste geapprecieerd.

Daarnaast wil ik vooral mijn praktijkopleider, dokter Piet Daneels, bedanken voor zijn steun, advies, aanmoediging, kennis, goede raad, wijsheid, geduld en begeleiding tijdens de tweejarige opleiding tot “Master in de Huisartsgeneeskunde”. Zijn geloof in mijn kunnen tilt onze samenwerking naar een hoger niveau.

Als laatste mijn partner Kristof voor zijn liefdevolle steun, blijvende aanmoediging en geduld.

3 Abstract

Optimaliseren van (telefonisch) medisch advies, meedelen van resultaten van labo en medische beeldvorming. De visie van de patiënt.

Naam: Dr. Daphné Van Den Daele

Promotor: Prof Dr. Dirk Avonts

Praktijkopleider: Dr. Piet Daneels

Universiteit Gent

Context: In een huisartsenpraktijk worden regelmatig aanvullende onderzoeken gedaan zoals bloedonderzoeken en medische beeldvorming met verschillende doeleinden: diagnostisch, routine, jaarlijks… Artsen moeten dus veel inkomende informatie correct verwerken en overbrengen naar de patiënt. Een adequate resultatenoverdracht is –ondanks de drukte in de praktijk- een essentieel onderdeel van communicatie tussen arts en patiënt en zorgt voor een grotere patiëntentevredenheid, minder fouten, meer veiligheid, meer therapietrouw, betere follow-up en een kwaliteitsvollere gezondheidszorg.

Onderzoeksvraag: Er dient een evenwicht gevonden te worden in tijd, drukte, correctheid en tevredenheid tussen de voorkeuren van de arts en de patiënt naar meedelen van resultaten. Er is al meer onderzoek gedaan naar de visie van de artsen. Daarom is het belangrijk om de patiënt te vragen wat hij ziet als ideaal communicatiemiddel voor de resultaten van bloedonderzoeken en medische beeldvorming en hoe tevreden hij hierover is. Het is relevant voor de huisarts voor een betere arts-patiënt relatie en meer tevredenheid.

Methode: Na een verkennend literatuuronderzoek wordt een vragenlijst opgesteld van 12 vragen, zowel open als gesloten vragen met slechts 1 antwoordmogelijkheid. Informed consent wordt gehandtekend door de patiënt. Het heeft geen belang als de resultaten normaal of afwijkend zijn. De antwoorden worden anoniem verwerkt via Microsoft Excel. Er wordt gevraagd naar geslacht, leeftijd, voorkeur van de arts, soort onderzoek (labo of beeldvorming), doel van het onderzoek, afgesproken methode voor resultatenoverdracht, hoe het effectief doorgegaan is, of ze tevreden zijn. Er werden 51 vragenlijsten meegegeven. De respons rate is 82,4%. Er werd niemand geëxcludeerd.

Resultaten: Er namen 19 vrouwen (45,2%) en 23 mannen (54,8%) deel met een gemiddelde leeftijd van 61,9 jaar. Bijna 2/3 van de deelnemers (64,3%) was 60 jaar of ouder. Het merendeel (81%) van de onderzoeken waren labotesten. De meeste patiënten hoorden hun resultaten liefst tijdens het terugbeluurtje (32,4%), op de tweede plaats consultatie (23,5%). Slechts 17,6% wilde dezelfde arts bij de mededeling van de resultaten als bij het aanvragen, vooral oudere patiënten. 91,2% was tevreden met de manier van informatieoverdracht. Bij beeldvormingsonderzoek ligt dit in dezelfde lijn. Tevredenheidspercentage over het gehele onderzoek is 90,5%.

Besluit: De meeste patiënten worden het liefst telefonisch op de hoogte gebracht van hun resultaten tijdens een telefoonbeluurtje of op consultatie. Er is niet echt 1 voorkeursmanier naargelang het doel van het onderzoek. Over het algemeen zijn zij zeer tevreden en zijn ze van mening dat beide artsen voldoende op de hoogte zijn van hun dossier.

Sleutelwoorden: eerstelijnspraktijk, communicatie, patiëntentevredenheid, meedelen resultaten, labo-onderzoek, medische beeldvorming

Email: daphne.vandendaele@hotmail.com

ICPC code: E communicator

4 Inleiding

Het beroep der huisarts zorgt voor heel wat variatie, zowel op vlak van patiënt als problematiek. Van jong tot oud, van aan de wieg tot in het rusthuis. In tussentijd proberen we maximale zorg te bieden. Patiënten in een eerstelijnspraktijk bezoeken hun arts om de meest uiteenlopende redenen en verwachtingen. Het gaat over fysieke, psychische en administratieve problemen, medisch advies, preventie, screening, acute pathologie, chronische problemen, jaarlijkse bloedonderzoeken … Er worden dus regelmatig onderzoeken aangevraagd en uitgevoerd. Afhankelijk van de klacht, vraagt dit om een labotest (bloedonderzoek en/of urinetest) of aanvraag van medische beeldvorming. Ze hebben ook verschillende doeleinden. Ze kunnen kaderen in onderzoek naar acute pathologie ter opsporing van een ziekte, in dat geval spreken we van diagnostisch gebruik. Andere aanvragen worden toegepast in een eerder chronische setting bijvoorbeeld de opvolging van ijzertekort of de correctheid van warfarine therapie (INR, International Normalized Ratio, internationale maat voor de stolbaarheid van bloed), nog andere dienen als screening. Op het totaal aantal consultaties bij de huisarts kan bij één derde een bloedonderzoek uitgevoerd worden, bij 12% een aanvraag voor beeldvorming. Wij als huisarts dienen dus heel wat verschillende inkomende informatie te bekijken, behandelen en te verwerken. (1-3)

Het proces om uiteindelijk de resultaten mee te delen aan de patiënt telt meerdere stappen. Het is een complex systeem waarbij elke stap foutloos zou moeten uitgevoerd worden om uiteindelijk kwaliteitsvol te zijn. Echter, niet alle stappen van het proces zijn gestandaardiseerd, of kunnen dit zijn. Het gaat van anamnese, correct aanvragen van testen (zowel labotesten als medische beeldvorming), het correct uitvoeren van die testen en het bereiken van het resultaat bij de arts tot het meedelen van het resultaat aan de patiënt op gelijk welke manier. Het is een feit dat bij elke stap in dit proces fouten gebeuren. Zelfs als wij, als arts, enkel de laatste stap in dit proces kunnen verbeteren dan zou de communicatie positief evolueren en vermindert de foutenlast. Dit zorgt dan op zijn beurt voor een algemeen betere communicatie, meer betrokkenheid van de patiënt zelf, een betere follow-up, meer veiligheid voor de patiënten en een kwaliteitsvollere gezondheidszorg. Een verbetering kan enkel gebeuren indien de communicatie volledig is en zo een gedrags- en gezondheidsverandering kan teweeg brengen. Een efficiënte arts-patiënt communicatie is een zeer belangrijke pijler is een goed gezondheidssysteem. Het is één van de 7

vaardigheden of competenties die je als arts zo goed mogelijk onder de knie moet krijgen, de zogenaamde CanMeds-rollen. (1,3-6)

Het is vanzelfsprekend dat te weinig, te snelle, of foute communicatie in de (huisarts)geneeskunde zorgt voor onvoldoende zorg voor de patiënt en dus op zijn beurt voor een gebrekkige gezondheidszorg in het algemeen. Daarover zijn verschillende bronnen het eens. Dat de patiënten zelf voldoende geïnformeerd zijn over hun eigen gezondheidstoestand draagt bij tot een meer betrokkenheid, een verhoogde “awareness” en stelt hen zo in staat om toch deels zelf een verantwoordelijkheid te dragen naar hun eigen gezondheidszorg, in samenspraak met hun huisarts en andere gezondheidswerkers. Zo worden patiënten meer proactief en verbetert de opvolging doordat ze zelf ook meer initiatief nemen. Het vermindert de foutenlast en de kans om iets over het hoofd te zien, de follow-up verbetert, het vermindert de werklast voor de arts. De beste manier of het beste kanaal om te communiceren tussen huisarts en patiënt is jammer genoeg niet vastgelegd. (6-8)

Slechte of onvoldoende communicatie is voor patiënten (en voor de artsen) een oorzaak van onduidelijkheid en ontevredenheid. Communicatie bestaat uit verschillende deeldomeinen: verbaal, non-verbaal, inhoud. Zij moeten samen een geheel maken zodat de patiënt voldoende én correct op de hoogte is van zijn gezondheidstoestand. Belangrijke aspecten die hiertoe bijdragen zijn woordgebruik, vakjargon, taak- en/of patiëntgericht, tijdsdruk, emoties herkennen, arts- of patiëntfocus, empathie, lichaamstaal. Sommige artsen vallen snel in vakjargon dat de patiënt vaak niet begrijpt en waarvan hij vaak niet durft zeggen dat hij het niet begrijpt. Dit zorgt voor gebreken in de communicatie en vervolgens slechte opvolging van adviezen, misverstanden en fouten. Emoties niet herkennen of benoemen, de focus van de patiënt niet vatten of een onduidelijke uitleg geven, maakt dat de patiënt onvoldoende antwoorden krijgt op zijn vragen en dus het advies niet goed opvolgt of er twijfel groeit. Individuele patiënten, met elk hun eigen kenmerken, komen met uiteenlopende maar specifieke verwachtingen naar de arts. Psychosomatiek vraagt een andere aanpak dan acute pathologie, ouderen verschillen namelijk van jongeren. De ene wil een medicamenteuze behandeling, een andere patiënt met hetzelfde probleem verwacht misschien enkel geruststelling. Behandelen (to cure) en zorgen voor een patiënt en zijn welbehagen (to care) is niet hetzelfde. In de studie van Van Den Brink-Muinen et al. blijkt dat 99% van de patiënten voldoende aandacht kreeg, ondanks het feit dat ze dat aspect niet allemaal belangrijk vonden. Vrouwelijke huisartsen communiceerden meer affect- en taakgericht met hun patiënten, en dan vooral met de vrouwelijke, in vergelijking met

mannelijke artsen. Affectgerichte communicatie beslaat vooral de subjectieve delen zoals vriendelijkheid, aandacht, goed luisteren, voldoende tijd, openheid en empathie. Taakgerichte communicatie omvat dan eerder objectieve kenmerken zoals correcte diagnose, goede uitleg errond, behandeling, advies en symptoomcontrole, klinisch onderzoek. Beide delen zijn steeds belangrijk, maar daarom niet steeds even belangrijk voor elke patiënt. Daarom is het nodig om met een patiënt- en affectgerichte benadering de voorkeuren en de noden van de patiënt te herkennen en zo mogelijks daarop in te spelen. Dit is een essentieel deel om het hele proces te kunnen verbeteren. Dus ook bij het doorgeven van testresultaten is dit allemaal van groot belang. Zo zorgt goede communicatie voor tevreden patiënten, opgevolgde adviezen, tevreden artsen en dus een kwalitatieve gezondheidszorg. (2, 5-6, 9-11)

5 Verkennend literatuuronderzoek

5.1 Onderzoeksvraag

Elke patiënt heeft recht op informatie maar heeft ook een medewerkingsplicht. Er dient een evenwicht gevonden worden om opnieuw een correcte communicatie aan te bieden tussen arts en patiënt, waarin beide partijen zich kunnen vinden. De tijd die hieraan gespendeerd wordt, de uitleg, de juistheid, de mogelijkheid tot vragen, tevredenheid van de patiënt én arts zijn ook factoren die een belangrijke rol spelen. Vanuit de visie van de arts is al meer onderzoek gedaan. Daarom spits ik mij toe op de patiëntgerichte benadering van dit onderwerp. Er werd nagevraagd wat de patiënt zag als ideaal communicatiemiddel, hoe werd afgesproken de overdracht te doen, hoe deze effectief gebeurde en of zij tevreden waren hoe dit dan gebeurd was. In onze praktijk is er geen systematische aanpak hiervan. Het is afhankelijk van de wens van de individuele patiënt en de macht der gewoonte hoe de resultaten besproken worden, meestal op elk uur van de dag. Dit brengt met zich mee dat het geheel wat onoverzichtelijk kan worden of resultaten vergeten doorgegeven worden zonder actieve opvolging. Ik probeer een meer gestandaardiseerde methode te ontwikkelen om zo de informatieoverdracht te vergemakkelijken voor zowel arts als patiënt. Een methode vinden die werkt zowel voor beide partijen, die leidt tot een verbetering in de zorg, meer patiëntentevredenheid en een vermindering in foutenlast zou het ideaal zijn. Het is een praktijkverbeterend project in die zin dat het in onze praktijk een blik werpt op de voorkeuren van onze patiënten, hoe tevreden zij zijn met de huidige manier van werken en of we hier nog verbeteringen kunnen maken. Het is een verzameling van manieren om resultaten mee te delen en de visie van de patiënt hierover. Het is relevant voor de huisarts om te weten hoe dit schijnbaar klein aspect wel een grote rol speelt in de communicatie tussen beiden, de invloed op de arts-patiënt relatie, de therapietrouw en op grotere schaal de gezondheid van de patiënt. (3,6)

