Onderzoek naar de kennis van de symptoomcontrole bij Vlaamse huisartsen m.b.t. palliatieve zorg

Degrave Merijn, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Myriam Deveugele, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Peter Pype en Fien Mertens

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Dankwoord

Het schrijven van een MaNaMa-scriptie op je eentje is niet evident. Om die reden hebben we een promotor en co-promotor, als kapitein en eerste stuurman zodat het schip geen water maakt. Graag wil ik van de gelegenheid gebruik maken om eerst deze personen te bedanken. Bedankt Prof. Dr. Myriam Deveugele, Dr. Peter Pype en Fien Mertens voor het helpen uitwerken van dit project.

Graag dank ik ook mijn praktijkopleider, Dr. Alain de Mûelenaere en zijn collega Dr. Lieve Deruyter voor hun steun.

Zeker wil ik ook de labo's: labo Medina, labo Bruyland en labo Van Poucke bedanken die de verspreiding van de vragenlijsten tot bij vierhonderd artsen verwezenlijkt hebben.

Mijn oprechte dank gaat ook uit naar de deelnemers van het focusgroepsgesprek.

Graag dank ik ook Lieze Mertens om mij bij te staan met de statistische analyse.

Ik wil ook nog mijn collega-huisarts in opleiding (HAIO), Dr. Melissa Vermeersch bedanken voor de goede samenwerking.

Als laatste bedank ik graag ook mijn vriendin Clarisse Driesens voor haar steun en haar geduld gedurende dit project.

Abstract

Titel: Onderzoek naar de kennis van de symptoomcontrole bij Vlaamse huisartsen m.b.t. palliatieve zorg.

Context: Het aantal patiënten dat lijdt aan kanker of een andere chronische ziekte neemt toe. Dit brengt met zich mee dat meer mensen beroep zullen doen op palliatieve zorg. Voor de huisarts is er hier een belangrijke rol weggelegd. Ondanks deze toenemende verantwoordelijkheid, schiet de kennis van de huisarts met betrekking tot palliatieve zorg in het algemeen en meer specifiek tot de symptoomcontrole soms tekort.

Doel: Nagaan of de kennis van de West-Vlaamse huisarts toereikend is met betrekking tot de symptoomcontrole bij palliatieve zorg. Voorstellen formuleren naar de organisaties die verantwoordelijk zijn voor het organiseren van de Continue Medisch Educatie (CME) zodat deze bijscholingen voldoen aan de noden van de huisarts.

Methode: Een vragenlijst met casussen in verband met de symptoomcontrole bij palliatieve zorg werd verspreid onder 400 huisartsen in West-Vlaanderen, België. De bekomen resultaten werden statistisch verwerkt en ter toetsing in een focusgroepsgesprek voorgelegd aan 4 palliatief verpleegkundigen, te werk gesteld in 3 West-Vlaamse Netwerken Palliatieve zorg.

Resultaten: 84 vragenlijsten werden ingevuld en ons terug bezorgd. Op de 20 gestelde vragen behaalde 44% (37/84) de helft niet. Bij de vragen in verband met pijnmanagement scoorde 33,3% (28/84) geen 50%. De meerderheid van de artsen kent het principe van de WHO-pijnladder (World Health Organisation). Verder hebben de huisartsen wel problemen bij het switchen van opioïden. De conversie van toedieningswijze van opioïden wordt vaak overgelaten aan de palliatief verpleegkundigen. Een opmerkelijk resultaat was dat 28,5% vreesde voor gewenning aan morfine. Dyspnoe werd door 33% (28/84) correct behandeld en de doodsreutel door 93% (78/84). Er werd met de statistische verwerking van de bekomen resultaten en de onafhankelijke variabelen geen significante resultaten bekomen, noch met de Chi-kwadraattesten, noch met de multiple meervoudige regressie analyse.

Conclusie: Dit onderzoek toont aan dat de kennis van de symptoomcontrole tijdens een palliatieve situatie bij de West-Vlaamse huisarts vaak onvoldoende is. Er is in Vlaanderen meer nood aan een georganiseerd curriculum in de opleidingsjaren en aan bijscholingen die op een efficiënte manier de huisartsen onderrichten inzake symptoomcontrole bij de palliatieve patiënt.

Inhoud

1. Inleiding 1

2. Literatuurstudie 2

2.1. Zoekstrategie 2

2.2. Positionering ten opzichte van andere MaNaMa's 3

2.3. Onderwerpsduiding 4

2.4. Definitie 6

2.5. Organisatie van de palliatieve zorg in België 7

2.5.1. Palliatieve thuiszorg 8

2.5.2. Palliatief supportteam in het ziekenhuis 8

2.5.3. Palliatieve eenheid in het ziekenhuis 8

2.5.4. Palliatieve zorg in een WZC 8

2.5.5. Palliatieve zorg in het palliatief dagcentrum 9

2.6. Nood aan palliatieve thuiszorg? 9

2.7. Kwaliteit van de zorg 10

2.7.1. Symptoomcontrole 10

2.7.2. Leren en bijscholing 12

3. Methode 14

3.1. Studieopzet 14

3.2. Proefpersonen 14

3.3. Ontwikkelen en verdelen van de vragenlijst (Bijlage 3) 14

3.4. Het focusgroepsgesprek 16

3.5. Data-analyse 17

4. Resultaten 17

4.1. Demografische gegevens (Bijlage 7) 17

4.2. Resultaten vragenlijst (Bijlage 8 en 9) 18

5. Discussie 20

5.1. Sterktes en zwaktes van deze studie 20

5.2. Voornaamste resultaten 22

5.3. Onderwijs 24

6. Conclusie 25

7. Bibliografie 26

Bijlagen

1. Inleiding

“ *De mens moet bang zijn van het leven, niet van de dood”*
(Marlène Dietrich, actrice en zangeres)

“Als je leeft moet je met het leven bezig zijn, niet met de dood”
(Karel Appel, schilder en beeldhouwer)

“Als je blijft staren naar de plek waar de zon onderging, zal je hem nooit meer op zien gaan.”
(onbekend)

“De mens lijdt het meest onder de pijn die hij vreest.”
(onbekend)

Palliatieve zorg is momenteel een klein, doch belangrijk onderdeel van de dagelijkse huisartsgeneeskunde. Deze zorg zal echter doorheen de jaren aan belang winnen door het toenemend aantal patiënten die hierop beroep zullen doen. (1–3) Als arts hebben we de wettelijke verantwoordelijkheid om medische zorgen te verlenen aan personen in nood. Dit doortrekkende is het ook onze morele plicht om onze patiënt en de desbetreffende familie zo goed mogelijk bij te staan tijdens de laatste levensfase. (4) Om die plicht te kunnen volbrengen is het noodzakelijk om op de hoogte te zijn en te blijven van zowel de therapeutische als de niet therapeutische behandelingsmogelijkheden binnen de palliatieve zorg. Tijdens mijn stage doorheen de opleidingsjaren ben ik echter in contact gekomen met artsen die moeite hadden met het uitvoeren van palliatieve zorg. Zelf heb ik ondervonden dat ik onvoldoende geschoold was om op een goede manier om te gaan met de complexe problematiek van een palliatieve patiënt. Het is namelijk niet evident om als arts om te gaan met het psychologische, het sociale en het spirituele aspect van de palliatieve zorg. Naast deze drie aspecten van de palliatieve zorg is er nog een ander belangrijk vierde aspect namelijk de symptoomcontrole. Dit zou iedere arts onder de knie moeten hebben.

Mijn contacten doorheen de stages, mijn eigen beperking als arts tijdens mijn eerste palliatief contact, mijn interesse en mijn ervaring met het belang van goede palliatieve zorg bij een familielid hebben me gemotiveerd om mij in dit onderwerp te verdiepen.

Onderzoek heeft aangetoond dat artsen niet altijd in staat zijn om de symptomen van de palliatieve patiënt op een adequate manier te controleren en dat er nood is aan extra curricula

in de lagere graden binnen de opleiding tot arts. (3,5,6) Met andere woorden de kennis van de symptoomcontrole van huisartsen bij palliatieve patiënten schiet tekort. (5) Om symptomen op een adequate manier te kunnen behandelen, is een goede farmacologische kennis onontbeerlijk. Het is noodzakelijk te weten na hoeveel tijd een geneesmiddel begint te werken en wanneer het is uitgewerkt.. De kennis van vaak voorkomende nevenwerkingen is ook relevant aangezien bij sommige geneesmiddelen een ander medicijn moet geassocieerd worden om deze te niet te doen. (7) In de terminale fase neemt het aantal symptomen toe en verandert vaak hun intensiteit. (8) Een slechte controle van deze symptomen kan ertoe leiden dat de palliatieve patiënt soms niet op zijn plaats van voorkeur sterft. (1,2,9) Nochtans is het belangrijk om goede palliatieve zorg aan te bieden aangezien thuis sterven zowel door de palliatieve patiënt als door de moderne maatschappij gezien wordt als een onderdeel van een mooie dood. (2,5)

Bovenstaande argumenten resulteerden in het formuleren van volgende onderzoeksvraag.

"Hoe is het gesteld met de kennis bij de West-Vlaamse huisarts om vaak voorkomende symptomen bij palliatieve patiënten te behandelen?"

Om een antwoord te kunnen formuleren op mijn onderzoeksvraag heb ik onderzocht waar de tekorten schuilen bij huisartsen betreffende de kennis van symptoomcontrole bij palliatieve patiënten. De opvallendste resultaten van mijn onderzoek heb ik voorgelegd aan vier thuisverpleegkundigen tijdens een focusgroepsgesprek om ze te toetsen aan hun ervaringen op het werkveld. In de literatuur ben ik op zoek gegaan naar de efficiëntste onderwijsmethoden om tegemoet te komen aan de tekorten in de kennis van de symptoomcontrole. In navolging hiervan heb ik tips en voorstellen geformuleerd ter attentie van de verantwoordelijke voor de bijscholing.

2. Literatuurstudie

2.1. Zoekstrategie

Tijdens de zoekopdracht in de literatuur werden verschillende bronnen geraadpleegd. Als quaternaire bron werden de praktijkrichtlijnen, die te vinden zijn op www.pallialine.be, gelezen. Als tertiaire bron werd gebruik gemaakt van de Cochrane database en als secundaire bron werden PubMED, CEBAM, Minerva, TRIP database en Nivel doorzocht. De gebruikte

zoektermen waren telkens: ‘Palliative Care’, ‘Symptom Control’ en ‘General Practitioner’. Tevens werd er in Pubmed ook gebruik gemaakt van deze termen als MESH-termen.

De zoekopdracht leverde een aantal artikels op waaruit een eerste selectie werd gemaakt door het lezen van de titel en het hanteren van de in- en exclusiecriteria. (Tabel 1) Van de geselecteerde referenties werd na de titel ook de abstract gelezen.

De overgebleven artikels die eventueel nuttig konden zijn voor het onderzoek, na het lezen van titel en abstract, werden volledig gelezen indien ze online beschikbaar waren. Er werd ook gebruik gemaakt van de watervalmethode, waarbij de titels die in de referenties van een interessant artikel stonden, werden gelezen. Via deze manier werden ook nog enkele artikels geïncludeerd.

INCLUSIECRITERIA	• Engelstalig en artikel volledig online beschikbaar
	• Palliatieve zorgen bij meerderjarige personen
	• Thuiszorg
	• Symptoomcontrole bij palliatieve patiënten door de huisarts

EXCLUSIECRITERIA	• Palliatieve minderjarigen of palliatieve zorgen bij personen met een mentale retardatie
	• Editorials, notes, conference abstracts
	• Personen besmet met HIV

Tabel 1: De gehanteerde in- en exclusiecriteria

Er werd met de zoektermen ‘Palliative Care’, ‘General Practitioner’ en ‘Symptom Control’ op de tertiaire bronnen gezocht. Bij TRIP-database werden in totaal achthonderdvijfendertig titels gelezen, waarvan er vijfentwintig artikels werden weerhouden. Op PUBMED was het resultaat zevenenvijftig artikels, met eenentwintig te weerhouden artikels. Via de Cochrane library werd ook met deze termen gezocht en weerhouden we twee artikels van de zes. Op de databases NIVEL en MINERVA werden geen bruikbare artikels weerhouden. De richtlijnen die te vinden zijn op www.pallialine.be werden volledig gelezen om mede aan de hand hiervan de vragenlijst op te stellen. Tevens werd het rapport ‘Palliatieve zorgen in België’ van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KFCE) doorgenomen.

2.2. Positionering ten opzichte van andere MaNaMa’s

Op de database van het interuniversitair centrum voor huisartsenopleiding (ICHO) werd het aanbod van de reeds geschreven MaNaMa’s bekeken. Er werd gezocht onder de thema’s:

‘angst voor de dood/het sterven’, ‘dood’, ‘verzoek om/gesprek over euthanasie’. Hierbij werden in totaal twaalf MaNaMa’s geïdentificeerd, maar geen enkele handelde over symptoomcontrole bij de palliatieve patiënt.

