

ACTUALITEIT

Communicatie tussen de arts-specialist en de huisarts met betrekking tot de patiënt geopereerd in dagkliniek¹

O. OPDENAKKER², A. RINGOIR², A. VERBAEYS^{3, 4}

Samenvatting

Deze bijdrage is het verslag van een avondcolloquium over de communicatie tussen huisartsen en specialisten ter gelegenheid van de dagopname van patiënten in het chirurgische dagziekenhuis.

De voordrachten werden gegeven door X. Rogiers (dienst heelkunde, Universiteit Gent), J. Van Elsen (huisarts, Gent), B. Sijnave (vakgroep management, innovatie en ondernemerschap, Universiteit Gent) en T. Balthazar (vakgroep gezondheidsrecht, Universiteit Gent).

De panelleden waren de diensthoofden P. Kestelyn (dienst oogheelkunde), P. Hoebeke (dienst urologie), S. Weyers (dienst gynaecologie-verloskunde), X. Rogiers (dienst heelkunde), P. Wouters (dienst anesthesie) en J. Victor (dienst orthopedie) van het Universitair Ziekenhuis Gent.

Inleiding (X. Rogiers)

Uit een uitgebreide patiëntenbevraging enkele jaren geleden, uitgevoerd in het Universitair Ziekenhuis Gent, is gebleken dat er ontevredenheid heerste omtrent de communicatie tussen de verschillende zorgactoren van patiënten die een heelkundige ingreep ondergaan in dagkliniekverband. Die studie vormde de aanzet om tijdens het opleidingstraject voor specialisten meer nadruk te leggen op de rol van de arts als communicator. Daarom kwamen specialisten van verschillende disciplines en huisartsen samen om te discussiëren over de mogelijke verbeteringen in het overbrengen van deze informatie. De vragen die centraal stonden, waren:

1. Welke informatie beschouwt de huisarts als essentieel, wat is belangrijk met betrekking tot de communicatie en wat kan verbeterd worden?
2. Hoe kan elektronische communicatie helpen om de gewenste informatie beter te verspreiden onder de zorgactoren?
3. Wat zijn de gevaren van het verspreiden van deze informatie?
4. Wat mag (niet) op medicolegaal gebied?

Wat wil de huisarts weten? (J. Van Elsen)

Eerst en vooral is het belangrijk dat de specialist weet wie de huisarts is van de patiënt die hij zal behandelen. De patiënt zelf moet dit op een duidelijke manier communiceren aan de specialist. Zo niet is het de specialist die concreet aan de patiënt moet vragen wie zijn huisarts is en welke personen gecontacteerd moeten worden vóór en na de ingreep. Alle partners die instaan voor de zorg, moeten gekend zijn. De enige manier om dit te weten te komen, is een goede communicatie onderling. Dit vergt bepaalde vaardigheden en het vraagt tijd op het ogenblik van het „intakegesprek”. Het is met andere woorden een extra inspanning boven op het werk van de eigen discipline. Daarom is het goed om van bij de start van de opleiding duidelijk te maken aan de assistenten dat communicatie erg belangrijk is en niet onderschat mag worden.

De communicatie moet tijdig en adequaat gebeuren. Adequaatheid houdt in dat men correcte informatie verschaft over de volgende zaken:

- de exacte locatie waar de patiënt geopereerd zal worden;
- de beschrijving van hoe deze locatie bereikt kan worden;
- de naam van de specialist die de patiënt zal opereren, alsook in geval van een arts-specialist in opleiding de namen van zijn directe verantwoordelijken;
- de naam van de anesthesist, alsook in geval van een anesthesist in opleiding de namen van zijn directe verantwoordelijken;
- de exacte coördinaten om de laatstgenoemden te contacteren;

¹ Avondcolloquium voor huisartsen en specialisten in het kader van de master-na-masteropleiding, Universiteit Gent, georganiseerd door de Vereniging der Geneesheren, Oud-Studenten der Universiteit te Gent en de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen op 3 oktober 2012.

² Student geneeskunde, Universiteit Gent.

³ Hoofddocent Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent.

⁴ Correspondentieadres: prof. dr. A. Verbaeys, Vereniging der Geneesheren, Oud-Studenten der Universiteit te Gent, De Pintelaan 185, 9000 Gent; e-mail: alumni.geneesheren@ugent.be

- de exacte datum en het tijdstip van de ingreep;
- de indicaties voor deze ingreep;
- de toestand van de patiënt na de operatie;
- de mogelijke verwickelingen op korte (minder dan 24 uur) en lange termijn.