Het is niet zo dat de voorkeur van de arts daarom ook de voorkeur van de patiënt is en dat beide partijen hier steeds mee tevreden zijn. Huisartsen hebben naast de zorgen rond hun patiënt ook hun eigen belangen. Dit gaat dan eerder over werklast, tijdsdruk en praktijkvoering. Het gaat erom dat beide verwachtingen zoveel als mogelijk ingelost kunnen worden. Dit is de reden waarom ik dit onderwerp gekozen heb voor mijn masterproef. Daarom heb ik onderzoek gedaan naar de voorkeur van de patiënt bij het meedelen van

laboresultaten en bij medische beeldvorming om zo meer evenwicht te creëren en te proberen een standaard te ontwikkelen. De beste manier om zo goed mogelijk te communiceren met de patiënt en hem tevreden te stellen draagt bij tot een groter inzicht en een betere zelfzorg. (4,11)

5.2 Methode van literatuuronderzoek

Om de literatuur te onderzoeken die passend was bij dit thema, werd eerst in de database van de beschikbare masterproeven gekeken die aanleunden bij dit onderwerp. Enkele hieruit werden weerhouden en indien nodig opgevraagd bij de auteurs. Bij deze masterproeven werden de referenties in acht genomen en opgezocht.

Er werd voornamelijk gezocht naar beschikbare literatuur via de database van Pubmed. In het bijzonder artikels handelend over patiëntentevredenheid, meedelen van laboresultaten, verschillende manieren om resultaten mee te delen, visies van patiënten hieromtrent. De gebruikte zoektermen waren "communication", “test results”, “patients”, primary care”, “satisfaction”, patient test”, “lab(oratory) results”, “general medicine”, “family medicine”, “general practice”, “ways of communication”, “family practice”, “errors in communication”, “patient preferences”, “patient expectations”, “notification patient”, “health care”, “safety”, “responsibility” … en verschillende combinaties onderling. Uit deze verzameling werden een aantal artikels weerhouden. Ook werden steeds de gerelateerde artikels bekeken, alsook de referenties. Indien interessant werden ze ook weerhouden als bron voor deze masterproef.

5.3 Resultaten van het verkennend literatuuronderzoek

In de studie van Bowling et al. werden de voorkeuren beschreven van de patiënten betreffende communicatie van arts naar patiënt. Zij verwachten vooral klare en correcte informatie zowel voor doorverwijzing als opvolgconsult, punctueel en behulpzaam personeel in de praktijk, een bekwame arts, duidelijke en verstaanbare uitleg, betrokkenheid in het beslisproces en symptoomvermindering. Andere verwachtingen van de patiënt werden niet of minder ingelost bijvoorbeeld op tijd gezien worden en door de arts van voorkeur. Proberen zoveel als mogelijk de verwachtingen van de patiënt tegemoet te komen, zorgt voor een betere communicatie en een grotere patiëntentevredenheid. Een duidelijke en correcte

overdracht van zowel normale als afwijkende resultaten binnen een redelijke termijn maakt de communicatie succesvol. (6,12)

Er zijn natuurlijk verschillende manieren om de patiënt op de hoogte te stellen van het resultaat bij een onderzoek: op consultatie komen, patiënt belt naar de arts, arts belt naar de patiënt, per post, per email, geen nieuws is goed nieuws … Er is reeds onderzoek gedaan wat nu eigenlijk het beste kanaal is om dergelijke resultaten mee te delen, dan nog het meest vanuit de visie van de arts. Er zijn hierrond enkele studies uitgevoerd maar er bestaat echter geen gouden standaard. (6)

De wijze van resultaten meedelen is afhankelijk van diverse factoren. Arts- en patiëntspecifieke factoren, reden van de test, snelheid van de test, gemak van communicatie, belangrijkheid van de test … Zo ontstaan verschillende voorkeuren van de patiënt uit. In het artikel van Couchman et al. is het merendeel voorstander om te communiceren via email als het gaat om uitslagen van bijvoorbeeld cholesterol en glycemie. Dit was dan niet hun voorkeursmiddel wanneer het gaat over het resultaat van een CT-scan van de hersenen. In deze vergelijking speelt ook de tijd een rol: de uitkomst van een CT-scan is van hoger belang dan het cholesterolgehalte en dus wil de patiënt dan geen 3 dagen wachten op nieuws van zijn arts. Daaruit kunnen we opmaken dat voor routine testing de snelheid minder van belang is dan bij diagnostische testen, zowel bij een bloedtest als beeldvorming. (13)

Dagelijks worden huisartsen in Vlaanderen frequent gestoord tijdens de consultaties door telefoongerinkel, vooral in de voormiddag. De telefoon is slechts één van de vele mogelijkheden om te communiceren tussen arts en patiënt. Weliswaar heeft elke patiënt recht op tijd en advies, maar steeds gestoord worden tijdens consultatie zorgt voor frustratie bij zowel arts als patiënt. Het is dus nodig om deze belasting meer te spreiden en om efficiëntere oplossingen te zoeken voor dit probleem. Er zijn hiervoor verschillende mogelijkheden voorhanden: (deeltijds) inschakelen van een praktijkassistent of secretariaatsmedewerker, meer telefoonlijnen, een aparte spoedlijn, bundelen naar een telefoonbeluurtje, een online agenda systeem … Het totaal aantal telefoons zal gelijk blijven maar de rechtstreekse belasting voor de arts in kwestie wordt minder zwaar. De helft tot 60% van het aantal telefoons kan door derden, bijvoorbeeld de praktijkassist, afgehandeld

worden. In andere gevallen bracht de huisarts-in-opleiding soelaas om de telefoondruk te verminderen. (14-16)

In het artikel van Leekha et al. uit 2009 werd gekeken naar de voorkeuren en tevredenheid van patiënten bij het verkrijgen van testresultaten van een routine bloedonderzoek in een eerstelijnspraktijk. In 55% van de gevallen gaat de voorkeur van de patiënt uit naar een telefonisch consult, 20% verkiest een consultatie bij de arts, 19% is tevreden met een brief en 5% verkiest email. Uit de 888 antwoorden werd dan uiteindelijk het vaakst het resultaat telefonisch meegedeeld (43%), op de tweede plaats staat consultatie bij de arts (35%), gevolgd door een brief (3%), email (0,1%) of een combinatie van verschillende (19%). Bijna de helft (44%) van de patiënten kreeg zijn testresultaten op zijn voorkeursmanier. Patiënten waarbij dit niet gebeurde, waren meer ontevreden over de communicatie dan de andere patiënten (10% tegenover 5%). (10)

De komst van het internet heeft tot gevolg dat er meer mogelijkheden bestaan om te communiceren tussen arts en patiënt, in beide richtingen. Er is ook veel meer (semi?) medische informatie beschikbaar die de patiënt minder de leek maakt die hij vroeger was. De patiënt weet nu al veel meer via het internet nog voor hij de spreekkamer binnenstapt. Sommige patiënten wensen hun testresultaten te ontvangen via email. Dit heeft zowel voor- als nadelen. Het werkt snel, is goedkoop en kan gebeuren op eender welk moment het beide partijen het best uitkomt. Het blijkt ook een goed alternatief te zijn voor situaties waarin andere methodes nadeliger blijken te zijn. Het stelt enkele belangrijke nadelen. Deze hebben voornamelijk betrekking op de volgende aspecten: privacy, toegang tot internet, geen interactie/discussie/planning tussen arts en patiënt, medico-legale problemen. Het vraagt vooral concrete richtlijnen rond gebruik en privacy naar zowel arts als patiënt. In het artikel van Goodyear-Smith et al. gebruikten slechts 4% van de ondervraagde huisartsen email regelmatig als communicatiemiddel. De meerderheid van 68% had dit nog niet gedaan. (5,17)

Vaak worden normale testresultaten zelfs niet doorgegeven aan de patiënt, dus volgens het principe “geen nieuws is goed nieuws” en dit omwille van verschillende redenen. Het kan immers zijn dat de patiënt toch binnenkort sowieso op consultatie komt, dat de partner gaat komen en dan terloops vragen, dat het slechts een routinecontrole was, dat de patiënt er van uit gaat dat de arts wel zal verwittigen bij een afwijkend resultaat, of omwille van tijdsgebrek,

nonchalance, onbereikbaarheid van de patiënt …Het effectief doorgeven van het resultaat is nochtans een cruciaal onderdeel en vormt zo het sluitstuk van efficiënte communicatie tussen arts en patiënt. Het nadeel van “geen nieuws is goed nieuws” is dat de kans verhoogt dat er vergeten wordt resultaten door te geven met mogelijks negatieve gevolgen voor de patiënt. Uit verschillende onderzoeken blijkt duidelijk dat deze manier niet de voorkeur verdient, zowel vanuit perspectief van de arts als dat van de patiënt. Uit de studie van Meza et al. blijkt dat het overgrote deel van de patiënten (94%) wel de voorkeur hebben om steeds op de hoogte gesteld te worden, zowel bij normale als bij afwijkende testresultaten. Daar is duidelijk een verschil in tevredenheid als de patiënten al dan niet de resultaten doorgekregen hebben. Er is wel een verschil tussen de artsen en de patiënten. 78,6% van de artsen vond ook dat de patiënten nieuws moesten krijgen over normale resultaten. Bijna 100% van de artsen verwittigden de patiënt in geval van afwijkende testen. Hun voorkeur was dan om de betrokkene te verwittigen van afwijkende resultaten via telefoon door de aanvragende arts (41,5%), gevolgd door telefoon door praktijkmedewerker (30,4%). In deze studie krijgt email de voorkeur (59%) van de patiënt als overdracht van testresultaten, gevolgd door telefonisch (16%), consultatie (12%), combinaties (6%). Tussen studies zijn grote verschillen waarneembaar als het gaat over elektronisch doorgeven van resultaten via email. Deze studie kan geen eenduidige conclusie maken over de voorkeur van de patiënt naar de manier van informatieoverdracht van resultaten. Het verschilt ook naargelang het een diagnostische test is of een chronische problematiek. (3,5-6)

Uit de studie van Grimes et al. blijkt ook dat het merendeel (92,5%) resultaat wilt krijgen van zowel normale als afwijkende waarden. Als de test normaal is dan gaat hun voorkeur uit naar een brief (31,7%), gevolgd door telefoon van een praktijkmedewerker (23,7%), dan telefoon door de arts zelf (22,8%). Het is anders als het gaat om een afwijkende test. Dan gaat de voorkeur uit naar telefonisch contact met de arts zelf voor 2 derden van de populatie, gevolgd door telefoon van een medewerker en tot slot consultatie. Vrouwen hadden de voorkeur naar een bericht via post. Mannen hadden liever telefonisch contact met hun arts. Jongere patiënten verkozen email. De meeste patiënten (60%) waren tevreden met hun manier van informatie overdracht. (2-3,6)

De meeste studies concluderen dat email en telefoon de voorkeurskanalen zijn om testresultaten door te geven. We zien vooral in Amerikaanse studies dat email de voorkeur heeft. Dit is niet zo in andere studies, dan is het eerder een consultatie. Welk kanaal ideaal is

voor informatieoverdracht wordt het best besproken met arts en patiënt om de beste outcome te bekomen. (2-3,6)