2.3. Onderwerpsduiding

Wereldwijd is palliatieve zorg een gekend begrip in de geneeskunde en blijft het onderhevig aan evolutie. Het kwam reeds ter sprake in Groot-Brittannië tijdens het Victoriaanse tijdperk en betekende toen ‘watch and wait’. Hiermee werd bedoeld dat er geen zicht meer was op genezing en enkel symptoomcontrole nog aan de orde was. (10) Tegenwoordig is palliatieve zorg veeleer een holistische aanpak van de laatste levensfase. Niet enkel de symptoomcontrole is belangrijk ook het spirituele, het psychologische en het sociale aspect krijgt de nodige aandacht. (11,12) Maar het bekomen van een adequate symptoomcontrole is primordiaal aangezien de arts zo gemakkelijker de bezorgdheden van de patiënt in verband met zijn familie, zijn psychologische integriteit en zijn levensdoel kan bevragen. (13) In deze moderne, holistische aanpak staat niet enkel de patiënt centraal, maar is er ook voldoende aandacht voor zijn familie en omgeving. De palliatieve patiënten zijn niet enkel meer terminale kankerpatiënten, maar ook patiënten met chronische ziekten zoals eindgradig hartfalen of chronisch obstructief longlijden (COPD). Momenteel is er een toename in het aantal chronisch zieken. (2,3,14) Deze toename wordt in de hand gewerkt door twee factoren. Als eerste de vergrijzing, ontstaan door de babyboom na WOII en de ontgroening in de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw. (2) Daarnaast is er, zowel in België als in de rest van de wereld, de evolutie van de moderne geneeskunde. Dit zal met zich meebrengen dat meer en meer mensen in de toekomst nood zullen hebben aan palliatieve zorg. (3) Niet enkel de toename in absolute aantallen zal ervoor zorgen dat de rol van de huisarts tijdens de laatste levensfase gevoelig toeneemt, ook het feit dat ongeveer de helft van deze populatie thuis wenst te sterven en op deze manier palliatieve thuiszorg prefereert, speelt hierin een rol. (9,15–19)

De meerderheid van de huisartsen heeft geen probleem met een toenemende rol in palliatieve zorg en wil die rol opnemen, want ze zien palliatieve zorg als een belangrijk en verrijkend deelaspect van het artsenberoep. Het is als het ware een weerspiegeling van de huisartsgeneeskunde. Het is tenslotte ook zorgen voor tijdelijke problemen van een persoon in zijn context, deze van zijn familie en omgeving. (1,4,5,14,20) Maar ondanks de wil om de toenemende vraag op zich te nemen, is het uitvoeren van palliatieve zorg voor de huisarts niet

vanzelfsprekend. Huisartsen beschouwen de patiënten vaak te laat of helemaal niet als palliatief. (21) Van den Block et al. vond een verschil in het toedienen van palliatieve zorg van een 40% tussen respectievelijk de laatste twee à drie maand (47%) en de laatste levensweek (87%). Ondanks de belangrijke toename van palliatieve zorg in de laatste levensweek, waren er toch 18% van de patiënten gestorven zonder enige vorm van palliatieve zorg. Een belangrijke oorzaak hiervan ligt bij de artsen, die vaak niet de beschikbare tools gebruiken waarop ze zich kunnen baseren om iemand palliatief te verklaren. (1,2,21)

Vaak worden palliatieve patiënten tijdens hun laatste levensfase omwille van een slechte symptoomcontrole of door het ontstaan van een urgente situatie, gehospitaliseerd. De meest significante resultaten hierover worden teruggevonden bij patiënten die aan een niet maligne chronische ziekte lijden, zoals COPD of chronisch hartfalen.(2,11,19,22) Dit heeft als gevolg dat er soms niet wordt tegemoet gekomen aan de patiënt zijn wens om thuis te sterven. Verschillende onderzoeken hebben uiteenlopende resultaten bekomen gaande van 26 tot 66% van het aantal patiënten waarbij hun wens om thuis te sterven werd ingewilligd. (2,16,19) In België sterft meer dan de helft van de mensen, waarvoor palliatieve zorg wordt opgestart, in het ziekenhuis. Het Belgische gezondheidszorgsysteem slaagt er niet in het aantal overlijdens in het ziekenhuis te verminderen. Dit waarschijnlijk doordat vele patiënten te laat als palliatief worden beschouwd of doordat er te weinig gespecialiseerde artsen in de palliatieve zorg worden betrokken bij het behandelingsbeleid. (17) Neergaard et al. geeft wel aan dat de patiënt ook van idee verandert naarmate het sterven nadert, want vaak weet de patiënt niet wat hem nog te wachten staat. Hierdoor verandert hij van mening en wenst hij wel naar het ziekenhuis te gaan als de dood dichterbij komt en de symptomen toenemen. (16) Andere redenen om een ziekenhuisopname te verantwoorden, naast de wens van de patiënt, zijn het ontlasten van de mantelzorgers en het ontstaan van acute medische situaties. Uit de studie van Reyniers et al. kan geen hard oorzakelijk verband aangetoond worden tussen de redenen voor een hospitalisatie en de competentie, de ervaring of de werkbelasting van de huisarts. (22,23)

Het is de taak van de huisarts om in dit aspect van zijn beroep voldoende kennis en ervaring op te bouwen. Daarom is er naast de wil van de huisarts ook nood aan een goede kennis van de vier deelaspecten van de palliatieve zorg om dit op een goede en kwaliteitsvolle manier aan te kunnen bieden. (5,11,24) Een goede symptoomcontrole is primordiaal, want slechts wanneer een palliatieve patiënt lichamelijk comfort ervaart, kan hij ten volle zijn aandacht richten op de door hem vooropgestelde doelen die zijn leven nog zin kunnen geven. Ondanks

het belang is de huidige symptoomcontrole bij de palliatieve patiënten in de thuissetting vaak onvoldoende, dit mede door een gebrek aan kennis. (25)

2.4. Definitie

Etymologisch is de term ‘palliatief’ afkomstig van het Latijnse werkwoord ‘palliare’ zijnde ‘bedekken’ met als zelfstandig naamwoord ‘pallium’ of ‘mantel’. In het Nederlands werd dit vertaald als ‘palliative curen’ of ‘symptoombestrijdende behandelingen’. Heden ten dage omvat de term veel meer dan enkel symptoombestrijding. Dit is zichtbaar in de verschillende definities die zijn opgesteld door de verschillende zorgorganisaties. Drie grote gezondheidsorganisaties formuleerden verschillende definities met daarin drie wederkerende basispijlers. Met name de holistische visie, de noodzaak tot interdisciplinaire aanpak en het doel om de levenskwaliteit van de patiënt te verbeteren. (1,26)

De meest recente definitie van palliatieve zorgen geformuleerd door de World Health Organization (WHO, 2002) luidt als volgt: ‘Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual’(27)

De European Association of Palliative Care (EPAC) hanteert een andere definitie: Palliative care is the active, total care of the patients whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of social, psychological and spiritual problems is paramount. Palliative care is interdisciplinary in its approach and encompasses the patient, the family and the community in its scope. In a sense, palliative care is to offer the most basic concept of care – that of providing for the needs of the patient wherever he or she is cared for, either at home or in the hospital. Palliative care affirms life and regards dying as a normal process; it neither hastens nor postpones death. It sets out to preserve the best possible quality of life until death.” (28)

De definitie van de International Association for Hospice and Palliative Care Organization (IAHP) lijkt sterk op deze van de WHO: “Palliative care is the care of patients with active, progressive, far-advanced disease, for whom the focus of care is the relief and prevention of suffering and the quality of life. The main focus is therefore the improvement of quality of life, no matter what the type and the stage of the disease.” (26)

2.5. Organisatie van de palliatieve zorg in België

Op Europees niveau zijn er grote verschillen tussen de verschillende lidstaten met betrekking tot de wetgeving en de organisatie van palliatieve zorg. (29) Het Belgische gezondheidszorgbeleid wordt federaal en regionaal geregeld. Door de culturele verschillen en de soms verschillende accenten die de regio's leggen, kan er een verschil optreden in de zorgkwaliteit en in de palliatieve gezondheidscijfers tussen Vlaanderen en Wallonië. (1,17) In België is er een georganiseerde palliatieve zorg onderverdeeld in instanties met een hiërarchische verhouding: drie federaties palliatieve zorg, vijfentwintig netwerken palliatieve zorg -vijftien in Vlaanderen, acht in Wallonië, één in Brussel en één in de Duitstalige gemeenschap-. Er zijn vijf instanties die palliatieve zorg helpen uitvoeren in de praktijk met name de palliatieve thuiszorg, het palliatief supportteam in het ziekenhuis, de palliatieve eenheid, het palliatief supportteam in het Woon- en Zorgcentrum (WZC) en de palliatieve dagcentra. Palliatieve zorg is in België wettelijk gereguleerd, de wet stelt dat elke burger het recht heeft om palliatieve zorg (en/of informatie hierover) te krijgen, om informatie in verband met zijn aandoening te bekomen en om gegarandeerde toegang tot de palliatieve zorg te verkrijgen. (26) Uit de cijfers blijkt echter dat mensen met kanker gemakkelijker toegang vinden tot de palliatieve zorg in vergelijking met mensen die lijden aan een chronische ziekte. (1,8)

Ieder niveau van de palliatieve zorg in België heeft zijn eigen functies. De federatie palliatieve zorg heeft een representatieve functie voor alle belanghebbenden binnen de palliatieve zorg. De palliatieve netwerken zijn pluralistische organisaties en hebben als hoofddoel de uitbouw van de palliatieve zorg in de regio. Naast deze opdracht hebben ze ook nog verschillende wettelijke opdrachten. Ten eerste moeten ze de bevolking informeren over de mogelijkheden en het aanbod van palliatieve zorg in de regio. Ten tweede spelen ze een coördinerende rol in de samenwerking tussen de verschillende partners die betrokken zijn bij palliatieve zorg en ondersteunen ze vrijwilligerswerk. Ten derde behoort het vormen en het opleiden van zorgverleners ook tot hun kerntaken samen met het verzamelen van cijfergegevens in verband met de geleverde palliatieve zorg in de regio. Deze drie opdrachten behoren tot het kernpakket, maar alvorens de overheid de instanties financiert moeten ze ook voldoen aan bepaalde voorwaarden. Er moet gestreefd worden naar een evenwichtige vertegenwoordiging van intra-en extramurale voorzieningen in de organisatiestructuur en elk netwerk moet samenwerken met een palliatieve thuiszorgequipe. (30,31)

2.5.1. Palliatieve thuiszorg

Vlaanderen telt vijftien palliatieve thuiszorgteams die territoriaal zijn afgebakend opdat iedere Vlaming bij één team terecht zou kunnen. Het team wordt steeds ingeschakeld met het akkoord van de huisarts en geeft ondersteuning indien gewenst. De teamleden zijn minimum twee palliatief deskundig verpleegkundigen, een palliatief geschoolde equipe-arts en een administratieve kracht. De taak van de verpleegkundige beperkt zich niet enkel tot het ondersteunen en helpen van de palliatieve patiënt, maar omvat ook de gedeelde zorg voor zijn naasten en eventuele ondersteuning van de andere hulpverleners als vakdeskundige. De thuiszorgequipe is 7/7 en 24/24 uur beschikbaar. (32,33)

2.5.2. Palliatief supportteam in het ziekenhuis

Dit is een verplichting binnen elk ziekenhuis. Het team bestaat uit een palliatief deskundig arts, een palliatief verpleegkundige en een psycholoog. Het palliatief supportteam kan door iedere behandelende arts voor elke patiënt in consult gevraagd worden. Hun taak bestaat erin om de palliatieve patiënten te begeleiden en/of om hun collega zorgverleners bij te staan tijdens de zorg voor hun palliatieve patiënten. Indien de patiënt het ziekenhuis kan verlaten, helpen ze ook bij de voorbereiding van zijn ontslag. (33)

2.5.3. Palliatieve eenheid in het ziekenhuis

Dit is een aparte eenheid in een ziekenhuis, die enkele bedden telt en ingericht is in een meer huiselijke sfeer. Een ziekenhuis is niet verplicht om een palliatieve eenheid te hebben. Het personeel op de palliatieve eenheid is speciaal opgeleid om de patiënt op een zo goed mogelijke manier te verzorgen en ook oog te hebben voor zijn familie en omgeving. (33)

2.5.4. Palliatieve zorg in een WZC

Vele WZC‘s hebben een bepaalde visie in verband met palliatieve zorg ontwikkeld en een actief palliatief supportteam uitgebouwd. Dit palliatief supportteam heeft een gelijkaardige rol als het palliatief supportteam in het ziekenhuis of de palliatieve thuiszorgequipe. Het doel is de patiënt in zijn gekende omgeving te laten sterven zonder dat er nog ziekenhuisopnames noodzakelijk zijn. Niet zelden worden ze betrokken in het multidisciplinair overleg waarop een antwoord wordt gezocht op bepaalde ethische vraagstukken. (33)

2.5.5. Palliatieve zorg in het palliatief dagcentrum

In sommige Vlaamse regio's is er een palliatief dagcentrum waar de patiënt voor een aantal dagen van de week terecht kan. Dit biedt een niet-medische omgeving aan, waar de patiënt toch de zorg krijgt die hij nodig heeft. De palliatieve patiënt kan er tijd doorbrengen met lotgenoten en vrijwilligers zodat de zorg voor de mantelzorgers wat verlicht kan worden. (33)

2.6. Nood aan palliatieve thuiszorg?

Gomes et al. heeft aangetoond dat de kankersterfte in Groot-Brittannië in dertig jaar tijd (1974-2003) is toegenomen met een vijftal percent tot 25,9% van de sterfgevallen. Maar het aantal sterfgevallen thuis is wel afgenomen in deze periode, terwijl in andere landen zoals de Verenigde Staten, Canada en Australië er een toename is van het aantal sterfgevallen thuis. In veel landen is er een discrepantie tussen de wens van de patiënten en de feitelijke plaats van overlijden. (2) In België wenst het merendeel van de chronische patiënten thuis te sterven, maar soms wordt een opname in het ziekenhuis toch gerechtvaardigd. Deze redenen kunnen onderverdeeld worden in drie categorieën namelijk ‘de voorkeur van de patiënt’, ‘de zorgmogelijkheden van de omgeving en de mantelzorgers’ en ‘acute medische situaties’. Voorbeelden zijn: angst om alleen te sterven, de patiënt die vindt dat hij een last is voor zijn omgeving, de mantelzorgers die anticiperen op de onmogelijkheid om de patiënt nog thuis te kunnen verzorgen, het niet meer in staat zijn om de symptomen te controleren of het ontlasten van de mantelzorgers. (16,22) Niettegenstaande de wens van de patiënt, sterft het merendeel van de mensen die een chronische ziekte hebben in België nog altijd in het ziekenhuis. In Vlaanderen is er wel een dalende tendens: in 1998 stierf 55,1% in een ziekenhuis, terwijl in 2007 dit 51,7% was. Het aantal sterfgevallen in een WZC nam wel toe, respectievelijk van 18,3% naar 22,6% terwijl het aantal thuisoverlijdens ongeveer stabiel bleef op +-23%. De tendens in Vlaanderen is dat meer en meer mensen met een chronische aandoening zullen sterven in het WZC waar ze verblijven in plaats van thuis. Om die reden is het nodig om goede palliatieve zorg te kunnen aanbieden in de WZC. Dit gebeurt meestal door een gespecialiseerde verpleegkundige of het palliatief supportteam van het WZC, maar ook hier is een grote rol weggelegd voor de huisarts, aangezien bijna iedereen in België een huisarts heeft. Zijn rol hier is niet enkel coördinerend, maar ook uitvoerend. (1,9)