Dit laatste mag men niet vergeten te vermelden. Het zal immers de huisarts zijn die met deze problematiek geconfronteerd zal worden. Het aspect „tijdigheid” omvat het vroegtijdig communiceren van de datum van de geplande ingreep, idealiter minstens één week vooraf. Dit moet toelaten de patiënt eventueel beter voor te bereiden en de nazorg doeltreffend te organiseren.

Al te dikwijls heeft de patiënt niet alle informatie begrepen die de specialist hem over de ingreep verschaft: noch over de nodige voorbereiding, noch over de techniek die toegepast zal worden, noch over de gevolgen van de operatie. Er op voorhand weet van hebben, laat de huisarts toe om indien nodig alles nog eens rustig te overlopen met zijn patiënt. Zo kan het nuttig zijn om de patiënt te zeggen dat hij vóór de ingreep contact moet opnemen met de huisarts om alle mogelijke misverstanden te kunnen vermijden, om alles wat de patiënt niet duidelijk begrepen heeft of misschien reeds vergeten is op een rustige en begrijpelijke manier uit te leggen en/of te herhalen en om de gevolgen van de ingreep te verduidelijken. Zo wordt het ook mogelijk om afspraken te maken voor de preoperatieve onderzoeken volgens de ASA-classificatie (classificatie van de te opereren patiënt volgens de ernst van voorafbestaand orgaanlijden, ontwikkeld door de „American Society of Anesthesiologists”). Is het bijvoorbeeld nuttig dat een oftalmoloog een electrocardiogram eist vóór een ingreep? Wat is het nut van een aidstest bij het herstel van een fractuur? Na onderling overleg kan afgesproken worden welke onderzoeken van belang zijn. Indien er tijd geboden wordt in de aanloop naar de ingreep, kan er zelfs bij gebrek aan eenduidigheid omtrent de nodige preoperatieve onderzoeken veel geregeld worden om de ingreep probleemloos in de steigers te zetten.

De organisatie van de postoperatieve thuiszorg wordt het best op voorhand geregeld. Hierbij is een adequaat en volledig voorschrift voor nazorg essentieel. Dit vermijdt dat sommige verpleegkundigen plots handelingen moeten uitvoeren waarvoor ze onvoldoende werden opgeleid. Vermits de patiënt het recht heeft om autonoom te beslissen wie hem zal verzorgen, kan hij zijn specialist vragen om de geschikte persoon te zoeken voor zijn nazorg of overleggen om deze taak zelf op te nemen. Deze verantwoordelijkheid en zelfbeschikking leiden automatisch tot een grotere tevredenheid bij de patiënt.

Wat kan er op het gebied van communicatie? (B. Sijnave)

Meer uitwisseling van kwalitatieve informatie leidt tot een hogere zorgkwaliteit. Hierbij moeten kostelijke,

herhaalde onderzoeken vermeden worden ten voordele van een beter longitudinaal overzicht in een mobielere wereld van informatie. Door de toegenomen complexiteit en regulering is er nood aan meer informatie. Ook de stijgende nadruk op regionale en multidisciplinaire zorg, een toegenomen aantal deelnemende zorgactoren en het belang van preventie en thuismonitoring maken het delen van informatie tot een zeer belangrijk punt in de behandeling. In verschillende Europese landen werd een gedeeld patiëntendossier reeds getest in de praktijk. In Nederland leidde dit echter tot moeizame discussies. In België zijn er ondertussen twee regio's (een rond Gent en een rond Charleroi) waar ziekenhuizen samenzitten in een collaboratief zorgplatform. De reglementering en de wetten omtrent dit elektronische patiëntendossier (EPD) vallen onder de eHealth-vlag.