Het merendeel van de patiënten wil op de hoogte gebracht worden zowel van normale als afwijkende testresultaten. De meeste artsen doen dit ook. Maar dan rijst de vraag wie verantwoordelijk is in het geval een afwijking niet wordt meegedeeld aan de patiënt. Dit kan natuurlijk zonder grote gevolgen zijn maar soms zijn de implicaties groter en kunnen ernstige fouten gemaakt worden. Het is moeilijk te zeggen dat de verantwoordelijk ligt bij uitsluitend 1 van beide partijen. De grootste verantwoordelijkheid ligt bij de arts in de eerste plaats. Niettegenstaande hebben patiënten wel een eigen verantwoordelijkheid. Zij weten dat zij een onderzoek hebben laten uitvoeren bij hun arts van gelijk welke aard (bloedonderzoek, urine, uitstrijkje, beeldvorming …) en dienen binnen afzienbare tijd hiervan resultaat krijgen. Er kan uiteindelijk soms ook iets mis gaan bij de informatieoverdracht van onderzoek naar arts waardoor deze niet op de hoogte is en het uiteindelijk kan vergeten. Als de patiënt daarna de arts zelf contacteert kan deze extra navraag doen om het resultaat op te sporen. Als de patiënt ervan uit gaat dat de arts wel zal verwittigen, kan het zijn dat sommige resultaten onbekend blijven, ook voor de arts, zelfs al zijn ze afwijkend. Er is dus een gedeelde verantwoordelijkheid tussen alle personen bij gelijk welke stap in het proces. Dit is de mening van een derde van de huisartsen. Het is echter moeilijk te zeggen waar de verantwoordelijkheid van de ene stopt en de andere begint. Afwijkende waarden mogen niet tussen de mazen van het net vallen. Daarom is een goed opvolgsysteem van uitgevoerde testen aan de orde en kunnen onrust en overbodige testen vermeden worden. Er moet een efficiënt beleid zijn om alle stappen correct te doorlopen. Om deze reden zijn artsen geen voorstander van het principe “geen nieuws is goed nieuws” om deze reden. Daarom zijn er goede afspraken nodig tussen artsen en andere praktijkmedewerkers, maar ook tussen arts en patiënt. (2-3, 5-6, 18)

Artsen geven soms zelf aan dat het meedelen van resultaten niet altijd volledig correct verloopt. Dit heeft verschillende oorzaken. Ze kunnen onderverdeeld worden in 5 grote groepen: samenwerking, organisatie, communicatie, patiëntgerelateerde factoren en beroepsgeheim. Bij het onderdeel samenwerking kan het zijn dat de ene arts uitleg geeft over een resultaat maar door onvoldoende de context, voorgeschiedenis of de reden van aanvraag te kennen, kan het zijn dat het fout geïnterpreteerd wordt. Een patiënt nog niet gehoord hebben over zijn resultaat maar ervan uitgaan dat de andere arts dat wel heeft gedaan, kan maken dat een afwijkend resultaat niet doorgegeven wordt. Bij organisatie gaat

het vooral om praktische en technische zaken: een resultaat dat door het labo niet doorgezonden wordt, een fout in de briefwisseling … Communicatie beslaat verschillende topics. Vaak wordt een resultaat telefonisch doorgegeven. Bij oudere mensen met bijvoorbeeld gehoorproblemen ontstaan soms misverstanden en zo foutieve interpretaties over medicatieaanpassingen zoals bij INR controle. Ook slecht nieuws berichten zijn moeilijk om over de telefoon te behandelen. Als arts kan je op dat moment niet de uitleg doen of echt met de patiënt praten en moet je hem toch op consultatie laten komen. Sowieso moet je waakzaam blijven bij het telefonisch doorgeven van informatie. Dit omwille van privacy redenen en gevoeligheid van sommige informatie, maar ook voor het gevaar op misverstanden. Patiëntgerelateerde factoren zijn leeftijd, misverstanden, taal, cultuur, financiële toestand, socio-economisch, geen contact opnemen of onbereikbaar zijn. Een patiënt met financiële problemen kan het nalaten zich preventief te behandelen, of niet op consultatie komen om resultaten te bespreken omdat het hem teveel geld kost. Tot slot het beroepsgeheim. Medische informatie mag niet zomaar doorgegeven worden aan anderen dan de patiënt zelf. Als minderjarigen op consultatie komen zonder hun ouders, maar als zij achteraf telefonisch navraag doen naar medische uitslagen, dan zou je eigenlijk op voorhand toch toestemming vragen aan de jongere zelf. (3)

In andere studies werd gevraagd aan de artsen wat zij zien als mogelijke oplossingen voor dergelijke problemen. Deze werden gegroepeerd in 3 categorieën: uitbreiden van de secretariaatstaken, het elektronisch medisch programma verbeteren / gebruiksvriendelijker maken en het hele telefoongebeuren herbekijken. De werklast kan verminderd worden door een (extra) praktijkmedewerker, een online agenda, een telefoonsecretariaat. Softwareverbeteringen in de planning of als een resultaat niet / te laat toekomt in het systeem, een alarm zijn mogelijk voor het EMD te verbeteren. Kleine notities in het dossier zoals “resultaat gelezen” en “resultaat doorgegeven aan patiënt” zouden ook hulpmiddeltjes zijn. Op vlak van telefoonverkeer zijn verschillende zaken mogelijk: het invoeren van een telefoonbeluurtje, een verloning voor de tijd hieraan gespendeerd, communicatie via andere kanalen zoals email. (3)

6 Materialen en methoden

De onderzoeksvraag in deze masterproef handelt vooral over patiëntentevredenheid bij het meedelen van resultaten van labo en medische beeldvorming, de visie van de patiënt op de verschillende manieren om deze informatie mee te delen, alternatieven om dit te doen, het belang van voorkeur tussen de aanvragende arts en de arts die het resultaat meegeeft, mogelijkheden om dit communicatieproces te optimaliseren naargelang welk onderzoek, en evenwicht tussen de voorkeuren van de arts en van de patiënt met de focus op deze laatste.

Voor deze masterproef werd een prospectief observationeel onderzoek uitgevoerd aan de hand van een vragenlijst voor deelnemende patiënten. Deze enquête bestaat uit 12 vragen, zowel open als gesloten. Er mag steeds slechts 1 antwoord aangeduid worden. Het is mogelijk de vragenlijst in te vullen op 5 minuten. Deze werd voorgelegd, uitgelegd en meegegeven aan patiënten die passen bij het profiel opgesteld door vooropgestelde in- en exclusiecriteria. Alsook ingesloten bij deze enquête zat het blad van “uitleg aan de patiënt”, en het toestemmingsverklaringsformulier” (informed consent). Steeds werd hierbij de naam van de deelnemer, de datum van invulling, handtekening en “gelezen en goedgekeurd” ingevuld, alsook mijn handtekening. Op een lijst werd de naam genoteerd. Zo was het duidelijk als de patiënt zijn exemplaar reeds ingediend had of wie reeds had meegewerkt aan de gegevensverzameling. Er werd steeds bij vermeld dat de verwerking anoniem ging gebeuren. De pagina waarop de naam en handtekening van de deelnemer genoteerd was, werd voor de verwerking van de enquêtes afgescheurd zodat het onmogelijk was om te achterhalen welke enquête aan welke deelnemer toebehoorde en de verwerking effectief volledig anoniem kon doorgaan. De enquêtes werden door zowel mijn collega (mijn praktijkopleider) als ikzelf meegegeven in de periode van 2 september 2015 tot en met 25 november 2015.

De antwoorden van de vragenlijsten worden ingevoerd in een database van Microsoft Excel, zonder naam, datum, telefoonnummer of andere gegevens waaraan de identiteit zou kunnen gelinkt worden. Aan de hand van deze vragenlijst worden verschillende berekeningen gedaan om zo de resultaten analytisch te bekijken.

7 Resultaten

7.1 Praktijkschets

In onze praktijk werken 2 artsen: mijn praktijkopleider (mannelijk, 48 jaar, verder als arts A benoemd) en ik (vrouwelijk, 27 jaar, verder als arts B) als huisarts in opleiding. We hebben een middelgrote landelijke praktijk, met redelijk veel mensen boven de leeftijd van 50 jaar en veel oudere chronische patiënten. De laatste jaren komen steeds meer jongere mensen met kinderen over de vloer. Sommige patiënten hebben een voorkeur voor de ene of de andere arts, om gelijk welke reden. Toch proberen we wat af te wisselen in patiëntencontacten zodat we geen 2 praktijken hebben die naast elkaar lopen, of de ene arts exclusief die ene patiënt ziet en de andere niet meer. Door regelmatig patiëntenoverleg te houden, proberen we steeds op de hoogte te zijn van elkaars patiëntencontacten.

7.2 Vragenlijst

Aan de hand van de vragenlijst probeer ik de voorkeur van de patiënten te achterhalen. Dit heeft onder andere betrekking op de keuze van arts maar de focs ligt vooral op de ideale manier voor het meedelen van resultaten over labo-onderzoeken en medische beeldvorming. Met het echte resultaat van de test, normaal of afwijkend, wordt geen rekening gehouden. De vragenlijsten werden ook allemaal anoniem verwerkt en men kan op geen enkele manier achterhalen wie welke vragenlijst invulde.

Er wordt gevraagd naar leeftijd, welk onderzoek ze hebben laten uitvoeren (bloedonderzoek inclusief urine onderzoek, of beeldvorming), met welk doel dit gebeurde (bijvoorbeeld diagnostisch of jaarlijkse bloedafname), hoe werd afgesproken om de resultaten door te geven, hoe deze overdracht effectief gebeurde, of ze graag dezelfde arts hebben om de resultaten te bespreken als diegene die het onderzoek aangevraagd had, of ze tevreden waren over het meedelen van de resultaten (voldoende tijd, voldoende uitleg …) en als laatste werd nagevraagd of de patiënt zelf een voorstel of voorkeur had naar de toekomst toe. Daarnaast mochten de deelnemende patiënten nog eventuele opmerkingen noteren.

Er werden 51 vragenlijsten meegegeven. Negen van hen heb ik niet terug ontvangen en zijn dus non-responders. Zij worden niet meegeteld in de verdere berekeningen. Het totaal staat zo op 42 correct ingevulde enquêtes. De respons rate is dus 82,4%. Er werden geen patiënten geëxcludeerd uit de studie. Ze beantwoorden allemaal aan de voorwaarden.

7.3 Demografie

Het aantal vrouwelijke participanten is 19 (45,2%), het aantal mannen 23 (54,8%). De gemiddelde leeftijd, geslachtsonafhankelijk, is 61,9 jaar. De gemiddelde leeftijd bij de deelnemende vrouwen is 57,2 jaar met een spreiding tussen 24 en 82 jaar. Bij de mannen is de spreiding tussen 25 en 86 jaar met een gemiddelde van 65,9 jaar. Op 42 patiënten zijn 27 die 60 jaar zijn of ouder, dat is 64,3%, dus bijna 2/3 van de deelnemers. Er zijn geen verdere gegevens beschikbaar over de deelnemende patiënten. Deze zijn niet relevant voor het onderzoek.