2.7. Kwaliteit van de zorg

2.7.1. Symptoomcontrole

Jaarlijks ziet een West-Europese huisarts, afhankelijk van het land waarin hij werkt, gemiddeld 1 à 6 palliatieve patiënten. (5,13,24) Voor België is dit gemiddeld 1,6 palliatieve patiënten/jaar. (26) In België is palliatieve zorg vaak een opdracht voor een multidisciplinair team waarvan de huisarts deel uitmaakt. Uit onderzoek blijkt dat 41 tot 65% van de palliatieve patiënten in België gebruik maakt van een multidisciplinair team voor de palliatieve zorg. (11) Tweederde van deze groep mensen zijn kankerpatiënten. (1,5) Maar bij kankerpatiënten hebben artsen het vaak moeilijk met het feit dat ze niet in staat zijn het ziekteproces te stoppen of om te keren. Dit mag echter niet leiden tot therapeutische hardnekkigheid. (1,7) De prevalentie van symptomen bij palliatieve patiënten verschilt afhankelijk van leeftijdsgroep en pathologie. Deze is hoger bij jongeren en bij kankerpatiënten in vergelijking met respectievelijk ouderen en niet-kanker patiënten. (1,8) De symptomen zijn in de ogen van de patiënt niet altijd een even zware last om dragen, maar pijn en dyspnoe zijn twee gevreesde symptomen tijdens de laatste levensfase. Onderzoek heeft aangetoond dat bij 93% zwakte als meest genoemd symptoom naar voren komt, vooral in de laatste levensweken, maar slechts bij 57% als ondraaglijk wordt bestempeld. Andere vaak voorkomende symptomen zijn vermoeidheid, een veranderd voorkomen, algemeen discomfort en pijn (72-87%). (4,13,34) Ruijs et al. heeft aangetoond dat niet elk symptoom met dezelfde intensiteit ervaren wordt. Indien de intensiteit van de symptomen laag is, hebben de patiënten meer last van verlies van zelfstandigheid, insomnia, braken en geen honger hebben. Als daarentegen de intensiteit hoog is, zijn het pijn, verlies van controle, niet goed slapen en angst voor verder lijden die als ondraaglijk worden bestempeld. Patiënten vertellen vaak ook niet al hun symptomen aan de huisarts omdat ze weten dat die gelimiteerd is in zijn behandelingsmogelijkheden; terwijl huisartsen soms te weinig doorvragen naar symptomen waarmee ze minder vertrouwd zijn. Daaruit volgt dat de symptomen die door de huisarts behandeld worden, vaak niet de symptomen zijn die het zwaarst op de patiënt wegen. (4,5,35) Uit onderzoek van Becker et al. blijkt dat 8% van de artsen zich niet comfortabel voelt met pijnmanagement, maar er zijn ook onderzoeken die aantonen dat het pijnmanagement en de symptoomcontrole op zich beter kunnen. (4,35–37) Pijn is bij 72-88% van de patiënten aanwezig en bij ongeveer 25-66% wordt het als ondraaglijk of stresserend benoemd. (4) Uit deze cijfers blijkt dat pijn toch nog bij een groot deel van de palliatieve patiënten aanwezig is. Soms steekt het zelfs zodanig de kop op dat patiënten hiervoor de spoeddienst of een wachtarts moeten raadplegen. (23)

Studies hebben aangetoond dat 23-30% van de consultaties van kankerpatiënten op spoed of bij wachtartsen pijn gerelateerd zijn. (23) In de literatuur zijn er reeds verschillende onderzoeken gebeurd naar de kennis van pijnmanagement bij de huisartsen, hier werden sterk uiteenlopende resultaten bekomen. Maar de globale trend is dat de pijncontrole bij de huisartsen soms tekort schiet. Vaak worden de opioïden onder gedoseerd of te laat gestart zodat de patiënt onnodig lijdt. Barclay et al. heeft aangetoond dat ondanks de toenemende richtlijnen en samenvattingen tot 28% van de palliatieve patiënten niet pijnvrij was in hun laatste levensweek. (4,23,24,36,38,39) Aangehaalde redenen in de literatuur om deze situatie te verklaren zijn een tekort aan palliatieve training doorheen de opleidingsjaren en bepaalde ideeën waardoor artsen worden beïnvloed. Zoals de mening dat het gevaarlijk is om een palliatieve patiënt hoge dosissen opioïden te geven omdat je hun leven zou kunnen verkorten of het geloof dat opioïden het ademhalingscentrum kunnen onderdrukken en op deze manier de dood versnellen; terwijl duidelijk aangetoond is dat dit niet het geval is bij palliatieve patiënten. Een ander idee is dat de pijn onvermijdbaar is en niet kan behandeld worden. Soms is men ook bang voor de nevenwerkingen van opioïden wanneer er hoge dosissen moeten worden toegediend. (24,38) Niet enkel schuilt er gevaar in deze ideeën omdat de patiënt onnodig zou kunnen lijden. De idee dat opioïden het leven kunnen verkorten kan ook leiden tot een overdosering bij sommige patiënten. Een arts heeft niet enkel zijn eigen ideeën, maar wordt soms ook beïnvloed door vooringenomen meningen van patiënten. Ze zijn bang voor de neveneffecten van opioïden, voor sedatie, om verslaafd te worden of voor de slechte prognose die opioïden impliceren. (36) Vaak wordt er te laat gestart met sterke opioïden, door een matige kennis van een goede pijncontrole, maar niet enkel de keuze voor een sterk opioid is een probleem bij huisartsen. Andere problemen zijn het associëren van een laxativum en/of anti-emeticum, ook stelt opioidrotatie of opioidconversie de arts voor problemen. (24,25)

De kennis van pijn en zijn behandeling is een goed onderzochte topic in de palliatieve literatuur, maar een palliatieve patiënt wordt nog geconfronteerd met andere symptomen tijdens zijn stervensfase. Er is ook, weliswaar in mindere mate, onderzoek gebeurd naar de aanpak van deze andere symptomen. Onderzoek van Adam et al. meldt dat de spoeddienst werd gecontacteerd voor maar liefst vierenveertig verschillende symptomen. De meest voorkomende symptomen en aldus niet in de thuissituatie op een adequate manier gecontroleerd, zijn: gastro-intestinale symptomen, dyspnoe, agitatie en algemene zwakte. (4,7,8,23) Dit brengt met zich mee dat “De soms minder goede symptoomcontrole bij

palliatieve patiënten in de huisartsenpraktijk aantoont dat thuis de beste plaats kan zijn om te sterven, maar ook de slechtste.” (36)

2.7.2. Leren en bijscholing

Uit verschillende onderzoeken komt naar voor dat het merendeel van de praktiserende huisartsen niet voldoende geschoold is om de zorg voor de chronische, palliatieve patiënt op een goede manier op zich te nemen. (5,20,24,35) De huisartsen geven ook aan te weinig ervaring en hieruit voortvloeiend te weinig zelfvertrouwen te hebben om met deze problematiek om te gaan. Jonge net afgestudeerde artsen vinden dat ze doorheen hun opleiding niet voldoende zijn voorbereid op de palliatieve zorg. Het is zelfs zo dat ze met negatieve emotionele reacties kijken naar palliatieve zorg. (3,40) Uit onderzoek in Groot-Brittannië is gebleken dat 67% van de net afgestudeerde jonge artsen zich niet capabel acht om een palliatieve patiënt te begeleiden. Ondanks dat ze volgens hen voldoende voorbereid waren op vlak van communicatie en pijncontrole. (40) Uit voorgaande bevindingen kan worden afgeleid dat de basisopleiding tekort schiet. (3,40,41) Een onderzoek naar de palliatieve scholing in de basisopleiding tot arts in dertig Europese landen toont aan dat er dertien landen zijn waar in alle universiteiten van het land les in verband met palliatieve zorg wordt gegeven. In vijftien landen wordt er slechts in bepaalde universiteiten les over palliatieve zorg gegeven. Bij twee landen waren er geen gegevens beschikbaar. Deze lessen worden echter niet georganiseerd volgens een gestandaardiseerde manier. België maakt deel uit van de eerste groep, maar net als in de andere landen is het palliatief curriculum beperkt doorheen de basisopleiding. (3,6,14,20,35,42) Er zijn ook geen officiële eindtermen met betrekking tot palliatieve zorg. Deze zijn er wel als je verder specialiseert in de huisartsgeneeskunde met name medisch expert fiche 4 en 8 (Bijlage 1). De nood aan een structurele oplossing uit zich. Men probeert het kennistekort aan te pakken door ten eerste te voorzien in een betere opleiding palliatieve zorg doorheen de basisopleiding tot arts. Vanuit Europa stuurt men dit aan via de EAPC. Dit orgaan heeft richtlijnen opgesteld om een curriculum palliatieve zorg te ontwikkelen tijdens de opleiding, maar ook postgraduaat, zodat de vele geneeskundige opleidingen in Europa zich hierop kunnen baseren om een curriculum palliatieve zorg te ontwikkelen. (20,28,42) Ten tweede schoolt men praktiserende artsen bij. De bijscholing of CME wordt in Vlaanderen door verschillende instanties georganiseerd. De thema’s van deze bijscholingen zijn sterk variërend, maar palliatieve zorg is slechts beperkt vertegenwoordigd in het gamma. De bijscholingen handelend over palliatieve zorg beperken zich niet enkel tot de theoretische kennis, maar gaan ook over praktische zaken, trainingen in

teamwork en communicatievaardigheden. De twee vaakst terugkerende thema's zijn 'symptoomcontrole' en 'ethiek en wetgeving'. (14) Onderwerpen die door huisartsen als thema voor een bijscholing naar voor worden geschoven, zijn vaker 'medicijn-gerelateerd' dan 'communicatie-gerelateerd'. (19) Het is niet de bedoeling om van huisartsen specialisten in de palliatieve zorg te maken, maar wel om de huisarts bij te scholen zodat er voldoende competentie en vertrouwen aanwezig is om op een goede holistische manier palliatieve zorg aan te kunnen bieden. (40) Huisartsen staan ook open voor bijscholing in verband met palliatieve zorg. (35,38) In het Verenigd Koninkrijk geven huisartsen zelfs aan dat ze al van bijscholing i.v.m. symptoomcontrole genoten hebben vooraleer ze in de praktijk stappen. (36) Huisartsen melden dat een medische training in palliatieve zorg een positief effect heeft op hun kijk naar deze zorg toe. (3) Een bijscholing in verband met symptoomcontrole is ook nuttig aangezien er een duidelijk effect kan teweeggebracht worden op de kennis van artsen/studenten die ze hebben bijgewoond. (37,43)

Tussen de verschillende CME zijn er echter grote inhoudelijke verschillen en is er vaak een inefficiënt gebruik van didactische technieken. (14,20) Er is onderzoek gebeurd naar de beste manier om kennis over te dragen zodat het effect ervan op lange termijn standhoudt. (43) De globale tendens is dat de traditionele manier van onderrichten niet efficiënt is. Deze lesvorm beïnvloedt noch het professionele gedrag noch de zorgkwaliteit voor de patiënt. Nochtans blijkt dat een kort seminarie in verband met een bepaald onderwerp een verbetering van de kennis met zich kan meebrengen. (4,14,37,44) De CME bereikt ook slechts een klein deel van de doelgroep (15%), dit percentage ligt nog lager indien het om een multidisciplinaire bijscholing gaat. Alhoewel onderzoek heeft aangetoond dat deze multidisciplinaire bijscholingen een meerwaarde bieden ten opzichte van de klassieke bijscholingen. (14) Zoals daarnet aangehaald zijn de CME ingevuld door het klassieke lesmodel geen eerste keus meer. Een betere manier om kennis over te brengen is aan de hand van multidisciplinaire en casus-gebaseerde discussies in kleine groepjes om zo te zien hoe de theorie in de praktijk wordt omgezet. Hier kan men praktische zaken leren aan de hand van voorbeelden en advies krijgen van een expert om bepaalde richtlijnen in de praktijk te implementeren. (14,20,37,43) Ondanks het feit dat het klassieke lesmodel geen goede manier is om kennis over te brengen, blijft dit toch de eerste keus om bijscholing te geven. (20) Een andere manier om kennis te vergaren, is het vak leren op de werkplaats en dus aldoende leren; werkplaats leren (WPL). Hier leert men door observatie en door feedback te krijgen van experten. (41) De samenwerking tussen de huisarts en de palliatieve zorgteams leidt tot een betere kennis bij de

huisartsen, aangezien de diagnostische accuraatheid, de behandeling en het identificeren van palliatieve problemen beter wordt. Dit brengt met zich mee dat palliatieve patiënten vaker thuis kunnen sterven. (4,20,44)

3. Methode

3.1. Studieopzet

Het onderzoeksdesign is een cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd met vragenlijsten ingevuld door huisartsen. Een cross-sectioneel onderzoek verzamelt op een bepaald tijdstip gegevens van een welbepaalde populatie.

Tevens werd een focusgroepsgesprek met palliatief verpleegkundigen van verschillende palliatieve netwerken in West-Vlaanderen georganiseerd. Dit om de bekomen resultaten uit de vragenlijst te toetsen met hun ervaringen op het werkveld.

Het doel van het onderzoek bestaat erin om de organisatoren van bijscholingsactiviteiten te informeren. Dit door na te gaan hoe goed de kennis van de West-Vlaamse huisartsen met betrekking tot symptoomcontrole bij de palliatieve patiëntenpopulatie is. Als het onderzoek tekorten in de kennis kan blootleggen, kunnen de verantwoordelijken van de bijscholingsactiviteiten gericht inspelen op deze noden.

Dit onderzoek werd goedgekeurd door de ethische commissie van de Universiteit Gent, België en werd opgenomen in het verslag van de vergadering van het ethisch comité op 16/06/2015. (Bijlage 2)

3.2. Proefpersonen

Als doelpopulatie werd voor ons onderzoek, uit praktische overwegingen, gekozen voor huisartsen en HAIO's van de provincie West-Vlaanderen. Zeven huisartsenkringen in West-Vlaanderen werden bij het onderzoek betrokken.

3.3. Ontwikkelen en verdelen van de vragenlijst (Bijlage 3)

Om dit onderzoek uit te voeren is er gekozen voor een vragenlijst en niet voor een interview. Deze keuze is puur praktisch, want met een vragenlijst is het makkelijker om een groter doelpubliek te bereiken. Tevens is het minder tijdrovend voor zowel de onderzoeker als de deelnemer. De mogelijkheid om de vragenlijst elektronisch te verspreiden brengt ook enkele voordelen met zich mee. Als eerste kan de onderzoekspopulatie antwoorden wanneer ze de

tijd vindt. Ten tweede zijn elektronische data makkelijker te verwerken met een statistisch programma. Een nadeel is vaak de lage responsratio. Een andere bedenking bij een interview is het rechtstreekse contact met de onderzoeker. De mogelijkheid bestaat immers dat de vragenlijst een gebrek aan kennis kan blootleggen, wat door de huisarts als confronterend kan ervaren worden. Om deze redenen werd er gekozen voor een anonieme vragenlijst die de kennis van de huisarts in verband met palliatieve symptoomcontrole bevraagt. Bij de vragenlijst werd ook een informatiebrief en een informed consent bijgevoegd. (Bijlage 4 en 5)

Om de vragenlijst op te stellen, werden de richtlijnen op www.pallialine.be doorgenomen. Er werd ook gezocht in de literatuur naar artikels die handelen over hetzelfde onderwerp en ook van een vragenlijst gebruik hebben gemaakt. Zo zijn er enkele artikels terug gevonden. De vragenlijst van Rurup et al. kan als bijlage geraadpleegd worden. (38) De vragenlijsten van de andere onderzoeken zijn niet raadpleegbaar. Via e-mail werd contact opgenomen met de auteurs, maar deze e-mails bleven onbeantwoord. (24,35,44,45) De vragen zijn zo opgesteld dat ze voldoen aan één van de twee volgende voorwaarden. Ze handelen inhoudelijk over problemen die doorheen de literatuur naar boven komen als moeilijk behandelbare symptomen door de huisarts of ze bevragen zaken die terugkomen in de eindtermen voor HAIO's die door de Vlaamse regering (Bijlage 1) en door de EAPC werden opgesteld. (4,7,8,23,28,35–37) Er wordt bewust gekozen voor een duidelijk overwicht aan vragen direct of indirect handelend over pijnmanagement aangezien er in de literatuur veel tekorten beschreven zijn met betrekking tot een goed pijnmanagement in de palliatieve situatie ondanks dit tot de basiskennis van de huisartsen zou moeten behoren. (14,20,23–25,36,38,39) Ook worden minder vaak voorkomende problemen bevraagd waarbij huisartsen problemen ondervinden vb. dyspnoe, doodsreutel, braken,… (23) Rekening houdend met bovenstaande voorwaarden en de literatuurgegevens werden er vijfentwintig vragen uitgeschreven. De vragenlijst werd voorgelegd aan een palliatief arts en copromotor. Na hun feedback werden enkele aanpassingen verricht. Tevens werd beslist om slechts 20 vragen te weerhouden om de lengte van de vragenlijst te beperken. Twaalf van de twintig vragen hadden als topic pijnmanagement. De inhoud van deze vragen handelde over de WHO-pijntrap, dosissen, nevenwerkingen en contra-indicaties van opioïden, het toepassen van opioidconversies, de behandeling bij verschillende soorten pijn en onwaarheden beschreven in de literatuur in verband met opioïden. Andere vragen handelden over nausea en braken, ionenstoornissen, dyspnoe, delier en doodsreutel. De tijd noodzakelijk om de vragenlijst te vervolledigen was een vijftien tal minuten.