Het Collaboratief Zorgplatform (CoZo) is een platform voor alle zorgactoren ter ondersteuning van een betere informatie-uitwisseling over een persoon/patiënt met het oog op een betere en meer doeltreffende zorg. Het opzetten van dit platform was eerder een procedurele dan een technologische uitdaging en maakte het mogelijk om een overzicht op te vragen van afspraken en medicatieschema's via één programma. Het biedt de zorgverleners de mogelijkheid om het EPD van een patiënt te raadplegen, ongeacht de plaats waar deze documenten opgeslagen zijn en waar de zorgverlener inlogt op het systeem. Dit is het systeem van de „hubs” en de „metahubs”. Hierbij worden regionale en lokale uitwisselingssystemen van medische gegevens, de „hubs”, onderling verbonden via een „metahub”. Momenteel bestaan er een vijftal „hubs”, waaronder het CoZo, dat de medische gegevens van 34 ziekenhuizen en van de huisartsendiensten in de regio's Gent en Antwerpen verzamelt. Op deze manier kunnen zorgverstrekkers te allen tijde een overzicht krijgen van de huidige en de vroegere brieven, de verslagen, de laboratoriumanalyses, de beeldvorming, de resultaten van medische opdrachten, enz. Steeds moet hierbij de privacy van de patiënt gerespecteerd blijven.

Het systeem biedt de mogelijkheid tot telegeneeskunde en telemonitoring, maar hier schuilt het gevaar dat de opvolging niet 24 uur op 24 plaatsgrijpt, met aansprakelijkheidsproblemen tot gevolg. Daarenboven mogen de gegevens ook niet te snel beschikbaar zijn, want de persoon die de informatie ter beschikking stelt, moet de tijd krijgen om die eerst zelf te bekijken.

Verschiedende zorgactoren kunnen baat hebben bij een dergelijk elektronisch platform voor de uitwisseling van informatie. Voor de patiënt zelf zou er in de toekomst een systeem ontwikkeld kunnen worden waarin hij zelf afspraken kan maken, alsook medicatieschema's of resultaten, zoals glykemiecontroles, kan raadplegen. Ziekenhuizen kunnen het platform gebruiken om medische informatie onmiddellijk beschikbaar te stellen voor de andere actoren. Huisartsen kunnen op deze manier snel alle resultaten raadplegen, maar ook informatie aanreiken die evenzeer van belang kan zijn voor specialisten.

Momenteel gebeurt deze informatieoverdracht slechts gedeeltelijk met samengevatte pakketten. Verschillende platforms zijn ondertussen in gebruik, zoals Medidoc, Health One bij de artsen en Recip-e bij de apothekers. Toegangsbeheer, „informed consent” en „logging” zijn reeds beschikbaar. Toekomstige projecten van het CoZo zijn o.a. een dynamisch aanpassend resultatenoverzicht, een betere integratie van de informatie over ambulante contacten, ondersteuning voor tablets/smartphones en een verdere uitbouw van het patiëntenportaal. Andere mogelijkheden, zoals het automatisch bijwerken van administratieve gegevens en het rolgebaseerd beschikbaar maken van resultaten, zijn in volle ontwikkeling. De mogelijkheid tot het delen van visuele beeldvorming in plaats van enkel het protocol zou ook een stap in de goede richting zijn.

Wat mag (niet) op medicolegaal gebied? (T. Balthazar)

In principe is het gemakkelijk om te antwoorden op de vraag wat er allemaal gecommuniceerd mag worden. Hier moet er een onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende vormen van communicatie: met collega-artsen (al dan niet met een curatieve taak), met de patiënt zelf en met derden.

Van groot belang is het uitgangspunt dat het beroepsgeheim ook geldt onder collega's. Gegevensuitwisseling is wel toegestaan indien dit geregeld is door de wet, met de toestemming van de patiënt, indien de bestemming ook gebonden is door het beroepsgeheim en indien hij dezelfde patiënt behandelt. Dit is in het belang van de patiënt, maar de informatie moet beperkt worden tot de noodzakelijke gegevens (het „need-to-know”-beginsel) en alles moet conform de privacywetgeving verlopen. Het is belangrijk dat de informatiestroom in beide richtingen loopt, maar niet alles hoeft uitgewisseld te worden. Als voorbeeld is het voor een orthopedist belangrijk om te weten of de patiënt hiv-positief is, maar men kan zich afvragen of de kennis over een vroegere zwangerschapsonderbreking of depressie noodzakelijk is. Communicatie naar andere artsen en leden van het RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering) is enkel mogelijk indien er een wettelijke basis bestaat.

Ook de patiënt zelf heeft „recht op informatie”. Dit is de informatie omtrent de diagnose of de ingreep die hij moet ondergaan, enz. Hier geldt het beroepsgeheim niet. Het is de taak van de arts die het diagnostische proces afrondt om de informatie mee te delen. Men aanvaardt wel dat een andere arts of een verpleegkundige deze informatie meedeelt, maar de behandelende arts blijft verantwoordelijk.