GEHELE STUDIE	**Mannen**	**Vrouwen**	**Totaal**
Aantal absoluut (percentage)	*23 (54,8%)*	*19 (45,2%)*	*42*
Gemiddelde leeftijd (jaar)	*65,9*	*57,2*	*61,9*
Spreiding in leeftijd (jaar)	*25-86*	*24-82*	*24-86*

Tabel 1: Demografie: Verdeling naar geslacht

Als we kijken naar de patiëntenverdeling qua geslacht en leeftijd in functie van de behandelende arts, heeft arts A volgens de vragenlijst 7 mannen gezien, met een gemiddelde leeftijd van 69,1 jaar met een spreiding tussen 41 en 84 jaar. Hij heeft ook 7 vrouwelijke patiënten gezien, met een gemiddelde leeftijd van 56 jaar, met een spreiding tussen 25 en 74 jaar. Het gemiddelde in totaal van zijn deelnemende patiënten (N=14) is 62,5 jaar. Hij heeft dus een gelijkmatige spreiding in verdeling naar geslacht (50% mannen, 50% vrouwen). Nu maken we dezelfde vergelijking met de patiënten van arts B die

deelgenomen hebben: 16 mannelijke patiënten tussen 25 en 86 jaar met een gemiddelde van 64,5 jaar. Bij de 12 vrouwelijke patiënten tussen 24 en 82 jaar is de gemiddelde leeftijd 58 jaar. Dit maakt het gemiddelde van het totaal aantal patiënten van arts B (N=28) 61,7 jaar. Daaruit kunnen we afleiden dat er slechts een verwaarloosbaar verschil is bij de patiëntenverdeling tussen mijn oudere, mannelijke collega naar leeftijd toe. Ik heb iets meer mannen gezien: 16 mannen tegenover 12 vrouwen: 57,1% tegenover 42,8%.

GEHELE STUDIE	**Mannen**	**Vrouwen**	**Totaal**
Aantal absoluut (percentage)	*7 (16,66%)*	*7 (16,66%)*	*14 (33,33%)*
Gemiddelde leeftijd (jaar)	*69,1*	*56*	*62,5*
Spreiding in leeftijd (jaar)	*41-84*	*25-74*	*25-84*

Tabel 2: Demografie: Verdeling naar geslacht en leeftijd in functie van behandelende arts (arts A)

GEHELE STUDIE	**Mannen**	**Vrouwen**	**Totaal**
Aantal absoluut (percentage)	*16 (38,1%)*	*12 (28,6%)*	*28 (66,66%)*
Gemiddelde leeftijd (jaar)	*64,5*	*58*	*61,7*
Spreiding in leeftijd (jaar)	*25-86*	*24-82*	*24-86*

Tabel 3: Demografie: Verdeling naar geslacht en leeftijd in functie van behandelende arts (arts B)

7.4 Labo-onderzoek

In totaal zijn 34 labo-aanvragen uitgevoerd op 42 consultaties. Dit komt neer op 81% van alle gevallen. Arts A heeft op een totaal van 14 consulten 10 labo aanvragen gedaan (71,4%). Arts B heeft 24 labo-onderzoeken uitgevoerd op een totaal van 28 consultaties (85,7%).

We kijken eerst naar de verdeling van het doel van het onderzoek. Op het totaal van 34 zijn er 5 (14,7%) aanvragen voor een specialist (als voorbereiding op verwijzing naar een specialist bijvoorbeeld opvolging van tumormerkers), 4 (11,8%) ter opsporing van ziekte en dus met een diagnostisch doel, 2 (5,9%) zijn gecatalogeerd bij “andere” en waren ter opsporing van bijwerkingen van medicatie. Er waren 8 (23,5%) jaarlijkse onderzoeken bij (eenmalig per jaar screeningsonderzoek bloed en / of urine), 10 (29,4%) routinematige onderzoeken (bijvoorbeeld chronisch tekort aan ijzer en eventueel ijzersuppletie, hypothyroïdie en inname schildklierhormoon) en tot slot 5 (14,7%) voor controle INR. Naargelang de arts zijn wel verschillen in aanvragen. Zo heeft arts B 7 aanvragen voor een jaarlijks bloedonderzoek en arts A slechts 1. Bij jaarlijkse controle is de geslachtsverdeling gelijk: 4 mannen met een gemiddelde leeftijd van 52,5 jaar met een spreiding tussen 33 en 83 jaar, 4 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 59,8 jaar met een spreiding tussen 24 en 79 jaar. Het zijn dus niet enkel de ouderen die jaarlijks hun bloed laten controleren. Bij het testen van de INR zien we wel een duidelijke leeftijdscategorie: deze patiënten zijn tussen 68 en 86 jaar met een gemiddelde van 78,2. Alsook bij de routinematige controle zien we vooral patiënten in de hogere leeftijdsklasse. Hierbij komen we aan een gemiddelde van 67,2 jaar. Er is 1 uitschieter aan de linkerzijde, 27 jaar. Als we deze even buiten beschouwing laten is het gemiddelde 71,6 jaar.

DOEL	**Specialist**	**Diagnose**	**Jaarlijks**	**Routine**	**INR**	**Andere**	**Totaal**
Aantal absoluut (percentage)	*5 (14,7%)*	*4 (11,8%)*	*8 (23,5%)*	*10 (29,4%)*	*5 (14,7%)*	*2 (5,9%)*	*34 (100%)*
Arts A	*4*	*1*	*1*	*2*	*0*	*2*	*10*
Arts B	*1*	*3*	*7*	*8*	*5*	*0*	*24*
Bijzonderheden	- *Jaarlijks: 4 mannen: gemiddelde leeftijd 52,5 jaar (spreiding 33-83 jaar);*						

	vrouwen: gemiddelde leeftijd 59,8 jaar (spreiding 24-79 jaar) - *Routine: gemiddelde leeftijd 67,2 jaar* - *INR: gemiddelde leeftijd 78,2 jaar (spreiding 68-86 jaar)*

Tabel 4: Labo-onderzoek: Verdeling naar doel van het onderzoek

Steeds werd in de spreekkamer afgesproken hoe we verder de informatieoverdracht zouden afwerken. Vaak werd afgesproken dat de patiënt zelf op consultatie komt om zijn resultaat te bespreken. Dat was het geval bij 8 (23,5%) van de 34 patiënten, waarbij alle 8 ook effectief op consultatie gekomen zijn (100%). Een andere optie was het telefoonbeluurtje. Dit is dat er afgesproken wordt tussen welke vaste uren de patiënt mag terugbellen naar de praktijk voor het resultaat. Bij 11 (32,4) patiënten was dit de afspraak, 8 deden dit ook zo (72,7%). De overige 3 deden dit niet: één belde op een willekeurig moment terug, de andere was het vergeten, de derde patiënt werd door de arts verwittigd. In 7 (20,6%) gevallen werd afgesproken dat de patiënt zelf mocht bellen, niet gebonden aan vaste uren, en werd dit ook zo gedaan door alle 7 (100%). Bij 4 (11,8%) patiënten werd het resultaat met de post verstuurd. Alle 4 kregen ook resultaat via een ander kanaal: 2 kwamen ook op consultatie, de andere 2 telefoneerden op een willekeurig moment. Één (2,9%) patiënt ging door de arts gebeld worden, dit is ook zo gebeurd (100%). “Geen nieuws is goed nieuws” was de afspraak bij slechts 2 (5,9%) patiënten en werd ook zo uitgevoerd (100%). Bij 1 (2,9%) patiënt werd het resultaat rechtstreeks verzonden naar de specialist, zoals afgesproken (100%). In 27 gevallen op een totaal van 34 werd de afspraak nagekomen, dit is 79,4%. In de meeste gevallen werd afgesproken om de resultaten te horen tijdens een telefoonbeluurtje (32,4%) en op consultatie (23,5%). Als we kijken naar de personen die effectief op consultatie komen achteraf zien we dan de gemiddelde leeftijd 73,5 jaar is. Oudere mensen komen dus liever extra op consultatie.

LABO	**Consul-tatie**	**Telefoon bel-uurtje**	**Zelf bellen**	**Arts belt patiënt**	**“Geen nieuws is…”**	**Sturen naar spec.**	**Andere (post)**	**Totaal**
Afspraak absoluut (perc)	*8* *(23,5%)*	*11* *(32,4%)*	*7* *(20,6%)*	*1* *(2,9%)*	*2* *(5,9%)*	*1* *(2,9%)*	*4* *(11,8%)*	*34*

Effectief	*10*	*8*	*10*	*2*	*2*	*1*	*0*	*34*
Nagekomen	*8* *(100%)*	*8* *(72,7%)*	*7* *(100%)*	*1* *(100%)*	*2* *(100%)*	*1* *(100%)*	*0*	*27* *(79,4%)*

Tabel 5: Labo-onderzoek: Vergelijking afspraak versus effectief

Er was geen duidelijkheid tussen het doel van onderzoek en hoe de informatieoverdracht effectief gebeurde, enkel in het geval van INR-bepaling. In de 5 gevallen was de afspraak 4 keer dat de patiënt zou terugbellen tijdens het telefoonbeluurtje, één keer “geen nieuws is goed nieuws”. Steeds werd het ook effectief zo gedaan, met uitzondering van 1 patiënt die de gemaakte afspraak vergeten was. Bij het voorstel was het 3 maal telefoneren tijdens het telefoonbeluurtje en 2 maal “geen nieuws is goed nieuws”.

In de enquête wordt navraag gedaan naar het belang van dezelfde arts bij zowel het aanvragen van het onderzoek als het meedelen van de resultaten. Op het totaal van 34 aanvragen voor bloedonderzoek werd slechts 6 (17,6%) keer aangeduid dat ze dezelfde arts wilden. Dit is evenredig verdeeld: 3 bij mijn collega, 3 naar mij toe. De andere 28 patiënten (82,4%) hadden geen specifieke voorkeur. Zij zijn van mening dat we allebei over hun medisch dossier beschikken en zo voldoende kennis hebben om hun onderzoeksresultaten correct te interpreteren en over te brengen. Wat wel opvalt, is dat diegenen die wel dezelfde arts wilden, zich in een hogere leeftijdscategorie bevinden. De gemiddelde leeftijd daarvan is 74,3 jaar. Van de anderen is de gemiddelde leeftijd 66,9 jaar.

Tevredenheid is een belangrijk deel van resultatenoverdracht. Aspecten hiervan zijn voldoende tijd, voldoende informatie, en het ontvangen van voldoende hulp. De patiënt kon aanduiden of hij hierover tevreden was. Van de 34 labo-onderzoeken zeggen 31 patiënten dat ze tevreden zijn. Twee andere patiënten hebben niets aangeduid bij deze vraag. De reden voor hun ontevredenheid is dus onbekend. De overige had afgesproken te telefoneren tijdens het telefoonbeluurtje en is dit vergeten te doen. Daarom kon hij deze vraag niet beantwoorden. Deze score van 91,2% toont aan dat patiënten zeer tevreden zijn over het effect van resultatenoverdracht.

Als laatste werd nagevraagd of de patiënten zelf een voorstel hadden. In grote lijnen kunnen we dezelfde trends zien als de huidige werkmethodes, maar er is niet echt een opvallende voorkeur in de hele groep te zien. “Geen nieuws is goed nieuws” werd nu wel meer aangeduid. Nu zien 4 mensen dit als goede oplossing (11,8%). Het voorstel dat patiënten nu naar voor brengen, verschilt wel meer van de effectieve overdracht. Nu zijn er slechts 16 patiënten die hetzelfde zouden voorstellen als voorheen. Van de 11 patiënten die effectief op consultatie komen, doen er 6 hetzelfde voorstel. Zelf naar de praktijk bellen, zelfs op een willekeurig moment, scoort minder. Tien personen deden dit effectief, maar er zijn slechts 4 mensen die dit opnieuw voorstellen. Een telefoonbeluurtje wordt aangeraden door 8 personen (25,8%), op de voet gevolgd door 7 personen die op consultatie komen (20,6%). Acht anderen zijn onbeslist of hebben de vraag niet beantwoord. Het aantal patiënten met als voorkeur dat de arts zelf de patiënt contacteert, gaat van 1 (werkelijk gebeurd) naar 2 personen die dit voorstellen. Er is dus geen duidelijke uitgesproken wens van de patiënten uit dat de arts meer patiënten zelf moet contacteren. De patiënten nemen nog steeds zelf hun verantwoordelijkheid op om op één of andere manier zelf hun resultaat te weten te komen. Één persoon doet de suggestie om eerst telefonisch contact op te nemen en bij een afwijkend resultaat toch op consultatie te komen. Dit is beslist een goede instelling.