De opgestelde vragenlijst werd samengevoegd met de vragenlijst van Dr. Vermeersch Melissa opdat we op deze manier hoopten een grotere responsratio te bekomen. De vragenlijst van Dr. Vermeersch handelt over: ‘de kennis van het bestaan en het gebruik van de richtlijnen in verband met palliatieve symptoomcontrole bij de huisartsen.’ De vragenlijst werd samen met een informed consent elektronisch verstuurd naar zeven huisartsenkringen in West-Vlaanderen met name Huisartsen Midden-West-Vlaanderen (132), Huisartsen van ’t Oosten van West-Vlaanderen (85), Huisartsenkring ijzerstreek en westkust(90), Huisartsen Westhoek (85), Huisartsenkring Ingelmunster, Izegem en Lendelede (35), Huisartsenkring Zuid-West-Vlaanderen (285) en Huisartsenkring Wervik-Geluwe (14). Deze werden gevraagd om de vragenlijst verder te verdelen onder hun leden. Bij sommige huisartsenkringen werd echter vastgesteld dat de vragenlijst enkel op de site werd geplaatst en niet afzonderlijk werd doorgemaild naar de leden. Na de elektronische verspreiding van de vragenlijst was er een zeer lage respons, daarom werd besloten om de vragenlijsten met de medewerking van enkele labo’s (labo Bruyland, labo Van Poucke en labo Medina) op papier te verspreiden in plaats van een reminder te versturen.

3.4. Het focusgroepsgesprek

Om het focusgroepsgesprek voor te bereiden werd hoofdstuk 5: ‘Exploreren met focusgroepsgesprekken: de ‘stem’ van de groep onder de loep’ van het boek ‘Kwalitatief Onderzoek’ gelezen. (46) De vier West-Vlaamse palliatieve netwerken werden via e-mail op de hoogte gebracht van het onderzoek en kregen uitleg in verband met het doel van het focusgroepsgesprek. Als bijlage bij deze e-mail zat de informed consent voor de thuisverpleegkundigen en een korte informatiebrief in verband met het onderzoek. (zie Bijlage 5 en 6) Er werd hen gevraagd of het mogelijk was om een palliatief thuisverpleegkundige af te vaardigen voor het focusgroepsgesprek. Alle netwerken gaven bereidheid tot medewerking, behalve het palliatief netwerk Westhoek-Oostende, om organisatorische redenen. Een doodle werd opgesteld om een geschikte datum te vinden.

Tijdens het focusgroepsgesprek werden de volgende thema’s besproken: pijnbestrijding bij palliatieve patiënten en de kennis van de huisarts i.v.m. opioidconversie, opioidrotatie, de VAS-score, doorbraakpijnmedicatie en de associatie van een laxativum bij het opstarten van opioïden. Ook werd er gepolst naar de bezorgdheden bij huisartsen i.v.m. het gebruik van opioïden. Wat de andere symptomen betreft, werden hun ervaringen i.v.m. de kennis van de huisartsen m.b.t. de behandeling van doodsreutel, dyspnoe en braken specifiek bevraagd.

Verder kwamen relevante topics zoals werkplek leren, het toenemend aantal korte palliatieve thuisverzorgingen, het toenemend aantal overlijdens in het ziekenhuis, het verschil tussen jonge en oude artsen en de therapeutische hardnekkigheid aanbod.

3.5. Data-analyse

De datagegevens van de online ingevulde vragenlijsten werden elektronisch in een Excel-bestand verwerkt, terwijl de schriftelijke vragenlijsten manueel werden ingevoerd. Dit Excel-bestand werd ingevoerd in het statistisch programma SPSS versie 23.0.
Eerst werd er per vraag beschrijvende statistiek uitgevoerd. Daarna hebben we de Chi-kwadraat test uitgevoerd per vraag en per onafhankelijke variabele namelijk geslacht, leeftijd, aantal jaren praktijkervaring, soort praktijk en aantal palliatieve patiënten/jaar. Wanneer bij de uitkomst van de Chi-kwadraattest meer dan 20% van de verwachtte frequenties in de cellen kleiner was dan vijf dan werd er niet voldaan aan de voorwaarden van de Chi-kwadraattest. Daarop werden de variabelen opnieuw onderverdeeld in ruimere categorieën.
Er werd ook een meervoudige logistische regressie analyse uitgevoerd op de totaalresultaten.

4. Resultaten

4.1. Demografische gegevens (Bijlage 7)

Na de elektronische verspreiding van de vragenlijst was er een antwoord van slechts tien artsen daarom werd besloten om de vragenlijsten via reeds bovengenoemde labo's te verspreiden. Op deze manier wisten we ook dat de vragenlijst bij precies vierhonderd artsen terechtkwam wat niet het geval was bij de elektronische verspreiding. We verkregen zo een responsratio van 18,5% (74/400). Van het totaal ingevulde vragenlijsten werden er slechts 8,4% (10/84) online ingevuld, de andere 91,6% (74/84) werd schriftelijk ingevuld.
63% (53/84) van de deelnemers aan het onderzoek is mannelijk. Het merendeel van de artsen 42.9% (36/84) werkt nog in een solopraktijk, maar de duo- en groepspraktijken volgen, respectievelijk 25% en 31%. De leeftijdscategorie die het best zijn vertegenwoordigd zijn de jonge artsen (24-34j) en de oudere artsen (55-64j); dit weerspiegelt zich ook in het aantal jaren praktijkervaring. Hier zijn de categorieën 0-5j en >30j het best vertegenwoordigd. Het aantal palliatieve patiënten dat een huisarts per jaar begeleidt, bevindt zich in de categorieën 0-5 en 6-15 palliatieve patiënten/jaar.

4.2. Resultaten vragenlijst (Bijlage 8 en 9)

In de volgende paragraaf worden de totaalscores en de resultaten per vraag weergegeven, aangevuld met quotes van de palliatief thuisverpleegkundigen om deze resultaten meer betekenis te geven. De palliatief thuisverpleegkundigen die hebben deelgenomen aan het focusgroepsgesprek waren allemaal vrouwelijk en te werk gesteld in drie van de vier netwerken palliatieve zorg in West-Vlaanderen namelijk: netwerk palliatieve zorg Midden-West-Vlaanderen (De Mantel), netwerk palliatieve zorg Zuid-West-Vlaanderen en netwerk palliatieve zorg Noord-West-Vlaanderen (Heidehuis). Er waren twee verpleegkundigen aanwezig van het netwerk palliatieve zorg Noord-West-Vlaanderen. De leeftijd had een spreiding van 53-62 jaar en de ervaring met palliatieve thuiszorg van 1.5-17 jaar. (Bijlage 9)

De totaalscore van de vierentachtig ondervraagde artsen is gemiddeld 10/20. De spreiding van de totaalscores is 3-17/20. 37/84 (44%) artsen behaalt de helft niet en 14/84 (16,7%) artsen behaalt een tien. Dus 51/84 (60,7%) behaalt slechts een tien of minder.

De totaalscore van de artsen op de vragen betreffende het pijnmanagement is met 28/84 artsen (33.3%) onder de helft ook onvoldoende.

Dat verbaast me niet. surtout naar conversies enzo. Of als je zegt: "zouden we niet beter naar een spuitaandrijver gaan?" "Ja, hoeveel moet er dan in?" Alle dat is wel leuk dat wij dat mandaat dan krijgen om dat allemaal te doen. Ofwel gaat het te snel ofwel bezitten ze de kennis wel maar is het gemakkelijker om het door te geven. Maar ik merk toch héél dikwijls dat, dat aan ons wordt overgelaten. Vpk 1*

Nu ja, ik vind, alle, ik denk opbouw van pijnmedicatie dat er daar eigenlijk veel te wensen overlaat… Vpk 3 …Er zijn wel artsen die dat bij zich hebben en die dat op hun computer staan hebben e. Er zijn er een aantal die dat heel goed doen ook e. Vpk* 3*

27% (23/84) zou een sterk opioid opstarten bij een palliatieve patiënt die nog pijn heeft ondanks Dafalgan®. De vraag naar de soort en dosis van het sterk opioid wordt correct beantwoord door 49% (41/84).

Ik denk dat een aantal artsen de trappen volgen, maar we hebben ook artsen die alles door mekaar gebruiken. Dat vind ik ook wel. Vpk 3*
Ja, ja, ik denk dat ze redelijk de trappen kennen Vpk 4*

De grote meerderheid weet dat obstipatie een frequent voorkomend probleem is bij opioïden (73/84).

Opvolging…, ik vind de opstart met laxativa goed, maar de opvolging soms te weinig. Vpk 1*

De deelnemende artsen zijn niet goed vertrouwd met de dosissen die ze moeten geven bij doorbraakpijn, slechts 8,4% van de deelnemers heeft correct op deze vraag geantwoord.

Doorbraakpijn? Ze vergeten dat. Vpk 4*

en ook de hoeveelheid van doorbraakpijnmedicatie dat ze geven in verhouding met de basispijnstilling, is ook meestal… Vpk 4*
Ik denk dat een aantal huisartsen dat goed doen, alle het is, het is niet allemaal dat ze het niet goed doen. En het tweede is van de doorbraakpijn is ook nog een stukje het ondervinden als ge een bepaald dosis volgens regel geeft, is dat wel goed voor de patiënt? …Ik denk dat je dat echt ook een stukje ervaringsgericht moet doen en dan denk ik dat sommige huisartsen die ervaring een stukje missen. Allee eu Dat denk ik wel. Vpk 3*

Het omrekenen van morfine per os (po) naar morfine subcutaan (sc) wordt door 2/3 (53/84) van de huisartsen correct uitgevoerd.

Surtout naar conversies enzo. Of als je zegt zouden we niet beter naar een spuitaandrijver. Ja hoeveel moet er dan in…. Vpk 1*

73% (61/84) weet dat je morfine moet switchen naar fentanyl bij mensen met nierinsufficiëntie terwijl er slechts 46% (39/84) op de hoogte lijkt te zijn van het feit dat er moet opgelet worden met morfine bij mensen met nierinsufficiëntie. Van deze 46% is slechts de helft correct door de morfine te stoppen.

Bij de behandeling van botmetastasen zou 14% (12/84) bisfosfonaten en 61% (51/84) radiotherapie starten.

maar wat mij wel opvalt is dat er heel weinig co-analgetica gebruikt wordt. Dus morfine ja, maar als je bijvoorbeeld botpijnen hebt medrol of NSAI. Ja, maar die maag, … Maar dat dat, het is gelijk het verste van hun gedachten. Vpk 1*
Maar ze kennen het wel. Vpk 1*

28,5 % (24/84) geeft aan dat er bij de behandeling van kankerpijn gewenning mogelijk is aan morfine en dit aan een plafonddosis van 150mg/d.

Ik merk veel angst voor morfine. De dosissen die wij gebruiken zijn soms hallucinant... How, ik merk dikwijls dat ze terughoudend zijn. Vpk 1 … en dan de andere e, die een beetje het proces willen stimuleren en medicatie opdrijven. Vpk* 1*

Het switchen van opioïden noodzakelijk door het ontstaan van neveneffecten wordt correct uitgevoerd door 34,5% (29/84). Het berekenen van equivalente dosissen wordt door 52% (44/84) correct uitgevoerd.

… Het is beter van te switchen, maar dat dat gebeurt nog weinig vind ik, die opioidrotatie. Vpk 4*

Het is mogelijk dat een palliatieve patiënt naast nociceptieve pijn ook last heeft van neuropatische pijn, hier beantwoordt 50% (42/84) de vraag juist.

Jeuk als neveneffect van opioïden wordt in 15% (13/84) van de gevallen correct behandeld.

Braken wordt in de helft van de gevallen op een goede manier behandeld.

Litican zolang het helpt, maar als het onvoldoende helpt is het nog heel vaak haldol erbij. Vpk 3*

45% (38/84) antwoordt correct op de vraag in verband met hypercalciëmie.

Dyspnoe veroorzaakt door metastasen wordt correct behandeld in 33% (28/84) van de gevallen.

Maar rond de dyspnoe stellen we heel vaak eu een kleine dosis morfine voor. Maar dat is wel heel wat moeilijker om de arts daarvan te overtuigen… daar voel je het meeste weerstand als je dat voorstelt. Vpk 4*
En zuurstof, ik vind dat dat eu, alle awel ik vind dat dat nu wel minder wordt, die zuurstof, dat gevoel heb ik wel. Vpk 1*

De meerderheid (60/84) is op de hoogte dat haldol tegenaangewezen is bij patiënten met de ziekte van Parkinson.