Bij communicatie met derden geldt de regel dat enkel de patiënt de informatie mag ontvangen, behalve in geval van wilsonbekwaamheid (te jonge leeftijd, dementie, enz.). In dit geval gebeurt de communicatie ofwel met de aangewezen of de familiale vertegenwoordiger

die de beslissingen neemt in naam van de patiënt, ofwel met een vertrouwenspersoon die aangewezen werd door een wilsbekwame patiënt. Communicatie met andere derden (bv. de familie) is in beginsel enkel toegelaten mits uitdrukkelijke toestemming van de patiënt zelf.

Debat met de toehoorders, de sprekers en de specialisten uit de oftalmologie, urologie, heelkunde, gynaecologie, orthopedie en anesthesie

Op enkele specifieke punten wordt dieper ingegaan.

Wat wil de huisarts te weten komen? Wenst hij een operatieverslag te krijgen?

Een gedetailleerde beschrijving van de gebruikte materialen en technieken is niet echt relevant voor de huisarts. Wel is het belangrijk om op de hoogte gesteld te worden van de te verwachten verwickelingen, de eventuele allergische reacties en de andere toevallig ontdekte afwijkingen, bv. voorkamerfibrillatie tijdens de narcose.

Het risico van toenemende communicatie!

De toenemende informatisering van gevoelige gegevens via mailverkeer houdt het risico in dat deze „gehackt” worden, waardoor in sommige gevallen de communicatie misschien beter telefonisch verloopt.

De toename van het uitwisselen van communicatie houdt ook het risico in dat informatie verloren gaat of onjuist is. Lange „copy-paste”-brieven dragen niet bij tot een eenduidige communicatie.

Het contact tussen de huisarts en de anesthesist

De patiënt moet tijdig aanwezig zijn op de dagkliniek om de anesthesist de kans te geven om bij onduidelikheden het een en ander bij te sturen. De cultuur om snel contact op te nemen met de behandelende chirurg bestaat niet tussen de patiënt en zijn anesthesist. Nochtans kan contact met de anesthesist wel belangrijk zijn indien in de voorgeschiedenis een narcose slecht verlopen is of er zich een allergische reactie heeft voorgedaan, met alle gevolgen van dien voor het postoperatieve verloop.

Het gebrek aan eenduidigheid omtrent de preoperatieve oppuntstelling, de nodige evaluatie in functie van de geplande ingreep en de comorbiditeit van de patiënt kan misschien verbeterd worden door meer coördinatie in de communicatie, hoewel op korte termijn een preoperatief consult bij de anesthesist dit probleem volledig kan oplossen. In afwachting hiervan blijft de vraag bestaan wie er tijd moet investeren in het opstellen van het preoperatieve dossier (de huisarts of de

anesthesist?) en blijft het antwoord hierop dat de huisarts en de anesthesist tijdig moeten overleggen met elkaar om alle informatie uit te wisselen.

Besluit

Het zorglandschap staat voor een computertijdperk met veel mogelijkheden en verbeteringen, maar tevens met nog veel administratieve, ethische en technische vraagtekens. De huisartsen zijn alvast klaar voor het „elektronische tijdperk”. Momenteel is er zeker interesse voor een volledige preoperatieve voorbereiding in de vorm van een consult.

Omtrent de precieze taakverdeling van preoperatieve onderzoeken, het delen van operatie- en anesthesieverslagen en de organisatie van thuiszorg heerst nog onduidelijkheid. Dit moet bijgevolg nog geregeld worden tussen de anesthesisten en de huisartsen onderling. Er is zeker vraag naar informatie-uitwisseling tussen deze zorgverleners. Dit zal echter niet alle problemen oplossen die momenteel kunnen bestaan.

Mededeling

Geen belangenconflict en geen financiële ondersteuning gemeld.

Abstract

Communication between the general practitioner and surgeons and anaesthesiologists about a patient treated in an one-day clinic setting.

Treating patients in the computer area offers a lot of possibilities as well as improvement, but many questions concerning administrative, ethical and technical aspects remain. The impact of these new electronical possibilities and the way they will influence medical practice are discussed. The surgical treatment of patients in an out-patient setting is taken as example to evaluate the influence the electronical area will have.