7.5 Beeldvormingsonderzoek

In 8 van het totale aantal consultaties zijn er beeldvormingsonderzoeken aangevraagd, dit komt neer op 19%. Arts A heeft op een totaal van zijn 14 consulten 4 beeldvormingsonderzoeken aangevraagd (28,6%). Arts B heeft 4 aanvragen ingediend op een totaal van 28 consultaties (14,3%). De geslachtsverdeling was 5 mannen en 3 vrouwen. De gemiddelde leeftijd is totaal was 45,5 jaar. De vrouwen waren gemiddeld 30 jaar, de mannen gemiddeld 54,8 jaar.

Het doel van een beeldvormingsonderzoek was in totaal 5 keer (62,5%) diagnostisch, 1 (12,5%) keer routinematig, 2 (25%) keer in het kader van specialistisch onderzoek.

Bij de diagnostische beeldvorming betreft het 3 vrouwen en 2 mannen met een gemiddelde leeftijd van 35,6 jaar. Dit is duidelijk een jongere groep. Twee mannen deden onderzoek voor

controle bij een specialist, gemiddeld 63 jaar. De man met de routinematige beeldvorming was 60 jaar.

Er is geen duidelijke lijn in hoe werd afgesproken om de resultaten te bespreken. Diagnostisch onderzoek werd niet noodzakelijk op de consultatie besproken, routinematig onderzoek werd niet telefonisch behandeld. Op de 8 onderzoeken werd 3 maal afgesproken om op consultatie te komen, 3 maal via het telefoonbeluurtje en 2 maal ging de patiënt zelf bellen in de loop van de week. Er werden geen andere opties genoteerd. De resultatenbespreking zelf gebeurde bij 4 personen op consultatie, 1 maal dat de patiënt zelf telefoneerde, 1 maal tijdens een telefoonbeluurtje, 1 maal werd de patiënt door de arts zelf verwittigd, 1 maal was de patiënt het vergeten. Bij 5 patiënten werd het resultaat ook effectief besproken zoals voorheen afgesproken. Er is grote spreiding in voorkeur. Men zou verwachten bij een diagnostisch onderzoek dat men op consultatie zou komen, maar in deze categorie is de verdeling 2 maal consultatie, 1 maal telefoonbeluurtje, 1 maal vergeten, 1 maal dat de arts de patiënt contacteert.

BEELD-VORMING	**Consul-tatie**	**Telefoon bel-uurtje**	**Zelf bellen**	**Arts belt patiënt**	**"Geen nieuws is…"**	**Sturen naar spec.**	**Andere (post)**	**Totaal**
Afspraak absoluut (perc)	*3*	*3*	*2*					*8*
Effectief	*4*	*1*	*1*	*1*				*7 (*)*
Nagekomen	*3 (100%)*	*1 (33,33%)*	*1 (50,0%)*					

Tabel 6: Beeldvormingsonderzoek: Vergelijking afspraak versus effectief

(*) = 1 patiënt was het vergeten

Bij diagnostisch beeldvormingsonderzoek stelt slechts 1 patiënt voor om toch op consultatie te komen, 1 patiënt kiest voor de optie "geen nieuws is goed nieuws", 2 personen willen dat de arts hen contacteert, 1 persoon geeft hierop geen antwoord. Dit staat wat tegenstrijdig

met de effectieve wijze van mededeling. De patiënt die het routinematig onderzoek onderging, is ook –zoals afgesproken- effectief gekomen op consultatie. De ene met het gespecialiseerd onderzoek stelt voor om zelf te bellen in de loop van de week, zo was het ook afgesproken en effectief gebeurd. De andere persoon had liever dat de arts hem contacteerde voor het resultaat. Er is dus geen grote eensgezindheid wat betreft voorkeuren.

Bij de antwoorden op de vraag naar de noodzaak van dezelfde arts bij aanvraag en informatieoverdracht stelden 7 personen dat dit niet van belang was. Zij maakten geen onderscheid tussen beide artsen en hadden hierin geen voorkeur. Zij waren van mening dat we allebei hun dossier voldoende kennen en beschikken over alle relevante patiënteninformatie in het elektronisch medisch dossier om het resultaat correct over te brengen. Het belang van voorkeur bij dezelfde arts is over het hele onderzoek speelt bij 83,3% van de patiënten geen rol.

Als we kijken naar de tevredenheid bij de 8 personen met beeldvormingsonderzoek, duiden 7 personen aan dat zij ook effectief tevreden zijn. Één persoon vulde deze vraag niet in. De reden hiervan is niet duidelijk, er was geen aanvullende informatie beschikbaar. Het betrof een man van 60 die bij mij op consultatie gekomen was. Bij het berekenen van de tevredenheid over het gehele onderzoek is dit 90,5%. Op het totaal van 42 personen werd de vraag 4 maal niet beantwoord, dus ook niet op een negatieve manier. De reden hiervan is niet gekend.

7.6 Medisch advies

Het bleek heel moeilijk te zijn om resultaten rond medisch advies mee te nemen in dit onderzoek. Er was ook geen systematische registratie. Het was onmogelijk om een vragenlijst mee te geven aan patiënten –en ze dus hierover te bevragen- die telefonisch medisch advies vroegen. Daarom bestaat hiervan geen cijfermateriaal.

8 Discussie

Uit de resultaten blijkt dat, zowel voor resultaten van labo-onderzoek als van medische beeldvorming, de patiënten tevreden zijn over het hele proces. De overgrote meerderheid heeft geen voorkeur naar arts. Zij verkiezen het liefst het telefoonbeluurtje, gevolgd door een consultatie. Er is echter geen rechtlijnigheid wanneer men het doel van het onderzoek koppelt aan de wijze van informatieoverdracht.

Er kunnen zich verschillende vragen gesteld worden na het lezen van de literatuur en de resultaten uit mijn onderzoek.

Zelfs nog voor de stap van resultatenoverdracht komt het praktische en technische aspect, hierop hebben wij echter weinig vat. Hiermee bedoel ik dat de test al dan niet (correct) wordt uitgevoerd, maar het is ook noodzakelijk dat het resultaat correct bij de arts toekomt. Dit hebben wij als arts minder onder controle. Als het eindresultaat niet toekomt naar behoren, door bijvoorbeeld computerproblemen of een fout bij de postbedeling, kunnen er vergissingen gebeuren. Tegenwoordig komen bij ons in de praktijk de resultaten wel dubbel toe, zowel op papier van labo's en ziekenhuizen, als rechtstreeks in het elektronisch medisch dossier. Zo hebben wij quasi steeds een dubbeltje en proberen we zo steeds resultaat binnen te krijgen. Het kan natuurlijk gebeuren dat er ergens een resultaat gemist wordt.

Dan komt de stap van effectief de informatie door te geven naar de patiënt. Er bestaat geen eenduidigheid en dit maakt het zowel voor de arts als de patiënt moeilijk om te onthouden wie welke informatie al gekregen heeft. Over de wijze van meedelen vallen verschillende dingen te bespreken. Elk kanaal heeft wel zijn nadelen.

Bij telefonisch contact (het telefoonbeluurtje, de patiënt willekeurig laten bellen, de arts belt naar de patiënt) stel ik mij enkele vragen. Als je in consultatie bent met een andere patiënt, kan je dan zomaar alle resultaten doorgeven, ook al vermeld je de naam niet? Wat met het beroepsgeheim? Wat met slechtnieuwsgesprekken? Wat met ouders van minderjarigen? Is er mogelijkheid tot misinterpretatie? Wat met onbereikbaarheid van de patiënt? Een antwoordapparaat? Dit breidt zich dan ook uit op juridisch vlak. Het neemt ook veel tijd in

beslag, die je soms liever aan de persoon voor je besteedt. Als je op huisbezoek bent, heb je soms niet alle gegevens bij en is het mogelijk foute of onvolledige informatie te geven. Tijdens een telefoonbeluurtje zijn soms ook andere patiënten aanwezig in de spreekkamer, of soms heb je net op dat moment een dringend huisbezoek. Wat als je dan veel telefoons moet beantwoorden? Is dit praktisch en structureel mogelijk? Als de arts zelf belt naar de patiënt stuit dit ook op praktische problemen. Wanneer doe je dit, tussen consultaties? Tijdens de lunchpauze? 's Avonds als de dag erop zit? Wat met onbereikbare patiënten? Wat als de consultaties lang uitlopen? Soms wordt de communicatie bemoeilijkt door taal, gehoor. Dan is het vooral kwestie om op de consultatie zelf goed af te spreken. Voor INR-controle –vaak bij ouderen uitgevoerd- wordt gevraagd dat de patiënt 's avonds op dezelfde dag nog telefoneert voor eventuele medicatieaanpassing en om een nieuwe controle te plannen. Het is geen ideale methode om misverstanden volledig te vermijden maar het is niet nodig om dit op een extra consultatie of via post te regelen.

In onze praktijk stellen wij email niet standaard voor als communicatiemiddel om resultaten mee te delen. We hebben voldoende andere (snelle) mogelijkheden om de patiënt op de hoogte te brengen. Wat soms wel gebeurd, is dat we achteraf wel expliciet de vraag krijgen om dit alsnog te doen, wanneer de patiënt wel al telefonisch het resultaat heeft vernomen. Het voordeel aan email is de snelheid en de beschikbaarheid naar ieders wens om op eender welk tijdstip dit te doen. Toch zijn er belangrijke bedenkingen, vooral omwille van privacy redenen. Wie is de persoon aan de andere kant? Heeft die het correct ontvangen? Een leesbevestiging is reeds een eerste stap. Kan je alle soorten informatie wel zo doorgegeven? Wat met beroepsgeheim? Als arts kan je wel een minimum aan uitleg bijschrijven, maar wordt dit wel correct geïnterpreteerd? In dit voldoende voor die patiënt? Heeft hij nog andere vragen? Als de patiënt meer uitleg vraagt via email, ontstaat er zo een consultatie? Er is geen ruimte voor discussie of planning. Het stelt medico-legale problemen waarover zeker nog eens moet nagedacht worden en waar concrete richtlijnen over gebruik en privacy zeker nuttig zijn.

Als afgesproken wordt het resultaat rechtstreeks door te zenden naar de specialist, dan laat ik het resultaat ook steeds per post opsturen naar de patiënt zelf. Zo hebben ze steeds een eigen exemplaar bij wanneer ze de specialist consulteren. Het resultaat komt echter niet altijd (op tijd) bij de specialist terecht.

Het principe van “geen nieuws is goed nieuws” zou eigenlijk verlaten moeten worden. Er zijn slechts enkele patiënten die deze voorkeur hebben in dit onderzoek. Bij sommige patiënten, bijvoorbeeld oudere hardhorige mensen die komen voor INR-controle, is dit wel een haalbaar initiatief. Zij moeten dan niet terugbellen. Als er een afwijkend resultaat is, dan belt de arts naar hen. Dit moedigen we niet aan, we proberen de patiënt zoveel mogelijk zelf contact te laten opnemen. “Geen nieuws is goed nieuws” heeft teveel nadelen om als een volwaardige methode aanzien te worden. Wat als het (afwijkend) resultaat niet toekomt bij de arts? Wat als hij het over het hoofd ziet? Wat als de patiënt niet bereikbaar is of niet reageert? De patiënt kan er dan foutief van uitgaan dat alles goed is omdat hij niks gehoord heeft over zijn resultaat.

In onze praktijk zijn we momenteel met 2 artsen. Het is soms moeilijk te overzien welke patiënt reeds op de hoogte is van zijn resultaat. Elke avond bekijken we de resultaten van zowel labo als beeldvorming die we elektronisch ontvangen hebben. Op dat moment bellen we de nodige extra aanvragen door zoals bijvoorbeeld T4 bij afwijkend TSH. We proberen zoveel als mogelijk allebei de resultaten te bekijken. Zo trachten we niks afwijkends of belangrijk over het hoofd te zien. In onze praktijk leggen we afwijkende resultaten apart en vragen we aan de ander of de patiënt reeds op de hoogte is. Zo niet, dan contacteren we de patiënt zelf.