De doodsreutel wordt bijna door elke arts correct behandeld (90%).

ja, ik heb ook dat gevoel dat dat goed gekend is. Vpk 1*
De dosis, de juiste dosis soms niet, waarmee er moet gestart worden voor doodsreutel. Als ge maar 0.5mg/24h geeft dan ga je er niet geraken. Vpk 4*

(*palliatief thuisverpleegkundigen)

Om aan de voorwaarden van de Chi-kwadraattest te voldoen was het noodzakelijk om het aantal categorieën binnen de onafhankelijke variabelen te verminderen. Op deze manier konden we de Chi-kwadraattest uitvoeren op alle vragen, slechts op vragen drie, vier en twintig werd er niet aan de voorwaarden voldaan. De Chi-kwadraattest leverde slechts bij vraag zeventien en achttien een significant resultaat op. Bij vraag zeventien voor de onafhankelijke variabele leeftijd en bij vraag achttien voor de onafhankelijke variabelen leeftijd en praktijkervaring respectievelijk 0.019 en 0.001 en 0.007. ($p<0.05$) (Bijlage 11)
Er werd ook statistiek uitgevoerd op de totaalscore van de huisartsen. De totaalscore werd onderverdeeld in twee categorieën < of ≥ tien. Er werd een meervoudige logistische regressie analyse uitgevoerd met de totaalscore als dichotome variabele. Hierbij werd er geen significant resultaat bekomen. (Bijlage 11 en 12)

5. Discussie

5.1. Sterktes en zwaktes van deze studie

Een sterkte van het onderzoek is het design. Het onderzoeksdesign is gemengd, er is zowel een kwantitatieve als een kwalitatief analyse in de vorm van het interview met thuisverpleegkundigen afkomstig uit dezelfde regio als de huisartsen. De populatie huisartsen die heeft deelgenomen aan de studie is slechts een klein deel van de totale populatie huisartsen in Vlaanderen. Maar is qua geslachtsverdeling, het aantal palliatieve patiënten/jaar

en de soort praktijk vergelijkbaar met de globale verdeling in Vlaanderen. Hierdoor is het mogelijk om de resultaten te extrapoleren naar een groter gebied als Vlaanderen. (20) Het is mogelijk dat enkel mensen die geïnteresseerd zijn in het onderwerp of die voldoende tijd hadden om de vragenlijst in te vullen, hebben deelgenomen aan het onderzoek. Met dit studieopzet is het onmogelijk om deze selectiebias uit te sluiten. De selectiebias hoeft echter geen zwakte te zijn van het onderzoek. Het is ook een sterkte, die de bekomen resultaten kracht bij zet. Dit omdat de totaalscores niet goed zijn terwijl je door de selectiebias betere resultaten zou verwachten. Er werd niet gepeild naar de sociodemografische gegevens van de artsen die niet hebben deelgenomen aan het onderzoek, waardoor we de mogelijkheid op non-responsbias niet kunnen uitsluiten. (6) De graad van opleiding en het aantal gevolgde bijscholingsactiviteiten in verband met palliatieve zorgen werd evenwel niet bevraagd. Hierdoor kunnen we geen uitspraken doen in verband met de effectiviteit van de bijscholingsactiviteiten. In het onderzoek werd gepolst naar de kennis van symptoomcontrole en niet naar de kwaliteit van de geleverde symptoomcontrole bij palliatieve patiënten. Er is mogelijks een discrepantie tussen beide, maar om dit te bevestigen of te ontkrachten is specifiek onderzoek noodzakelijk. (44)

Zoals eerder vermeld werd gekozen om dit onderzoek uit te voeren met behulp van een vragenlijst. Een nadeel verbonden met het gebruik van een elektronisch verspreide vragenlijst is vaak de lage responsratio. In dit onderzoek was er na de elektronische verspreiding slechts respons van tien artsen. Dit werd door de manuele verspreiding ten dele goed gemaakt. Hierdoor was er een responsratio van 74/400 (18,5%), wat nog altijd laag is. (14,19,35) Mogelijkse verklaringen voor de lage respons zijn ten eerste de lengte van de vragenlijst, ten tweede het onderwerp en als laatste de periode waarin de vragenlijst verstuurd werd. Als eerste was de vragenlijst één lang samengesteld document van acht bladzijden bestaande uit twee aparte vragenlijsten, wat sommige artsen waarschijnlijk afschrikte. Hoewel het inkorten van een vragenlijst geen garantie biedt op een hogere responsratio. (47) Ten tweede is niet iedere arts geïnteresseerd in palliatieve zorg en als laatste werden de vragenlijsten verspreid tijdens de winterperiode, wat doorgaans een drukkere periode is in de huisartsenpraktijk. Het besef is aanwezig dat dit onderzoek een artificiële manier is om de kennis te toetsen. Het is geweten dat de antwoorden op een vragenlijst niet altijd een goede weergave zijn van de handelingen die de huisarts in de praktijk zou stellen. In de praktijk hebben ze immers nog de mogelijkheid om iets op te zoeken of staan ze in contact met een palliatief team waar ze raad aan kunnen vragen. (24,36)

5.2. Voornaamste resultaten

Het bestuderen van de pijn- en symptoomcontrole bij artsen aan de hand van een vragenlijst is artificieel. Sommige artsen kunnen goede redenen hebben om een bepaald antwoord te kiezen, dat hier in het onderzoek als fout werd aanzien. De antwoorden die als correct werden beschouwd, zijn correct volgens de richtlijnen die terug te vinden zijn op de site www.pallialine.be. Gemiddeld scoren de artsen 10/20 (50%). Nochtans hadden we door de selectiebias een hogere score verwacht. In andere onderzoeken behaalden de deelnemers een totaalscore tussen 31-71%. Men moet wel enige voorzichtigheid in rekening brengen als men de totaalscores van verschillende studies vergelijkt aangezien er telkens andere onderwerpen en andere deelnemers werden bevraagd. (38) Doorheen de antwoorden zijn er verschillende wijzen teruggevonden om de vragenlijst te vervolledigen. Sommige artsen lieten geen enkele vraag open (53/84) en gokten aldus hoogstwaarschijnlijk indien ze het antwoord niet wisten. Anderen lieten de vragen die ze niet wisten of te moeilijk vonden open. Vier artsen lieten zes vragen open, deze artsen hebben globaal gezien ook een slechte totaalscore. Dit kan er op wijzen dat ze niet goed op de hoogte zijn van de symptoomcontrole bij palliatieve patiënten en om die reden de vagen openlieten. Uit de behaalde totaalscore van gemiddeld 50% kan worden afgeleid dat de kennis van de symptoomcontrole niet optimaal is en dat bijscholing noodzakelijk is. (4,5,8,11,19,20,36)

Uit eerder onderzoek uitgevoerd in Nederland en Groot-Brittannië bleek dat er tekorten waren in de opleiding, in de kennis van de artsen en in het naleven van de richtlijnen met betrekking tot palliatieve zorg. (24) Het tweede puntje wordt er door ons onderzoek uitgelicht en wordt bevestigd in onze cijfers. De totaalscore heeft een grote spreiding van 3/20-17/20. 44% (37/84) haalt de helft niet, terwijl 16,6% (14/84) een score van 10/20, het gemiddelde, behaalt. Een mogelijkse verklaring is dat huisartsen niet vaak met de situatie in contact komen. In België heeft de huisarts gemiddeld 1.6 palliatieve patiënten/jaar. (26) Dit ligt in de lijn van de cijfers van de West-Europese landen. Bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk ongeveer 5 palliatieve patiënten/jaar, in Nederland bevinden de cijfers zich tussen de 3-6/jaar. (36) Het feit dat de huisartsen weinig ervaring hebben met de materie kwam ook vaak in het focusgroepsgesprek terug als argument voor het tekort aan kennis. Door de weinige contacten is het moeilijk om expertise op te bouwen. Hierdoor hebben de huisartsen minder zelfvertrouwen om bepaalde (be)handelingen in te stellen of om de patiënt of zijn familie met goede argumenten van hun mening te doen afzien, dit ondanks de aanwezige kennis. (24) Mogelijks is het tekort aan ervaring ook een verklaring voor het minder vertrouwd zijn met de

behandeling van bepaalde symptomen. Dit wordt bevestigd door het feit dat 92% van de palliatieve patiënten last had van minimum één symptoom tijdens zijn laatste levensweek. (11) Een andere verklaring is de organisatie van de moderne palliatieve zorg. De huisarts kan snel beroep doen op de verschillende palliatieve zorginstanties, maar de uitbouw van deze verschillende palliatieve zorginstanties in Vlaanderen heeft misschien wel het uithollen van de kennis van de huisartsen in de hand gewerkt. (25)

Twee items die uit onderzoek in Nederland en Groot-Brittannië naar boven kwamen, werden ook bevestigd in ons onderzoek. (24,36) 32% (27/84) heeft moeite met de conversie van toedieningswijze bij sterke opioïden. Dit wordt ook bevestigd in het focusgroepsgesprek. De huisartsen nemen vlug contact op met de palliatief verpleegkundige om het berekenen van de juiste equivalente dosis aan hen over te laten. Door onze vraagstelling konden we echter niet stellen dat het merendeel van de artsen een laxativum zou associëren bij het opstarten van opioïden. We kunnen enkel aantonen dat 86.9% weet dat obstipatie de meest voorkomende nevenwerking van opioïden is en hieruit kunnen we afleiden dat een zeker percentage van deze artsen een laxativum zou associëren. Uit onderzoek bleek dat 64-70% van de ondervraagde artsen een laxativum start bij het opstarten van sterke opioïden. (4,24) Uit het focusgroepsgesprek wordt bevestigd dat het merendeel van de artsen systematisch een laxativum associeert, maar dat de opvolging van het stoelgangspatroon beter kan.

Uit het onderzoek van Becker et al. blijkt dat slechts 8% van de artsen pijncontrole als moeilijk beschouwd. Nochtans is de globale tendens in de literatuur dat de pijncontrole bij palliatieve patiënten vaak tekort schiet. In 1985 rapporteerden Haines en Boroff dat 32% van de huisartsen problemen ondervond met de pijncontrole. Deze cijfers zijn intussen in de positieve richting geëvolueerd tot een 10-15%. (4,35,38) Uit onze resultaten komt naar voor dat de kennis van de pijncontrole bij meerdere artsen onvoldoende is, aangezien 28/84 (33.3%) niet de helft behaalt op de vragen in verband met pijnmanagement. Dit verwonderde de deelnemende palliatief verpleegkundigen van het focusgroepsgesprek niet. Uit de eerste vraag van de vragenlijst kan men afleiden dat de kennis van de WHO-pijnladder onder de artsen gekend is. (24) Wat ook wordt bevestigd door de palliatief verpleegkundigen. Dit in tegenstelling tot een onderzoek bij Italiaanse huisartsen. (44) 57% van de artsen houdt zich ook vast aan deze pijnladder aangezien ze na de eerste trap starten met een product uit de tweede trap van de WHO-pijnladder. Nochtans mag je bij palliatieve kankerpatiënten deze trap overslaan indien de patiënt aangeeft veel pijn te hebben. (48)

In het focusgroepsgesprek heeft men vertelt dat additionele pijntherapieën vaak vergeten worden. Als voorbeeld werd het associëren van NSAIDs of bisfosfonaten bij wervelmetastasen aangehaald. In onze vragenlijst was de vraag omtrent deze problematiek niet zo duidelijk geformuleerd. Uit de vraagstelling moest blijken dat de patiënt niet meer naar het ziekenhuis wou, waardoor de optie radiotherapie wegviel. Maar 61% koos voor radiotherapie i.p.v. het associëren van bisfosfonaten (14%) dit waarschijnlijk mede door de onduidelijke vraagstelling. Aangezien de vraag niet duidelijk geformuleerd was en mede doordat palliatieve radiotherapie voor botmetastasen een correcte behandeling is, werden beide antwoorden hier als correct beschouwd. (24)

Een frappant resultaat was dat 28,5% van de ondervraagden dacht dat er een plafonddosis van 150mg/d was voor morfine bij palliatieve patiënten. Uit onderzoek in Italië bleek hierop slechts 8% foutief te antwoorden. (44) In het focusgroepsgesprek was er toch enige verbazing rond dit hoge cijfer, maar palliatief verpleegkundigen van het focusgroepsgesprek worden nog vaak geconfronteerd met artsen die zeer terughoudend zijn bij het opdrijven van de dosis opioïden. Terwijl andere de dosis opdrijven om het stervensproces te versnellen. (38)

5.3. Onderwijs

Opdat huisartsen zouden blijven kwaliteitsvolle palliatieve zorg uitoefenen is er nood aan CME en moet het voor de huisarts mogelijk zijn om makkelijk in contact te kunnen komen met een specialist ter zake. (8) Dit laatste puntje is geen probleem in Vlaanderen, aangezien de palliatieve thuiszorgequipes 24/24 uur beschikbaar zijn, dit in tegenstelling tot sommige huisartsen betrokken bij een palliatieve situatie. Uit onze resultaten kunnen we concluderen dat bijscholing noodzakelijk is. Huisartsen beseffen dit ook en zijn vragende partij om zich bij te scholen in de symptoomcontrole van palliatieve patiënten. (19,24)

De bijscholing zou moeten casus-gebaseerd, multidisciplinair en interactief zijn. (14,43,44) Dit omdat is aangetoond dat de traditionele manier van lesgeven weinig effect heeft op de kennis van de huisartsen of op de zorgkwaliteit voor de patiënten. (25,44) En mede omdat deze manier van bijscholing effectief bleek te zijn. Studenten geneeskunde hadden één jaar na het volgen van de bijscholing nog ongeveer dezelfde kennis zoals ze hadden net na de bijscholing. (37) Ondanks het besef dat het klassieke lesmodel geen goede manier is om kennis over te brengen, blijft dit toch de eerste keus om bijscholing te geven. (20) CME omvat niet enkel georganiseerde bijscholingen, men kan ook veel leren uit ervaringen, het zogenaamde WPL. (4,41) Uit het focusgroepsgesprek komt naar voor dat de aanwezige

palliatief verpleegkundigen hier in geloven. Ze denken dat de artsen op deze manier verschillende zaken zullen oppikken en onthouden. Uit ander onderzoek met focusgroepsgesprekken geloven de verpleegkundigen minder in dit concept. Daar wordt aangehaald dat het leren door observatie en krijgen van feedback niet efficiënt is aangezien de palliatief verpleegkundigen vaak door dezelfde arts voor identieke problemen gecontacteerd worden. (20) De verpleegkundigen uit het focusgroepsgesprek vonden dit niet erg en waren blij dat ze de huisarts iets konden bijleren, want “Onthoudt de huisarts het niet na de eerste of na de tweede keer, dan misschien wel na de derde keer.”

Uit de literatuur komt naar voren dat het aantal jaren ervaring een goede predictor is voor een goede kennis in verband met de symptoomcontrole bij palliatieve patiënten. Niet enkel is er een betere competentie bij de oudere artsen, ze voelen zich ook meer op hun gemak en hebben meer zelfvertrouwen tijdens een palliatieve situatie. (4,20,35,38) Jongere artsen zijn aldus minder goed vertrouwd met een palliatieve situatie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het onderwerp palliatieve zorg minder aan bod komt tijdens de basisopleiding en dat er niet veel contact is met deze problematiek doorheen de verschillende stages die de studenten lopen. Met onze statistische verwerking kon dit niet worden bevestigd, noch met de Chi-kwadraattesten, noch met de multipele meervoudige regressie-analyse. Onderzoekers zijn het er over eens dat er meer onderricht moet worden in de lagere jaren van de studie geneeskunde, zodat de materie beter gekend is en men er beter vertrouwd mee wordt. (20)

6. Conclusie

De huisarts is bereid om zijn toenemende rol in de palliatieve zorg op zich te nemen, maar beseft dat hij hier nog tekort schiet inzake kennis van de symptoomcontrole. Daartegenover staat wel dat ze openstaan voor bijscholing. Deze zou praktisch, casus-gebaseerd en multidisciplinaire georganiseerd moeten worden, zodat ze de aangehaalde topics voor een langere tijd onthouden. Uit onze resultaten blijkt dat de basiskennis van de palliatieve symptoomcontrole, waaronder het pijnmanagement behoort, een noodzakelijk onderdeel van de bijscholing hoort te zijn.