Soms is het met 2 artsen ook moeilijker te weten waar juist de klemtoon ligt bij een aangevraagd onderzoek. Je kent wel de voorgeschiedenis van de patiënt, maar in de anamnese en context zijn zoveel extra aanwijzingen om het aangevraagd onderzoek correct te interpreteren die je als niet-aanvragende arts al eens kan missen. Daarom is het belangrijk om dit nog eens na te vragen wanneer je de patiënt zijn resultaat moet meegeven om welke reden het uitgevoerd was. Correcte en nuttige informatie in het journaal schrijven tijdens de consultatie is zeer handig en respectvol naar de andere arts toe, en kan je veel wijzer maken op het moment van meedelen. Dit is een groot voordeel voor zowel arts als patiënt. Uit mijn onderzoek blijkt dat onze patiënten in 83,3% geen voorkeur hadden qua arts om hun resultaat over te brengen. Hoewel ik soms wel het gevoel heb dat meer patiënten (vooral ouderen) wel een voorkeur hebben voor een arts tijdens de consultatie zelf, maakt dit bij het meedelen van resultaten minder uit. Patiëntenoverleg tussen artsen moet blijven doorgaan op regelmatige basis.

Als er met meerdere artsen en / of andere praktijkmedewerkers in de praktijk wordt gewerkt, dan lijkt het interessant om toch kleine notities te maken in het medisch dossier. Bijvoorbeeld “Dokter A heeft resultaat gezien”, of “patiënt kent resultaat”, eventueel gecodeerd. Dit maakt de communicatie tussen alle partijen vlotter. Daar rijst de vraag naar de toegankelijkheid van het medisch dossier door niet-artsen. Als het secretariaat de telefoons aanneemt van patiënten, mag hij of zij dan toegang krijgen tot het volledige dossier? Moeten hier beperkingen zijn? Wat als de echtgenoot / echtgenote van de arts de telefoon opneemt? Moet hij of zij medisch geschoold zijn? Krijgt zij toegang tot patiënteninformatie?

In dit onderzoek moet de vraag gesteld worden naar verantwoordelijkheid. Wat als toch een (afwijkend) resultaat over het hoofd gezien wordt? Wat als de ene arts foutieve informatie doorgeeft aan de patiënt door bijvoorbeeld onvoldoende context? Zelfs na dit onderzoek ben ik toch van mening dat de patiënt ook een deel van de verantwoordelijkheid draagt. Hij weet dat hij één onderzoek heeft laten uitvoeren betreffende zijn gezondheid. Als arts zie je dagelijks héél wat meer onderzoeken en aanvragen passeren en is het soms moeilijk om het overzicht te behouden. Hierbij wil ik fouten niet goedpraten in het geval van gemiste diagnose en dergelijke. De arts draagt de hoofdverantwoordelijkheid. De ideale combinatie blijft in een samenwerking tussen arts en patiënt.

Een gestandaardiseerd model zou bijvoorbeeld kunnen zijn:

Labo-onderzoek met als doel:

- Diagnostisch: op consultatie komen
- Routine / jaarlijks: telefonisch (telefoonbeluurtje tussen vaste uren) en indien afwijkend, dan toch op consultatie komen
- Specialist: consultatie bij specialist en / of telefonisch (telefoonbeluurtje tussen vaste uren) + per post
- INR: ’s avonds telefoonbeluurtje (in sommige gevallen “geen nieuws is goed niews”)

Beeldvormingsonderzoek met als doel:

- Diagnostisch: op consultatie komen of arts belt de patiënt
- Routine: telefonisch (telefoonbeluurtje tussen vaste uren) en indien afwijkend, dan toch op consultatie komen
- Specialist: consultatie bij specialist + per post

Zo is het gemakkelijker om te weten op welke manier de patiënt zijn resultaat gaat te weten komen, alsook voor de arts. Vergetelheden komen zo minder voor. Alsook het principe dat de arts de patiënt zelf contacteert is, verlaten.

Hierbij nog enkele opmerkingen wat betreft telefonisch medisch advies. Tijdens gelijktijdige consultaties nemen we afwisselend de telefoon op. Als de patiënt de andere arts wilt spreken, dan schakelen we moeiteloos over naar de andere arts die de vraag beantwoordt. Als we op huisbezoek zijn en de telefoon is doorgeschakeld naar 1 van beide artsen, dan beantwoordt hij dit. Als dit niet volstaat moet de patiënt terugbellen op een ander moment. Als de telefoon doorgeschakeld is naar de echtgenote van de ene arts (iemand met verpleegkundige achtergrond) wordt bij dringend medisch advies direct 1 van beide artsen gecontacteerd. Als dit niet dringend is, wordt dit genoteerd en gevraagd aan 1 van beide artsen. Dan zijn er verschillende mogelijkheden: de patiënt belt terug, de arts belt de patiënt of de echtgenote belt de patiënt met het verkregen advies. Medisch advies moet steeds gegeven worden door een arts.

Er zijn ook beperkingen in mijn vragenlijst. Er werd geen rekening gehouden met normaal of afwijkende testen. Ik weet bijgevolg niet of onze patiënten het belangrijk vonden om ook van normale testen de uitslag te horen. In andere studies werd dit sterk positief beantwoord. Email had ik niet betrokken in mijn antwoorden bij de vragen. Slechts enkelingen vragen tijdens het meedelen (op consultatie of telefonisch) om hun resultaat ook via email te krijgen. Het betreft ook een zeer kleine steekproef waardoor het moeilijk is om echt zicht te krijgen op de wensen van de patiënten.

Wat zeker interessant kan zijn, is een gelijklopend onderzoek naar zowel visie van de arts, als dat van de patiënt maar in zeer gelijklopende praktijken. Daarmee bedoel ik evenwaardige faciliteiten zoals de aan- of afwezigheid van een secretariaatsmedewerker / praktijkassistent, solopraktijk of groepspraktijk …

9 Besluit

Het is duidelijk dat elke patiënt zijn voorkeursmethode heeft. Over het algemeen kunnen we stellen dat we geen voorkeur kunnen veralgemenen als we kijken naar de verdeling naar doel van het onderzoek. Vooreerst kijken we naar de resultaten van de labo-onderzoeken. Hier kunnen we enkele conclusies maken. We kunnen stellen dat patiënten het liefst gebruik maken van het terugbeluurtje op de eerste plaats, gevolgd door consultatie bij de arts. Op consultatie komen was ook het meest effectief: alle patiënten waarbij dit de afspraak was, kwamen de afspraak na en kwamen op consultatie. Één patiënt stelde voor te telefoneren en bij afwijkend resultaat toch op consultatie te komen Bij INR-controle was de voorkeur het terugbeluurtje of het principe “geen nieuws is goed nieuws”. Slechts een minderheid wou dezelfde arts spreken bij het meedelen van de resultaten als bij het aanvragen van het onderzoek. De overgrote meerderheid was van mening dat beide artsen voldoende op de hoogte waren van het dossier en dus allebei geschikt zijn voor resultatenoverdracht. Meer dan 9 op 10 van de patiënten (91,2%) was tevreden over de informatieoverdracht. Als we kijken naar de resultaten bij beeldvorming liggen de uitkomsten eigenlijk in dezelfde lijn. Bij 87,5% (7 van de 8 patiënten) maakt het niet uit welke arts hen de resultaten meedeelt. Ook bij navraag naar tevredenheid blijkt 7 op 8 patiënten bevestigend te antwoorden. Het percentage tevreden patiënten over het gehele onderzoek is maar liefst 90%.

10 Referenties

1. Elder NC, McEwen TR, Flach JM, Gallimore JJ. Management of test results in family medicine offices. Ann Fam Med 2009 Jul-Aug;7(4):343-51

2. Vandermeiren G. Optimaliseren van de procedure meedelen labo resultaten. 2010

3. Demol L. Meedelen van resultaten in de huisartsenpraktijk: een inventarisatie van handelswijzenbij huisartsen en tips ter implementatie in de praktijk.

4. Makeham MA, Stromer S, Bridges-Webb C, Mira M, Saltman DC, Cooper C, Kidd MR. Patient safety events reported in general practice: a taxonomy. Qual Saf Health Care 2008 Feb;17(1):53-7

5. Meza JP, Webster DS. Patient preferences for laboratory test results notification. Am J Manag Care 2000 Dec;6(12):1297-300

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

7. Mold JW, Cacy DS, Dalbir DK. Management of laboratory test results in family practice. An OKPRN study. Oklahoma Physicians Resource/Research Network. J Fam Pract 2000 Aug;49(8):709-15

8. Elder NC, Barney K. “But what does it mean for me?” Primary care patients’ communciation preferences for tesst results notification. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2012 Apr;38(4):168-76

9. Hermans M, van Hout W. Goede communicatie, tevreden patiënt. Zorginstellingen. Platform voor managers in ziekenhuizen en ouderenzorg. 2011 36(3)

10. Leekha S, Thomas KG, Chaundhry R, Thomas MR. Patient preferences for and satisfaction with methods of communicating test results in a primary care practice. Jt Comm J Qual Patient Saf 2009 Oct;35(10):497-501

11. van den Brink-Muinen A, van Dulmen S, Jung HP, Bensing J. Communiceren huisartsen volgens de verwachtingen van hun patiënten? Huisarts en wetenschap. 2009 Maart;51(3):141-46

12. Bowling A, Rowe G, Lambert N, Waddington M, Mahtani KR, Kenten C, Howe A, Francis SA. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. Health Technol Assess. 2012 Jul;16(30):i-xii

13. Couchman GR, Forjuoh SN, Rascoe TG, Reis MD, KoehlerB, Walsum KL. E-mail communications in primary care: what are patients' expectations for specific test results? Int J Med Inform 2005 Jan;74(1):21-30

14. Kemper I. Onderzoek naar de telefoonbelasting in de huisartspraktijk.

15. Van Gasse T. "Kan ik de dokter even spreken?" Visie van de patiënt over het telefoongebeuren in de praktijk.

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

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

18. Birenbaum R. who is responsible if a patient is not told of negative lab results? Can Med Ass Journ 1989 Nov;141(1):970-2

11 Bijlagen

11.1 Bijlage 1: Uitleg aan de patiënt

Titel onderzoek:

Optimaliseren van (telefonisch) medisch advies, meedelen van resultaten van labo en medische beeldvorming. De visie van de patiënt.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan dit ziekenhuis, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Dirk Avonts.

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden geanonimiseerd worden (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijke dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

Beste patiënt,

Zoals u bekend is, ben ik mijn opleiding tot huisarts hier in deze opleidingspraktijk aan het volbrengen. Bij deze specialisatie tot huisarts hoort een thesis.

Mijn thesis gaat over de patiëntentevredenheid over de wijze van meedelen van de resultaten van bloedafnames en medische beeldvorming (echo, RX, CT scanner,…), hoe dit praktisch gebeurt, of u hierover ideeën/suggesties hebt om dit vlotter te laten verlopen.

Er bestaan verschillende manieren om deze resultaten te bespreken: telefonisch, op consultatie, “geen nieuws is goed nieuws”. Met deze thesis worden deze in kaart gebracht en wordt bekeken wat beter en/of vlotter kan verlopen zowel voor u als patiënt, als voor ons als uw arts.

Er werd bij u zonet een bloedafname uitgevoerd of medische beeldvorming voorgeschreven. Dit kan zowel op uw vraag zijn, als op medische indicatie van uw huisarts of specialist.

Daarom zou ik u willen vragen om deel te nemen aan deze enquête. Deze neemt niet veel tijd in beslag. De antwoorden die u geeft, worden strikt anoniem verwerkt en worden niet gebruikt voor andere doeleinden dan deze thesis.

Ik zou u willen vragen deze enquête dan in te vullen na het meedelen van uw resultaten van het onderzoek en ons binnen afzienbare tijd terug te bezorgen.

Indien u verdere vragen zou hebben over de verwerking van de resultaten of andere vragen omtrent deze thesis, bent u steeds welkom.

Dank bij voorbaat.

Dr. Daphné Van Den Daele

Huisarts in opleiding bij Dr. Piet Daneels

11.2 Bijlage 2: Toestemmingsverklaringsformulier (Informed consent)

Titel onderzoek:

Optimaliseren van (telefonisch) medisch advies, meedelen van resultaten van labo en medische beeldvorming. De visie van de patiënt.

Verantwoordelijke onderzoeker: Dr. Daphné Van Den Daele

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan dit ziekenhuis, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Dirk Avonts.

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden geanonimiseerd worden (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijke dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

<u>De deelnemer:</u>

Ik ben op een duidelijke manier (mondeling en schriftelijk) ingelicht over de aard, methode, verwerking en doel van dit onderzoek. Ik weet dat de verkregen gegevens enkel hiervoor zullen gebruikt worden, dat ze anoniem verwerkt en vertrouwelijk behandeld worden, niet aan anderen worden doorgegeven, enkel worden gebruikt voor deze masterproef.

Ik ben ervan bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studie geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

Ik stem volledig vrijwillig in met deelname. Ik mag en kan op gelijk welk moment van de studie mij terugtrekken en mijn deelname stoppen, zonder dat ik hiervoor een reden moet opgeven.

Bij deze bevestig ik dat ik deelneem aan de gegevensverzameling voor de thesis van Dr. Daphné Van Den Daele.

Naam deelnemer: ……

Gelezen en goedgekeurd: ……

Datum: …… Handtekening: ……

<u>De verantwoordelijke onderzoeker:</u>

Ik heb op een klare en duidelijke manier (mondeling en schriftelijk) mijn deelnemers aan mijn studie ingelicht over de aard, methode, verwerking en doel van dit onderzoek. De gegevens worden enkel hiervoor gebruikt, anoniem verwerkt en vertrouwelijk behandeld , niet aan anderen doorgegeven, enkel verwerkt in het kader van deze masterproef.

De deelname is vrijwillig en kan op gelijk welk moment van de studie worden stopgezet door de beslissing van de participant zonder meedelen van de reden hiervoor. Er zijn geen nadelige gevolgen verbonden aan het potentiële vroegtijdig beëindigen van de studie.

Naam onderzoeker: Dr. Daphné Van Den Daele

Datum: …… Handtekening: ……

11.3 Bijlage 3: Verzoek tot advies van het ethisch comité met handtekeningen

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. De visie van de patient**.**

2.	**Gegevens van de begeleidende en superviserende onderzoeker(s)**

Promotor

- Naam: Prof Dr. Dirk Avonts
- Functie: Prof Dr
- Universiteit: Universiteit Gent
- Faculteit/Vakgroep: Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
- Telefoonnummer: 09/332 06 65
- Fax: 09/332 49 67
- E-mail: dirk.avonts@ugent.be
- Naam vakgroepvoorzitter: Prof Dr. Jan De Maeseneer

3.	**Gegevens van de onderzoeker; Huisarts-in-opleiding.**

- Naam: Daphné Van Den Daele
- Universiteit van inschrijving: Universiteit Gent
- Faculteit: Geneeskunde
- Opleiding: Master Huisartsgeneeskunde
- Telefoonnummer: 0494/46 72 31
- E-mail: daphne.vandendaele@hotmail.com

4.	**Gegevens van de opleidingspraktijk van de Huisarts-in-Opleiding.**

- Naam praktijkopleider: Dr. Piet Daneels
- Adres: Berchemweg 199, 9700 Oudenaarde
- telefoonnummer: 055/31 31 27 of 0498/92 30 22
- E-mail: piet_daneels@hotmail.com
- Type-praktijk (solo ~~duo groepspraktijk multidisciplinair centrum ziekenhuisdienst~~): solo met 1 haio

5.	**Indien het masterproject aansluit bij een lopend onderzoek**

- Projectnummer Ethische Commissie: …

- Naam onderzoeker: …
- Datum goedkeuring: …

Deze vraag is niet van toepassing.

6.	**Periode (begin- en einddatum maand/jaar)**

- Start onderzoek: 01/05/2015
- Einde onderzoek: 31/08/2016

7.	**Soort onderzoek**

- ❑ **<u>Prospectief observationeel onderzoek</u>**
  - ❑ verzamelen van patientengegevens, die klinisch standaard gegeven zijn (=geen enkel aanvullend onderzoek, bloed- of andere staalafname)
  - ❑ **<u>vragenlijsten</u>**
  - ❑ **<u>interview</u>**
- ❑ 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 opzet van deze masterthesis is om een beeld te krijgen van de verschillende mogelijkheden om resultaten van labo's en medische beeldvorming mee te delen aan de patiënt en vooral zijn tevredenheid hierover. Deze zijn bijvoorbeeld 'geen nieuws is goed nieuws', patiënt contacteert de arts of omgekeerd, resultaat wordt telefonisch besproken en/of gewoon klaargelegd dat de patiënt mag komen halen, of de patiënt komt zelf op consultatie bij de arts om de bekomen uitslagen te bespreken.

In de praktijk waar ik mijn HAIO-stage loop, is er geen systematische aanpak hiervan. Het is afhankelijk van de wens van de patiënt en de macht der gewoonte hoe de resultaten besproken worden, meestal mogelijk op elk uur van de dag. Dit brengt met zich mee dat het geheel wat onoverzichtelijk kan worden of dat er resultaten over het hoofd kunnen gezien worden zonder actieve opvolging.

Er bestaan hiervoor oplossingen om het overzicht meer te bewaren en systematisch de resultaten te behandelen, zoals bijvoorbeeld een terugbelspreekuurtje.

Voor deze masterproef wordt samengewerkt met Dr. Gert Steel. Hij zal in zijn masterproef vooral de toelichting geven op de visie van de arts en hun manier van werken.

In mijn masterproef wordt de huidige manier van werken in mijn opleidingspraktijk eens van dicht bekeken.

Er zal een bondig literatuuronderzoek gebeuren over reeds bestaande informatie over dit onderwerp. Daarna begint het onderzoek naar patiëntentevredenheid inzake het meedelen van resultaten van labo en/of beeldvorming. Er werd reeds een enquête opgesteld (zie bijlage) en meegegeven met de patiënten, met open en gesloten vragen over het idee van de patiënten zelf die een bloedonderzoek en/of beeldvorming hebben laten uitvoeren, of ze zelf suggesties hebben, hoe zij het meedelen van de resultaten ervaren en wat volgens hen beter kan. Er kan steeds maar 1 antwoord gegeven worden. Zowel mondeling als schriftelijk wordt het doel en de opzet van deze studie uitgelegd en meegegeven aan de deelnemers (zie bijlage). Er wordt ook steeds een informed consent bijgevoegd en ingevuld door de beide partijen, dus zowel de deelnemers als de verantwoordelijke arts (ze bijlage).

Alle personen bij ons in de praktijk die bloedonderzoek en/of medische beeldvorming hebben laten uitvoeren worden geïncludeerd in deze studie. Pas daarna wordt naar de exclusiecriteria gekeken. Deze zijn: minderjarig zijn (-18 jaar), wilsonbekwame patiënten, opgenomen patiënten in het ziekenhuis/rusthuis/opvangcentrum… Er wordt dus bijvoorbeeld wel een enquête meegegeven aan een minderjarige patiënt, deze wordt later pas geëxcludeerd. Er is geen onderscheid tussen man of vrouw, zieke of gezonde patiënten. Het resultaat van de bloedtesten en medische beeldvorming speelt op zich geen rol in de betekenis van de resultatenverwerking voor deze masterproef. Als maximum aantal patiënten hanteer ik de grens van 150 personen als inclusie. Er zijn op dit moment nog geen vragenlijsten meegegeven.

De resultaten worden steeds anoniem verwerkt. In de enquête kan wel het telefoonnummer van de patiënt genoteerd worden als ze hiervoor toelating geven. Indien er achteraf vragen of onduidelijkheid rijzen in verband met de gesuggereerde voorstel over een nieuwe manier van resultaten meedelen, dan kan ik hen hierover aanspreken en verduidelijking vragen, enkel als ik hiervoor de toelating gekregen heb. Nabellen is dus mogelijk. De resultaten worden gecodeerd verwerkt, hierna kan ik dus geen patiënten meer contacteren.

Na het gecodeerd verwerken van de bekomen resultaten kan een meer patiënt gecentreerde manier ontwikkeld worden in deze opleidingspraktijk en wordt deze door ons (Dr. Daphne Van Den Daele HAIO en Dr. Piet Daneels PO) geïmplementeerd en geëvalueerd.

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 Universiteit Gent (= faculteit promotor)

12. Keuze van de proefpersonen :

A. Gezonde proefpersonen ?

- ❑ **ja**
- ❑ **neen**

Patiënten lijdend aan : …

Alle patiënten die bij ons een bloedonderzoek laten uitvoeren en / of beeldvormingsonderzoek nemen deel aan de studie. Daarna worden de exclusiecriteria bekeken. Deze zijn: minderjarige patiënten (-18 jaar); opgenomen in rusthuis/ziekenhuis/andere zorginstelling, wilsonbekwamen. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen zieke of gezonde deelnemers. De effectieve resultaten van de onderzoeken zelf (bloedonderzoek en/of medische beeldvorming) worden niet betrokken in de resultaten van deze studie, en zijn dus niet van belang wat betreft deze studie. Enkel de manier waarop hierover gecommuniceerd wordt, wordt hierin betrokken.

B. Zwangere vrouwen of vrouwen die tijdens het onderzoek zwanger kunnen worden ?

- ❑ **ja**
- ❑ **neen**

Zowel zwangere vrouwen als niet zwangere vrouwen mogen deelnemen aan deze studie.

C. Aantal proefpersonen: alle patiënten die een bloedonderzoek en/of medische beeldvorming hebben laten uitvoeren worden geïncludeerd in deze studie. Daarna pas worden de exclusiecriteria toegepast. Er wordt een maximum aantal personen van 150 gehanteerd.

D. Leeftijd : iedereen wordt geïncludeerd. Eén van de exclusiecriteria is echter minderjarigheid (-18 jaar) Zij krijgen wel een enquête mee maar worden pas later geëxcludeerd.

E. Geslacht : zowel mannen als vrouwen worden geïncludeerd in deze studie.

F. Hoe worden ze gerekruteerd?

Iedereen die een bloedonderzoek en/of medische beeldvorming heeft laten uitvoeren wordt geïncludeerd in deze studie. Er wordt zowel een mondelinge als schriftelijke uitleg gegeven aan de deelnemers. Bij het uitvoeren van de bloedafname of bij het voorschrijven van medische beeldvorming wordt de enquête (zie bijlage) en de informed consent (zie bijlage) meegegeven met de uitleg (zie bijlage) dat het gaat om mijn thesisproject of ze hieraan willen meewerken. Pas in latere instantie worden de deelnemers indien noodzakelijk geëcludeerd uit de studie op basis van de vooropgestelde exclusiecriteria (zie supra).

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 :

- ❑ **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 ?

Neen, eigen personeel of een andere speciale groep wordt niet opgenomen in deze uiteenzetting.

b. Gaat het om wilsonbekwame volwassenen? (= sommige psychiatrische patiënten, 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.

Verzekering: UGent BA

17. Werd een analoog onderzoek reeds elders uitgevoerd, hetzij in zijn geheel, hetzij gedeeltelijk?

Er werden in het verleden reeds enkele masterproeven uitgevoerd naar het gedrag van patiënten bij het meedelen van resultaten van bloedonderzoek en/of medische beeldvorming, dan meer betreffende bijvoorbeeld telefoondrukte. Er bestaan hierover ook reeds enkele artikelen. De informatie omtrent patiëntentevredenheid is echter schaars.

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**
   - ❑ 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. Daphne Van Den Daele (HAIO) en Dr. Piet Daneels (PO)

B. Zal dit toezicht, zo nodig, verzekerd kunnen worden tijdens de uren die op de studie volgen ?
   - ❑ **ja**
   - ❑ neen

Dr. Daphne Van Den Daele (HAIO) en Dr. Piet Daneels (PO) en de wachtdienst

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**
   - ❑ neen

D. Naam van deze arts ? Dr. Daphne Van Den Daele (HAIO) en Dr. Piet Daneels (PO)

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 ?