Het is noodzakelijk dat een huisarts de gepaste behandeling kent als een probleem zich stelt, maar vaak vindt de oorzaak van een symptoom zich ook in sociale, psychologische en of spirituele wortels. De taak van de huisarts is om met dit alles rekening te houden zodat hij de gedachtegang van de patiënt en zijn familie begrijpt om zo tot een goed palliatief beleid te komen. (4,5)

7. Bibliografie

1. Van den Block L, Deschepper R, Bossuyt N, Drieskens K, Bauwens S, Van Casteren V, Deliens L. Care for Patients in the Last Months of Life. 2012;168(16):1747–54.
2. Gomes B, Higginson IJ. Where people die (1974--2030): past trends, future projections and implications for care. Palliat Med. 2008;22(1):33–41.
3. Chiu N, Cheon P, Lutz S, Lao N, Pulenzas N, Chiu L, et al. Inadequacy of Palliative Training in the Medical School Curriculum. J Cancer Educ. 2014.
4. Mitchell GK. How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review. Palliat Med .2002;16(6):457–64.
5. Groot MM, Vernooij-Dassen MJFJ, Crul BJP, Grol RPTM. General practitioners (GPs) and palliative care: perceived tasks and barriers in daily practice. Palliat Med. 2005;19(2):111–8.
6. Barclay S, Wyatt P, Shore S, Finlay I, Grande G, Todd C. Caring for the dying: how well prepared are general practitioners? A questionnaire study in Wales. Palliat Med. 2003;17(1):27–39.
7. Klein C, Lang U, Bükki J, Sittl R, Ostgathe C. Pain Management and Symptom-Oriented Drug Therapy in Palliative Care. Breast Care. 2011;6(1):27–34.
8. Borgsteede SD, Deliens L, Beentjes B, Schellevis F, Stalman WAB, Van Eijk JTM, et al. Symptoms in patients receiving palliative care: a study on patient-physician encounters in general practice. Palliat Med.2007;21(5):417–23.
9. Houttekier D, Cohen J, Surkyn J, Deliens L. Study of recent and future trends in place of death in Belgium using death certificate data: a shift from hospitals to care homes. BMC Public Health. 2011;11(1):228.
10. Taubert M, Fielding H, Mathews E, Frazer R. An exploration of the word “palliative” in the 19th century: searching the BMJ archives for clues. BMJ Support Palliat Care. 2013;3(1):26–30.
11. Ko W, Deliens L, Miccinesi G, Giusti F, Moreels S, Donker GA, et al. Care provided and care setting transitions in the last three months of life of cancer patients : a nationwide monitoring study in four European countries. BMC Cancer.2014;(14):960-70.
12. Farber NJ, Urban SY, Collier VU, Metzger M, Weiner J, Boyer EG. Frequency and perceived competence in providing palliative care to terminally ill patients: a survey of primary care physicians. J Pain Symptom Manage. 2004;28(4):364–72.
13. Ruijs CDM, Kerkhof AJFM, van der Wal G, Onwuteaka-Philipsen BD. Symptoms, unbearability and the nature of suffering in terminal cancer patients dying at home: a prospective primary care study. BMC Fam Pract.2013;14:201.
14. Pype P, Stes A, Wens J, Van den Eynden B, Deveugele M. The landscape of postgraduate education in palliative care for general practitioners: Results of a nationwide survey in Flanders, Belgium. Patient Educ Couns. 2012;86(2):220–5.
15. Borgsteede SD, Graafland-Riedstra C, Deliens L, Francke AL, van Eijk JTM, Willems DL. Good end-of-life care according to patients and their GPs. Br J Gen Pract. 2006;56(522):20–6.
16. Neergaard MA, Jensen AB, Sondergaard J, Sokolowski I, Olesen F, Vedsted P. Preference for place-of-death among terminally ill cancer patients in Denmark. Scand J Caring Sci. 2011;25(4):627–36.
17. Houttekier D, Cohen J, Pepersack T, Deliens L. Dying in hospital: a study of incidence and factors related to hospital death using death certificate data. Eur J Public Health. 2013;24(5):1–6.
18. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. Cochrane database Syst Rev. 2013;6(6).

19. Shipman C, Addington-Hall J, Barclay S, Briggs J, Cox I, Daniels L, et al. Educational opportunities in palliative care: what do general practitioners want? Palliat Med. 2001;15(3):191–6.

20. Pype P, Symons L, Wens J, Van den Eynden B, Stes A, Deveugele M. Health care professionals' perceptions towards lifelong learning in palliative care for general practitioners: a focus group study. BMC Fam Pract.2014;15(1):36.

21. Murray S a., Firth a., Schneider N, Van den Eynden B, Gomez-Batiste X, Brogaard T, et al. Promoting palliative care in the community: Production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. Palliat Med.2014;29(2):101–11.

22. Reyniers T, Houttekier D, Cohen J, Pasman HR, Deliens L. What justifies a hospital admission at the end of life? A focus group study on perspectives of family physicians and nurses. Palliat Med.2014;28(7):941–8.

23. Adam R, Wassell P, Murchie P. Why do patients with cancer access out-of-hours primary care? A retrospective study. Br J Gen Pract.2014;64(619):99–104.

24. Momen N, Hadfield P, Harrison K, Barclay S. Managing pain in advanced cancer: A Survey of United Kingdom General Practitioners and Community Nurses. J Pain Symptom Manage.2013;46(3):345–54.

25. Gardiner C, Gott M, Ingleton C, Hughes P, Winslow M, Bennett MI. Attitudes of health care professionals to opioid prescribing in end-of-life care: A qualitative focus group study. J Pain Symptom Manage.2012;44(2):206–14.

26. E Keirse, C Beguin, M Desmedt, M Ddveugele, J Menten S Simoens, J. Wens, L. Borgermans, L. Kohn, B. Spinnewijn, A. Cardinael, B. Kutten, P. Vandenberghe DP. Organisation of palliative care in Belgium. KCE reports. 2009;115C:1–201.

27. World Health Organization. National Cancer Control Programmes - Policies and managerial guidelines. 2002;1–175.

28. EAPC Steering Group on Medical Education and Training in Palliative Care. Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) for the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine at European Medical Schools. 2013;24.

29. Van Beek K, Woitha K, Ahmed N, Menten J, Jaspers B, Engels Y, et al. Comparison of legislation, regulations and national health strategies for palliative care in seven European countries (Results from the Europall Research Group): a descriptive study. BMC Health Serv Res.2013;13(1):275.

30. Koninklijk Besluit tot de bepaling van de minimale criteria waaraan de overeenkomsten tussen mulitdisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en het Verzekeringscomite ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituur voor ziekte-en in validiteitsverzekering moeten voldoen. Belgisch Staatsblad.1998;98(2935):35907-8.

31. www.palliatief.be

32. Koninklijk Besluit houdende vaststelling van de normen waaraan een samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg moet voldoen om te wroden erkend. Belgisch Staatsblad.1997;1286:17371-4.

33. www.palliatieve.org/info/palliatieve-zorg-in-Vlaanderen

34. Grande GE, Barclay SI, Todd CJ. Difficulty of symptom control and general practitioners' knowledge of patients' symptoms. Palliat Med.1997;11(5):399–406.

35. Becker G, Momm F, Gigl A, Wagner B, Baumgartner J. Competency and educational needs in palliative care. Wien Klin Wochenschr. 2007;119(3-4):112–6.

36. Barclay S, Todd C, Grande G, Lipscombe J. Controlling cancer pain in primary care: the prescribing habits and knowledge base of general practitioners. J Pain Symptom Manage.2002;23(5):383–92.

37. Ma DP, Pink LR, Mn RN, Mdcm AJS, Ccfp AC, Woods NN, et al. Development , implementation and evaluation of a pain management and palliative care educational seminar for medical students. 2014;19(5):230–4.

38. Rurup ML, Rhodius C a, Borgsteede SD, Boddaert MS, Keijser AG, Pasman HRW, et al. The use of opioids at the end of life: the knowledge level of Dutch physicians as a potential barrier to effective pain management. BMC Palliat Care.2010;9(1):23.

39. Addington-Hall J, McCarthy M. Dying from cancer: results of a national population-based investigation. Palliat Med.1995;9(4):295–305.

40. Bowden J, Dempsey K, Boyd K, Fallon M, Murray S a. Are newly qualified doctors prepared to provide supportive and end-of-life care? A survey of foundation year 1 doctors and consultants. J R Coll Physicians Edinb. 2013;43(1):24–8.

41. Pype P, Peersman W, Wens J, Stes A, Van den Eynden B, Deveugele M. What , how and from whom do health care professionals learn during collaboration in palliative home care : a cross-sectional study in primary palliative care. BMC health services research.2014;1–10.

42. Centeno C, Lynch T, Donea O, Rocafort J, Clark D. Atlas of Palliative Care in Europe 2013 Full Edition.2013;385.

43. Henning M, Hu J, Webster C, Brown H, Murphy J. An evaluation of Hospice New Zealand's interprofessional fundamentals of palliative care program at a single site. Palliat Support Care.2014;1–8.

44. Beccaro M, Aprile PL, Scaccabarozzi G, Cancian M, Costantini M. Survey of Italian general practitioners: Knowledge, opinions, and activities of palliative care. J Pain Symptom Manage.2013;46(3):335–44.

45. Schuit KW, Bender W, Meijler WJ, Otter R, Meyboom-Dejong B, Sleijfer DT. Learning effects of a workshop in palliative cancer care for general practitioners. J Cancer Educ.1999;14(1):18–22.

46. Lucassen PLBJ, olde Hartman TC. Kwalitatief onderzoek. Bohn Stafleu van Loghum:2007. p. 156.

47. Bolt E, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen B. Reducing questionnaire length did not improve physician response rate: a randomized trial. Journal of clinical epidemiology.2014;67(4):477-81.

48. Yamaguchi T, Shima Y, Morita T, Hosoya M, Matoba M. Clinical guideline for pharmacological management of cancer pain: The Japanese society of palliative medicine recommendations. Jpn J Clin Oncol. 2013;43(9):896–909.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Eindtermen voor afstuderende HAIO's in Vlaanderen

Medisch expert - Fiche 4 : Pijnbestrijding
ALGEMENE EINDTERM
De haio is in staat de verschillende types van pijn te benoemen, een diagnostisch beleid over de oorzaak van pijn te voeren en een therapeutisch beleid lege artis te voeren in overleg met de patiënt en zonodig andere hulpverleners
SPECIFIEKE EINDTERMEN
Kennis
De haio kent en is in staat te benoemen:
- het onderscheid tussen acute en chronische pijn
- het onderscheid tussen nociceptieve en neuropathische pijn
- het onderscheid tussen somatische en psychische pijn
- de wisselwerking tussen geest en lichaam in de pijnbeleving
- de mogelijkheden voor de technologische technieken ter behandeling van de pijn en hun plaats in het therapeutisch spectrum
- de trappen van analgetica, de gebruikte middelen, hun dosering en mogelijke bijwerkingen
- het gebruik van andere geneesmiddelen bij neurogene of chronische pijnen
- de mogelijkheden van psychische aanpak van sommige pijnen (bijv. ruglast) en de concepten rond fear avoidance daarbij
- de te verwachten evolutie en de prognose
Vaardigheden
De haio is in staat:
- een gerichte pijnanamnese uit te voeren over tijdsverloop, kwaliteit, plaats, ernst, uitlokkende/verzachtende factoren
- uitleg te geven over de oorzaak en de aard van de pijn, de behandelingsmogelijkheden en de prognose
- de opties met de patiënt te overleggen en tot een plan van aanpak te komen
Attitude
De haio heeft aandacht voor volgende attitudes
- neem de tijd voor een grondige anamnese
- geef aandacht aan de beleving van de pijn
- geef aandacht aan de gevolgen van pijn voor het dagelijks functioneren van de patiënt
- correcte en volledige informatie om samen tot beleidskeuzes te komen, is belangrijk
- het lijden afdoende trachten verzachten is een fundamentele opdracht voor de arts
- volg het resultaat van je pijnbestrijding goed op
- aarzel niet om deskundig advies in te winnen als het niet vlot
Tips voor het bereiken van de eindtermen van dit toetselement
TOB palliatieve zorgen
Aandachtspunten voor het onderwijs
afdoende pijnbestrijding beheersen is een belangrijke opdracht voor de huisarts

Medisch expert - Fiche 8 : Palliatieve zorgen (exclusief pijnbestrijding zie fiche 4)
ALGEMENE EINDTERM
De haio is in staat vast te stellen dat patiënt zich in een palliatieve levensfase bevindt, beheerst de begeleiding op medisch-technisch vlak en op emotioneel vlak ten aanzien van de patiënt en van zijn omgeving en op het vlak van samenwerking met andere hulpverlening.
SPECIFIEKE EINDTERMEN
Kennis
De haio kent en is in staat te benoemen :
- de kenmerken van een palliatieve situatie
- de factoren van draaglast en draagkracht bij patiënt en omgeving
- de aspecten van verwerkingsproblematiek en communicatie, eigen aan de palliatieve situatie
- de principes van vroegtijdige zorgplanning en – afspraken (advance care planning)
- ongemakken in de terminale fase en hoe ze te behandelen
- het contact van het netwerk palliatieve zorgen uit zijn streek
Vaardigheden
De haio is in staat :
- correct te communiceren met patiënt en omgeving zonder het beroepsgeheim uit het oog te verliezen
- de draaglast en de draagkracht in de thuissituatie in te schatten en er conclusies uit te trekken
- te zorgen voor een rationeel geneesmiddelengebruik
- met patiënt, omgeving, andere hulpverleners constructief te overleggen en samen te werken in meervoudige onpartijdigheid maar met het belang van de patiënt als uitgangspunt
- samen met patiënt zijn/haar wensen over het verloop van het levenseinde af te tasten (vroegtijdige zorgplanning – advance care planning)
- tijdig te (laten) zorgen voor sociale bijstand en medisch-technische hulpmiddelen
- de volle continuïteit van de huisartsbegeleiding te organiseren
Attitude
De haio heeft aandacht voor volgende attitudes :
- de palliatieve situatie is een intense levensfase voor patiënt en omgeving
- heb oog voor afstand en nabijheid
- let op (voor) je eigen emotionele betrokkenheidwees aandachtig voor vragen en verzoeken van de patiënt
- wees voorzichtig met prognoses
- eerlijk duurt het langst… vooral het vertrouwen
Tips voor het bereiken van de eindtermen van dit toetselement
TOB palliatieve zorgen
Aandachtspunten voor het onderwijs

Tabel 2: Medisch expert fiche 4 en 8

Bijlage 2: Goedkeuring Commissie voor medische ethiek UGent.