Door een nieuwe, overzichtelijke en systematische methode te ontwikkelen om de resultaten standaard mee te delen aan de patiënten kunnen heel wat voordelen opduiken. De kans dat een resultaat over het hoofd gezien wordt, zal hoogstwaarschijnlijk verminderd worden. Zo kunnen aandoeningen vlugger opgespoord worden en kan de patiënt vlugger starten met een correcte therapie indien dit nodig zou zijn. De arts krijgt ook een beter overzicht van de resultaten en of deze al meegedeeld werden of niet. De uitslagen van bloedonderzoek en/of medische beeldvorming worden dan systematisch behandeld en bewuster, dat ze niet snel snel door de vingers glippen. De patiëntentevredenheid wordt gecheckt en wordt bijgesteld, zodat zowel arts als patiënt zich kunnen vinden in het nieuwe systeem dat voor beide partijen meer positieve eigenschappen zal wegdragen.

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 : vragenlijst en interview

25 . Financiële overeenkomst

(Indien een definitieve financiële overeenkomst nog niet beschikbaar is, dan kan een budget proposal dat tegengetekend is door een vertegenwoordiger van de financierder + onderzoeker volstaan) Indien het bedrag van de definitieve financiële overeenkomst hoger is dan het ingediende "budget proposal", moet deze definitieve financiële overeenkomst alsnog ter goedkeuring 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 PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

Huisarts-in-opleiding Dr. Daphné Van Den Daele

Datum : 24/03/2015

Praktijkopleider Dr. Piet Daneels

Datum : 24/03/2015

Promotor Prof Dr. Dirk Avonts

Datum : 24/03/2015

Diensthoofd vakgroep huisartsgeneeskunde universiteit waaraan promotor verbonden (voor akkoord) Prof Dr. Jan De Maeseneer

25 . Financiële overeenkomst

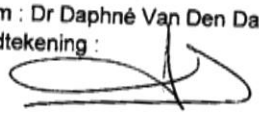
(Indien een definitieve financiële overeenkomst nog niet beschikbaar is, dan kan een budget proposal dat tegengetekend is door een vertegenwoordiger van de financierder + onderzoeker volstaan) Indien het bedrag van de definitieve financiële overeenkomst hoger is dan het ingediende "budget proposal", moet deze definitieve financiële overeenkomst alsnog ter goedkeuring 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 PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

Huisarts-in-opleiding

Datum : 24/03/2015
Naam : Dr Daphné Van Den Daele
Handtekening :



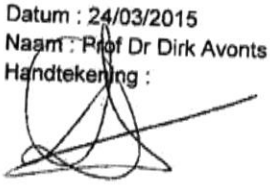
Praktijkopleider

Datum : 24/03/2015
Naam : Dr Piet Daneels
Handtekening :



Promotor

Datum : 24/03/2015
Naam : Prof Dr Dirk Avonts
Handtekening :



Diensthoofd vakgroep huisartsgeneeskunde universiteit waaraan promotor verbonden (voor akkoord)

Datum :
Naam : Prof Dr Jan De Maeseneer
Handtekening :

11.4 Bijlage 4: Goedkeuring ethische commissie

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

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

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

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

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0498	07-mei-15	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Optimaliseren van (telefonisch) medisch advies, meedelen van resultaten van labo en medische beeldvorming. De visie van de patiënt.
(Manama Van Den Daele Daphné)

Belgisch Registratienummer: B670201524676

* Antwoord onderzoekers ontv. via mail dd. 30/04/2015 op opmerkingen EC dd. 30/04/2015
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 30/04/2015
* Patiënteninformatieformulier (versie 2) dd. 30/04/2015
* Toestemmingsformulier (versie 2) dd. 30/04/2015
* Enquête (versie 2) dd. 30/04/2015

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 30/04/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 29/04/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Voorafgaand 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 30/04/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 29/04/2016, 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 19/05/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/05/2015

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

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

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0498	07-mei-15	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2015/0498

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

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

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

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

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

Sandra De Paepe
09/332 26 86
sandra.depaepe@uzgent.be

11.5 Bijlage 5: Enquête

Beste deelnemer, hieronder vindt u 12 vragen. Gelieve steeds maar 1 antwoord aan te duiden door het bolletje voor de lijn in te kleuren, tenzij ter specificatie.

1. Geslacht
   - M
   - V

2. Leeftijd
   …… jaar

3. Ik heb dit laten uitvoeren:
   - Een bloedonderzoek
   - Medische beeldvorming
   - Ik heb medisch advies gevraagd

4. Ik heb dit bloedonderzoek laten uitvoeren door:
   - Dr. Piet Daneels
   - Dr. Daphné Van Den Daele
   - Andere: (vb specialist in ziekenhuis) specifieer: ……..

5. Het doel van mijn bloedonderzoek/medische beeldvorming was:
   - Controle INR
   - Routinematige controle bijvoorbeeld ferritine (maat voor ijzer)
   - Jaarlijkse controle
   - Als voorbereiding voor controle bij specialist, bijvoorbeeld opvolging tumormarkers
   - In een ziekte-episode ter diagnose van oorzaak van ziekte
   - Andere: specifieer: ……..

6. Dit heb ik afgesproken met betrekking tot het meedelen van het resultaat:
   - “Geen nieuw is goed nieuws”
   - Ik bel naar de arts deze avond, tussen opgegeven uren, dan weet ik dat ik hem niet stoor en hij beschikbaar is normaal gesproken (vb tussen 18u en 19u)
   - De arts zal mij zelf iets laten weten van zodra de resultaten beschikbaar zijn
   - De resultaten worden opgestuurd naar de specialist ter zake
   - Ik zal zelf telefoneren in de loop van de week
   - Ik kom op consultatie ter bespreken van de resultaten
   - Andere: specifieer: ……

7. Zo is de informatie overdracht van de resultaten effectief gebeurd:
   - “Geen nieuw is goed nieuws”
   - Ik bel naar de arts deze avond, tussen opgegeven uren, dan weet ik dat ik hem niet stoor en hij beschikbaar is normaal gesproken (vb tussen 18u en 19u)
   - De arts zal mij zelf iets laten weten van zodra de resultaten beschikbaar zijn
   - De resultaten worden opgestuurd naar de specialist ter zake
   - Ik zal zelf telefoneren in de loop van de week
   - Ik kom op consultatie ter bespreken van de resultaten
   - Ik vraag terloops het de resultaten waren op een volgende consultatie
   - Ik ben het vergeten
   - Andere: specifieer: ……

8. Met betrekking tot het meedelen van de resultaten verwacht ik dat dezelfde arts die de bloedafname uitvoerde / medische beeldvorming voorschreef dezelfde is:
   - Ja
   - Neen
   - Maakt voor mij niet uit, zij kennen beiden mijn dossier en beschikken over alle relevante informatie in mijn elektronisch dossier

9. Met betrekking tot het meedelen van de resultaten:
- Ik was tevreden, voldoende informatie, voldoende tijd, voldoende geholpen
- Ik kreeg te weinig informatie
- Ik kreeg te weinig tijd
- Ik kreeg te weinig informatie en te weinig tijd
- Ik zou dit liever op een andere manier verkrijgen dan hoe het nu gebeurd is
- Andere: specifieer: ……

10. De volgende zijn andere manieren om de resultaten mee te delen. Wat lijkt u een goede oplossing indien u niet tevreden was over de manier waarop de resultaten nu werden gecommuniceerd. Indien u wel tevreden was, wat lijkt u ook een goede manier :
- "Geen nieuw is goed nieuws"
- Ik bel naar de arts deze avond, tussen opgegeven uren, dan weet ik dat ik hem niet stoor en hij beschikbaar is normaal gesproken (vb tussen 18u en 19u, of elke dag tussen 13u30 en 14u in een "terugbelspreekuurtje")
- De arts zal mij zelf iets laten weten van zodra de resultaten beschikbaar zijn
- De resultaten worden opgestuurd naar de specialist ter zake
- Ik zal zelf telefoneren in de loop van de week
- Ik kom op consultatie ter bespreken van de resultaten
- Ik vraag terloops het de resultaten waren op een volgende consultatie
- Ik ben het vergeten
- Andere: specifieer: ……

11. Ik heb nog opmerkingen / suggesties / andere voorstellen:

……

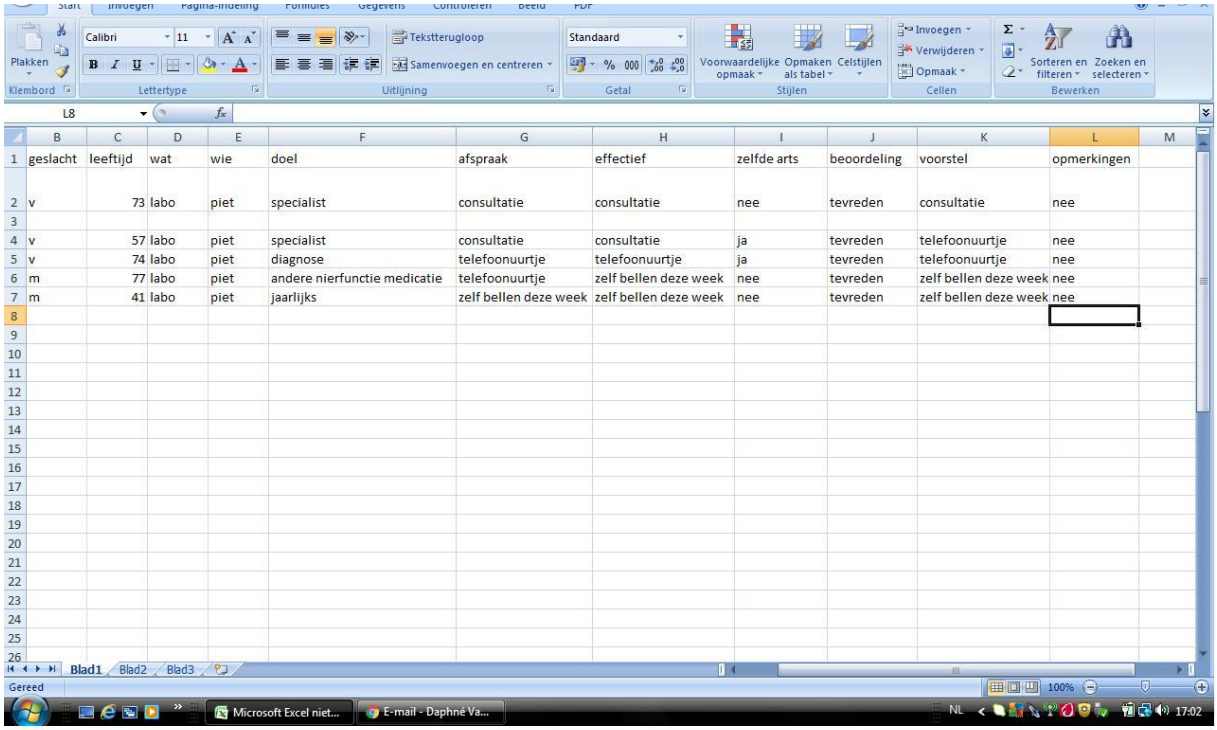
12. Ik geef hierbij mijn toestemming om mij telefonisch te mogen contacteren indien er vragen zouden zijn (omcirkel)

Ja Nee

Indien ja: op dit nummer ben ik telefonisch te bereiken: ……..

Bedankt voor uw deelname !

11.6 Bijlage 6: Start verwerking gegevens van de vragenlijst in Microsoft Excel



	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	geslacht	leeftijd	wat	wie	doel	afspraak	effectief	zelfde arts	beoordeling	voorstel	opmerkingen	
2	v	73	labo	piet	specialist	consultatie	consultatie	nee	tevreden	consultatie	nee	
3												
4	v	57	labo	piet	specialist	consultatie	consultatie	ja	tevreden	telefoonuurtje	nee	
5	v	74	labo	piet	diagnose	telefoonuurtje	telefoonuurtje	ja	tevreden	telefoonuurtje	nee	
6	m	77	labo	piet	andere nierfunctie medicatie	telefoonuurtje	zelf bellen deze week	nee	tevreden	zelf bellen deze week	nee	
7	m	41	labo	piet	jaarlijks	zelf bellen deze week	zelf bellen deze week	nee	tevreden	zelf bellen deze week	nee	
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												