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

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

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. Myriam DEVEUGELE
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0462	22-jun-15	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Zijn er leemoten in de kennis van de symptoomcontrole bij Vlaamse huisartsen m.b.t. palliatieve zorg: een prospectief observationeel onderzoek.
(Mariama Merijn Degrave)

Belgisch Registratienummer: B670201524627

* Antwoord onderzoekers via mail dd. 12/06/2015 op opmerkingen EC dd. 14/04/2015
* Informatieformulier verpleegkundigen (focusgroepgesprek) - versie 2 dd. 9/06/2015
* Toestemmingsformulier verpleegkundigen (focusgroepsgesprek) - versie 2 dd. 9/06/2015
* Informatieformulier huisartsen (online survey - tekstje mail) - versie 2 dd. 9/06/2015
* Toestemmingsformulier huisartsen (online survey) - versie 2 dd. 9/06/2015
* Vragenlijsten (versie 2) dd. 9/06/2015
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 9/06/2015

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. M. DEVEUGELE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 16/06/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 14/06/2016, 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 16/06/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 14/06/2016, 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 16/06/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/06/2015

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**
	2015/0462	22-jun-15	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2015/0462

- *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. M. DEVEUGELE - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

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

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

Bijlage 3: De gebruikte vragenlijst tijdens het onderzoek

Algemene informatie

1. Geslacht
   - Man
   - Vrouw
2. Leeftijd
   - 24-34 jaar
   - 35-44 jaar
   - 45-54 jaar
   - 55-64 jaar
   - >65 jaar
3. Soort praktijk
   - Solo
   - Duo
   - Groepspraktijk
   -
4. Praktijkervaring
   - 0-5 jaar
   - 6-10 jaar
   - 11-20 jaar
   - 21-30 jaar
   - >30 jaar
5. Aantal palliatieve patiënten per jaar
   - 0-5
   - 6-15
   - 16-25
   - >25

Deel 1: Kennis van de symptoomcontrole bij palliatieve patiënten

1. **Man, 83 jaar, met een gemetastaseerde inoperabele longtumor begint te klagen van pijn ondanks dafalgan® 1g 4/d. Patiënt kan nog eten en drinken. Wat is de volgende stap?**
   - Start een zwak opioid
   - Start een NSAID
   - Start een sterk opioid

2. **Indien je in de voorgaande casus start met een sterk opioid zoals morfine, aan welke dosis start je dan het beste?**
   - Start morfine 10mg p.o. 6x/d
   - Start morfine slow release 10 à 20mg/d
   - Start morfine slow release 2 x 10 à 20mg/d

3. **Wat is de frequentste nevenwerking van morfine?**
   - Nausea
   - Delier
   - Obstipatie
   - Droge mond

4. **Patiënt is pijnvrij met 2 x 20mg/d morfine slow release. Hoeveel moet je voorschrijven voor het geval hij doorbraakpijn krijgt?**
   - VAS <5: 1/12 van de dagdosis
   - VAS >5: 1/10 van de dagdosis
   - VAS <5: 1/6 van de dagdosis
   - VAS >5: 1/12 van de dagdosis

5. **Patiënt kan geen medicijnen meer oraal tot zich nemen en was pijnvrij met 40mg morfine p.o. Er werd besloten om morfine sc. toe te dienen met behulp van een spuitaandrijver. Wat is de noodzakelijke dosis morfine over 24h?**
   - 13,3mg/24h
   - 20mg/24h
   - 10mg/24h

6. **Patiënt vertoont op een uitgevoerd labo een acute nierinsufficiëntie, waarschijnlijk prerenaal. Met een eGFR van 38ml/min, moet er iets veranderen aan de medicatie?**
   - o Ja, de morfine moet verminderd worden met de helft
   - o Ja, de morfine moet gestopt worden
   - o Nee, de morfine mag verder gegeven worden

7. **Door welk sterk opioid wordt de morfine bij iemand met nierinsufficiëntie het best vervangen?**
   - o Fentanyl
   - o Oxycodon
   - o Buprenorfine

8. **Patiënt, 78j, prostaatcarcinoom, waarvoor nu beslist werd een palliatief beleid te voeren, klaagt van toegenomen pijn t.h.v. de lage rug onder paracetamol 3x1g/d, Ibuprofen 3x400mg/d en morfine 20mg slow release 2x/d. K.O. toont duidelijke wervelslagpijn t.h.v. L2, verdere therapie indien VAS-score 6/10.**
   - o Morfine opdrijven met 1/6 van de dagdosis
   - o Switch morfine naar fentanyl
   - o Bisfosfonaten associëren
   - o Radiotherapie 1x800 Gy

9. **Met welk product zou je de pijnbehandeling starten bij een palliatieve patiënt die momenteel nog zonder pijnstilling is en die neuropathische pijn ontwikkelt t.g.v. ruggenmergcompressie o.b.v. een indeukingsfractuur?**
   - o Sterk opioid 2x/d
   - o NSAID 2x75mg diclofenac®
   - o SSRI 2x20mg paroxetine
   - o TCA 1x10mg amitriptilline

10. **Gewenning aan morfine tijdens een behandeling van kankerpijn is**
   - o Mogelijk vanaf dat de plafonddosis van morfine bereikt is nl. 150 mg/d
   - o Onmogelijk

11. **Patiënt die pijnvrij is op een bepaalde dosis opioid klaagt van nevenwerkingen (obstipatie, braken, droge mond, delier, …). Dit kan soms verholpen worden door te switchen naar een ander opioid. Welke dosis wordt meestal gehanteerd?**
   - o 100% van de equi-analgetische dosis
   - o 75% van de equi-analgetische dosis
   - o 50% van de equi-analgetische dosis

12. **Patiënt krijgt oxycodon 2x15mg/d en 3x5mg bij doorbraakpijn. De volgende dag heeft hij nog altijd pijn. Hoe wordt dit verder aangepakt en wat is de equivalente concentratie morfine?**
   - o 45mg/d en bij doorbraakpijn 7,5mg = 90mg/d morfine en bij doorbraakpijn 15mg morfine
   - o 30mg/d en bij doorbraakpijn 5mg = 60mg/d morfine en bij doorbraakpijn 10mg morfine
   - o 45mg/d en bij doorbraakpijn 7,5mg = 135mg/d morfine en bij doorbraakpijn 22,5mg morfine

13. **Jeuk is een neveneffect van opioïden dat af en toe voorkomt. Vooral bij dosisverhogingen of bij spinale/intrathecale toediening. Een mogelijke oplossing is de concentratie van het opioid verlagen of een opioidswitch uitvoeren. Wat ook nog kan helpen is een:**
   - o Antihistaminicum: levocetirizine 1x5mg/d
   - o Corticosteroïd: dexamethasone 2x4mg/d
   - o Serotonine-antagonist: ondansetron 2x8mg/d

14. **Bij het starten van een sterk opioid wordt altijd een laxativum geassocieerd. Indien dit niet voldoende helpt kan men gebruik maken van:**
    - Rectale laxativa
    - Methylnaltrexone 8mg/3d sc.
    - 5HT3-antagonisten 2dd 8mg sc.

15. **Patiënt in de palliatieve fase met een coloncarcinoom waarvoor een totale colectomie gebeurd is, hervalt met metastasen in de buik en longen. Hij klaagt van buikpijn, maakt minder stoelgang, eet minder, is misselijk en braakt. De diagnose van een obstructie wordt gesteld. Er wordt besloten om de patiënt niet meer naar het ziekenhuis te brengen wegens de beperkte levensexpectantie. Je start een subcutane spuitaandrijver met daarin:**
    - Morfine + buscopan + haldol + corticosteroïden
    - Morfine + buscopan + primperan + corticosteroïden
    - Taradyl (NSAI) + buscopan + haldol + corticosteroïden
    - Taradyl (NSAI) + buscopan + primperan + corticosteroïden

16. **Palliatieve patiënt, met een coloncarcinoom en gekende hersenmetastasen neemt 2x20mg morfine/d met goede pijncontrole, krijgt een laxativum en begint nu te braken. Het braken geeft geen verlichting van de symptomen. Welke therapeutische trial zou u hierbij doen?**
    - Dexamethasone + Primperan®
    - Dexamethasone + Haldol®
    - Dexamethasone + Tegretol®
    - Dexamethasone + dormicum®

17. **Patiënte, 68j met uitbehandeld ovariumcarcinoom wil plots niet meer eten, voelt zich misselijk en moet braken, geen diarree, eerder obstipatie. Ze heeft veel dorst en voelt zich algemeen niet goed. Deze klachten kunnen passen bij**
    - Hyponatriëmie
    - Hypercalciëmie
    - Hypernatriëmie
    - Hypocalciëmie

18. **Vrouw, 76j, gediagnosticeerd met een naar de longen gemetastaseerd mammacarcinoom, krijgt meer last van dyspnoe. Wat is de eerste stap in de behandeling van deze dyspnoe?**
    - 2-5 L 0_2/min
    - Inhalatie corticosteroïden 2x2puffs/d
    - Corticosteroïden 32-64mg medrol® p.o.
    - 2-5mg morfine sc.

19. **Parkinson patiënt met COPD en chronisch hartfalen begint dingen te zien die er niet zijn en komt geagiteerd over. Welk neurolepticum is tegenaangewezen bij Parkinson?**
    - Haldol®
    - Clozapine
    - Risperidone
    - Quetiapine

20. **Op het einde van het leven is het mogelijk dat een palliatieve patiënt een reutelende ademhaling vertoont, de zogenaamde doodsreutel. Voor de patiënt is deze doodsreutel geen extra belasting, maar voor de familie kan deze reutel toch storend zijn. Een goede behandeling hiervoor is:**
    - Morfine 2mg sc.
    - Scopalamine 1,2 à 2,4mg/24h sc
    - Lormetazepam 2mg po
    - Medrol® 64mg po

Voor het deel van de vragenlijst van Dr. Vermeersch Melissa verwijs ik graag naar haar MaNaMa-scriptie.

Bijlage 4 : Informatiebrief – Online vragenlijst

Onderzoek naar de kennis van de symptoomcontrole bij Vlaamse huisartsen m.b.t. palliatieve zorg.

Kaderen van het onderzoek

Door de toenemende vergrijzing van de maatschappij en de hiermee gepaard gaande toename van het aantal chronisch zieken, wordt de huisarts vaker geconfronteerd met palliatieve zorg. De patiënten die palliatieve zorg krijgen, wensen vaak thuis in een familiale sfeer te sterven, waardoor dit één van de kerntaken van de huisarts geworden is. Palliatieve zorg is een complexe zorg, bestaande uit verschillende aspecten. De voornaamste zijn: het spirituele, het fysieke, het sociale en het psychische. Met betrekking tot het fysieke aspect heeft de huisarts een zekere basiskennis nodig om een goede symptoomcontrole bij de palliatieve patiënt te kunnen bekomen.

Met deze vragenlijst wil ik nagaan hoe deze basiskennis is bij de huisartsen.

De gegevens worden volledig geanonimiseerd vooraleer ze verder worden verwerkt. Indien u wenst deel te nemen aan het onderzoek is het voldoende om het vakje ‘gelezen en goedgekeurd’ aan te vinken.

Medewerking aan dit onderzoek is op vrijwillige basis,.

De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Het onderzoek werd goedgekeurd door de ethische commissie van de UGent.

Met mijn oprechte dank voor uw medewerken,
Dr. Degrave Merijn
1ste jaars HAIO

Bijlage 5: Informed consent van de vragenlijst en het focusgroepsgesprek

Onderzoek naar de kennis van de symptoomcontrole bij Vlaamse huisartsen m.b.t. palliatieve zorg.

Ik ondergetekende, ..., verklaar hierbij dat ik, als participant aan een onderzoek van dr. Degrave Merijn (Universiteit Gent):

(1) de informatiebrief heb gelezen.
(2) weet heb dat op elk ogenblik me de mogelijkheid wordt geboden om bijkomende informatie te verkrijgen.
(3) totaal vrijwillig deelneem aan het onderzoek.
(4) de toestemming geef aan de proefleiders om mijn resultaten op anonieme wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren.
(5) weet dat ik een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen.
(6) op de hoogte ben van de afgesloten verzekering conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die de mogelijks schade opgelopen tijdens deze studie, dekt. Alhoewel de waarschijnlijkheid dat door deelname aan deze studie ik schade ondervind extreem laag is.

Gelezen en goedgekeurd te .....(plaats) op ..... (datum)

Handtekening van participant: ……

Met mijn oprechte dank voor uw medewerking,

Dr. Degrave Merijn,

1ste jaars HAIO

Bijlage 6: Informatiebrief voor de deelnemers aan het focusgroepsgesprek

Onderzoek naar de kennis van de symptoomcontrole bij Vlaamse huisartsen m.b.t. palliatieve zorg.

De vergrijzing van de maatschappij gaat gepaard met een toename van het aantal chronisch zieken. De palliatieve zorg is net zoals het demografische beeld geëvolueerd. Palliatieve patiënten wensen vaak thuis te sterven waardoor het begeleiden van deze personen tijdens hun laatste levensfase een kerntaak van de huisarts is geworden. Palliatieve zorg is een totaalzorg waar de patiënt centraal staat en die berust op 4 belangrijke aspecten: het spirituele, het fysieke, het sociale en het psychische. Het fysieke aspect is een belangrijk deelaspect, hiervoor moet er voldoende kennis aanwezig zijn om met deze situaties te kunnen omgaan.

Voor mijn MaNaMa-thesis ben ik nagegaan waar de hiaten in de kennis over symptoomcontrole bij huisartsen liggen aan de hand van een online survey. Deze resultaten wens ik nog te bespreken met palliatieve thuiszorgverpleegkundigen in een focusgroepsgesprek. Dit om te evalueren of mijn bekomen resultaten stroken met de ervaringen die zij hebben vanuit de samenwerking met de huisarts.
Deze resultaten zullen anoniem verwerkt worden en het geheel van de onderzoeksresultaten zal voorgelegd worden aan de navormingsverantwoordelijke om na te gaan in welke mate dit kan leiden tot een aanvulling op de navormingsactiviteiten.

Het onderzoek werd goedgekeurd door de ethische commissie van de UGent.

Met mijn oprechte dank voor uw medewerking,
Dr. Degrave Merijn,
1ste jaars HAIO

Bijlage 7: demografische kenmerken van de deelnemers; originele en gerecodeerde data

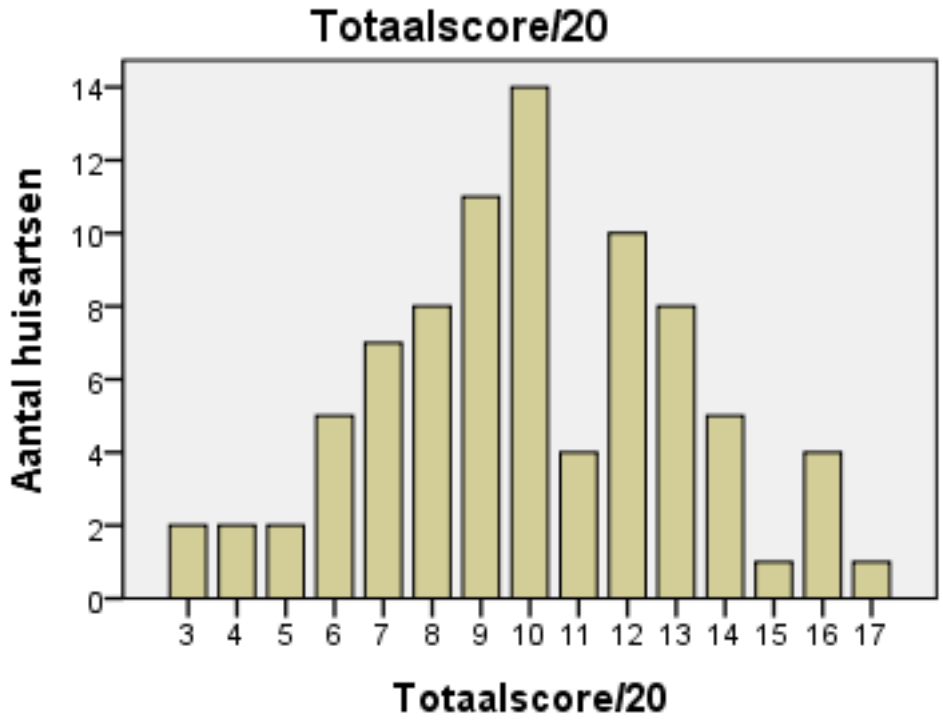
Geslacht		Gerecodeerd	
• man • vrouw	53 (63%) 31 (37%)	• man • vrouw	53 (63%) 31 (37%)
Leeftijdscategorie		Gerecodeerd	
• 24-34 j • 35-44 j • 45-54 j • 55-64 j • >65 j	31 (37%) 5 (6%) 16 (19%) 22 (26%) 9 (11%)	• < 45 j • 45-54 j • ≥55 j	36 (43%) 16 (19%) 31 (37%)
Praktijkervaring in jaren		Gerecodeerd	
• 0-5 • 6-10 • 11-20 • 21-30 • >30	29 (34%) 3 (4%) 8 (10%) 15 (18%) 29 (34%)	• 0-20 • >20	40 (48%) 44 (52%)
Soort praktijk		Gerecodeerd	
• Solo • Duo • Groepspraktijk • Geen antwoord	36 (43%) 21 (25%) 26 (31%) 1 (1%)	• Solo • >1 arts • Geen antwoord	36 (43%) 47 (56%) 1 (1%)
Aantal palliatieve pt/j		Gerecodeerd	
• 0-5 • 6-15 • 16-25 • >25	46 (55%) 35 (42%) 2 (2%) 1 (1%)	• 0-5 • >6	46 (55%) 38 (45%)

Tabel 3: demografische kenmerken van de deelnemers

Bijlage 8: Totaalscores van de artsen in tabel en histogram

Totaalscore /20		Aantal deelnemers	Percentage (%)	Cumulatief percentage (%)
Score	3	2	2,4	2,4
	4	2	2,4	4,8
	5	2	2,4	7,1
	6	5	6,0	13,1
	7	7	8,3	21,4
	8	8	9,5	31,0
	9	11	13,1	44,0
	10	14	16,7	60,7
	11	4	4,8	65,5
	12	10	11,9	77,4
	13	8	9,5	86,9
	14	5	6,0	92,9
	15	1	1,2	94,0
	16	4	4,8	98,8
	17	1	1,2	100,0
	Total	84	100,0	

Tabel 4: Totaalscores van de artsen, absoluut, in percentage en cumulatief percentage



Histogram: verdeling van de behaalde totaalscores op twintig

Bijlage 9: Overzicht van de resultaten per vraag

1. Man, 83 jaar, met een gemetastaseerde inoperabele longtumor begint te klagen van pijn ondanks Dafalgan® 4/d. Patiënt kan nog eten en drinken. Wat is de volgende stap?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	start een zwak opioid	48	57,1	57,1	57,1
	start een NSAID	13	15,5	15,5	72,6
	Start een sterk opioid	23	27,4	27,4	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

2. Indien je in de voorgaande casus start met een sterk opioid zoals morfine, aan welke dosis start je dan het beste?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	morfine 10mg po 6*/d	19	22,6	24,1	24,1
	morfine slow releas 10 à 20mg/d	19	22,6	24,1	48,1
	start morfine slow release 2*10 à 20mg/d	41	48,8	51,9	100,0
	Total	79	94,0	100,0	
Gn antw		5	6,0		
Total		84	100,0		

3. Wat is de frequentste neveneffect van morfine?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nausea	11	13,1	13,1	13,1
	obstipatie	73	86,9	86,9	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

4. Patiënt is pijnvrij met 2*20mg/d morfine slow release. Hoeveel moet je voorschrijven voor het geval hij doorbraakpijn krijgt.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	VAS<5:1/12 van de dagdosis	10	11,9	12,8	12,8
	VAS>5:1/10 van de dagdosis	28	33,3	35,9	48,7
	VAS<5:1/6 van de dagdosis	35	41,7	44,9	93,6
	VAS>5:1/12 van de dagdosis	5	6,0	6,4	100,0
	Total	78	92,9	100,0	
Gn antw		6	7,1		
Total		84	100,0		

5. Patiënt kan geen medicijnen meer oraal tot zich nemen en was pijnvrij met 40mg morfine PO. Er werd besloten om morfine sc toe te dienen met behulp van een spuitaandrijver. Wat is de noodzakelijke dosis morfine over 24h?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	13.3mg/24h	24	28,6	30,0	30,0
	20mg/24h	53	63,1	66,3	96,3
	10mg/24h	3	3,6	3,8	100,0
	Total	80	95,2	100,0	
Gn antw		4	4,8		
Total		84	100,0		

6. Patiënt vertoont op een uitgevoerd labo een acute nierinsufficiëntie, waarschijnlijk prerenaal. Met een eGFR van 38ml/min, moet er iets veranderen aan de medicatie?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja, de morfine moet verminderd worden met de helft	20	23,8	24,7	24,7
	ja, de morfine moet gestopt worden	19	22,6	23,5	48,1
	nee, de morfine mag verder gegeven worden	42	50,0	51,9	100,0
	Total	81	96,4	100,0	
Gn antw		3	3,6		
Total		84	100,0		

7. Door welk sterk opioid wordt de morfine bij iemand met nierinsufficiëntie het best vervangen?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	fentanyl	61	72,6	77,2	77,2
	oxycodon	12	14,3	15,2	92,4
	buprenorfine	6	7,1	7,6	100,0
	Total	79	94,0	100,0	
Gn Antw		5	6,0		
Total		84	100,0		

8. Patiënt, 78j, prostaatcarcinoom, waarvoor nu beslist werd een palliatief beleid te voeren, klaagt van toegenomen pijn t.h.v. de lage rug onder paracetamol 3*1g/d, ibuprofen 3*400mg/d en morfine 20mg slow release 2*/d. K.O. toont duidelijke wervelslagpijn t.h.v. L2, verdere therapie indien VAS-score 6/10.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	morfine opdrijven met 1/6 van de dagdosis	14	16,7	16,9	16,9
	switch morfine naar fentanyl	6	7,1	7,2	24,1
	bisfosfonaten associëren	12	14,3	14,5	38,6
	radiotherapie 1*800Gy	51	60,7	61,4	100,0
	Total	83	98,8	100,0	
Gn Antw		1	1,2		
Total		84	100,0		

9. Met welk product zou je de pijnbehandeling starten bij een palliatieve patiënt die momenteel nog zonder pijnstilling is, die neuropathische pijn ontwikkelt t.g.v. ruggenmergcompressie o.b.v. een indeukingsfractuur.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sterk opioid 2*/d	23	27,4	27,4	27,4
	NSAID 2*75mg diclofenac	18	21,4	21,4	48,8
	SSRI 2*20mg paroxetine	1	1,2	1,2	50,0
	TCA 1* 10mg amitriptilline	42	50,0	50,0	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

10. Gewenning aan morfine tijdens een behandeling van kankerpijn is

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mogelijk, vanaf de plaffonddosis van morfine bereikt is nl 150mg/d	24	28,6	28,9	28,9
	onmogelijk	59	70,2	71,1	100,0
	Total	83	98,8	100,0	
Gn Antw		1	1,2		
Total		84	100,0		

11. Patiënt is pijnvrij op een bepaalde dosis opioid, maar klaagt van nevenwerkingen (obstipatie, braken, droge mond, delier,…), dit kan soms verholpen worden door te switchen naar een ander opioid. Welke dosis wordt dan meestal gehanteerd?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	100% van de equi-analgetische dosis	46	54,8	57,5	57,5
	75% van de equi-analgetische dosis	29	34,5	36,3	93,8
	50% van de equi-analgetische dosis	5	6,0	6,3	100,0
	Total	80	95,2	100,0	
Gn Antw		4	4,8		
Total		84	100,0		

12. Patiënt krijgt oxycodon 2*15mg/d en 3*5mg bij doorbraakpijn. De volgende dag heeft hij nog altijd pijn. Hoe wordt dit verder aangepakt en wat is de equivalente concentratie morfine?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45mg/d en bij doorbraakpijn 7.5mg = 90mg/d morfine en bij doorbraakpijn 15mg morfine	44	52,4	61,1	61,1
	30mg/d en bij doorbraakpijn 5mg = 60mg/d morfine en bij doorbraakpijn 10mg morfine	22	26,2	30,6	91,7
	45mg/d en bij doorbraakpijn 7.5mg = 135mg/d morfine en bij doorbraakpijn 22.5mg morfine	6	7,1	8,3	100,0
	Total	72	85,7	100,0	
Gn Antw		12	14,3		
Total		84	100,0		

13. Jeuk is een neveneffect van opioïden dat af en toe voorkomt. Vooral bij dosis verhogingen of pij spinale/intrathecale toediening. Een mogelijke oplossing is de concentratie van het opioid te verlagen of een opioidswitch uitvoeren. Wat ook nog kan helpen is een:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	antihistaminicum: levocetirizine 1*5mg/d	28	33,3	34,6	34,6
	corticosteroid: dexamethasone 2*4mg/d	40	47,6	49,4	84,0
	serotonine-antagonist: ondansetron 2*8mg/d	13	15,5	16,0	100,0
	Total	81	96,4	100,0	
Gn Antw		3	3,6		
Total		84	100,0		

14. Bij het starten van een sterk opioid wordt altijd een laxativum geassocieerd. Indien dit niet voldoende helpt kan men gebruik maken van

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rectale laxativa	49	58,3	61,3	61,3
	methylnaltrexone 8mg/3d sc	25	29,8	31,3	92,5
	5HT3-antagonisten 2dd 8mg sc	6	7,1	7,5	100,0
	Total	80	95,2	100,0	
Gn Antw		4	4,8		
Total		84	100,0		

15. Patiënt in de palliatieve fase met een coloncarcinoom waarvoor een totale colectomie gebeurd is, hervalt met metastasen in de buik en longen. Klaagt van buikpijn, maakt minder stoelgang, eet minder, is misselijk, braakt. De diagnose van een obstructie werd gesteld. Er werd besloten om patiënt niet meer naar het ziekenhuis te transfereren wegens de beperkte levensexpectantie. Je start een subcutane spuitaandrijver met daarin:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	morfine + buscopan + haldol + corticosteroïden	42	50,0	51,2	51,2
	morfine + buscopan + primperan + corticosteroïden	32	38,1	39,0	90,2
	taradyl (NSAID) + buscopan + haldol + corticosteroïden	3	3,6	3,7	93,9
	taradyl (NSAID) + buscopan + primperan + corticosteroïden	5	6,0	6,1	100,0
	Total	82	97,6	100,0	
Gn Antw		2	2,4		
Total		84	100,0		

16. Palliatieve patiënt, met een coloncarcinoom en gekende hersenmetastasen neemt 2*20 mg morfine/d met goede pijncontrole, krijgt een laxativum en begint nu te braken. Het braken geeft geen verlichting van de symptomen. Welke therapeutische trial zou u hierbij doen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	dexamethasone + primperan	40	47,6	48,2	48,2
	dexamethasone + haldol	39	46,4	47,0	95,2
	dexamethasone + tegretol	1	1,2	1,2	96,4
	dexamethasone + dormicum	3	3,6	3,6	100,0
	Total	83	98,8	100,0	
Gn Antw		1	1,2		
Total		84	100,0		

17. Patiënte, 68j met uitbehandeld ovariumcarcinoom, wil plots niet meer eten, voelt zich misselijk en moet braken, geen diarree, eerder obstipatie. Ze heeft veel dorst en voelt zich algemeen niet goed. Deze klachten kunnen passen bij

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	hyponatriëmie	22	26,2	27,8	27,8
	hypercalciëmie	38	45,2	48,1	75,9
	hypernatriëmie	19	22,6	24,1	100,0
	Total	79	94,0	100,0	
Gn Antw		5	6,0		
Total		84	100,0		

18. Vrouw, 76j, gediagnosticeerd met een naar de longen gemetastaseerd mammacarcinoom, krijgt meer last van dyspnoe. Wat is de eerste stap in de behandeling van deze dyspnoe?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2-5l O2/min	8	9,5	9,6	9,6
	inhalatie corticosteroïden 2*2 puffs/d	9	10,7	10,8	20,5
	corticosteroïden 32-64mg medrol po	38	45,2	45,8	66,3
	morfine 2-5mg sc	28	33,3	33,7	100,0
	Total	83	98,8	100,0	
Gn Antw		1	1,2		
Total		84	100,0		

19. Parkinson patiënt met COPD en chronisch hartfalen begint dingen te zien die er niet zijn en komt geagiteerd over. Welk neurolepticum is tegenaangewezen bij Parkinson?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	haldol	60	71,4	77,9	77,9
	clozapine	10	11,9	13,0	90,9
	risperidone	5	6,0	6,5	97,4
	quetiapine	2	2,4	2,6	100,0
	Total	77	91,7	100,0	
Gn Antw		7	8,3		
Total		84	100,0		

20. Op het einde van het leven is het mogelijk dat een palliatieve patiënt een reutelende ademhaling vertoont, de zogenaamde doodsreutel. Voor de patiënt is deze doodsreutel geen balast, maar voor de familie kan deze reutel toch storend zijn. Een goede behandeling hiervoor is:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	morfine 2mg sc	3	3,6	3,6	3,6
	scopalamine 1.2à2.4mg/24h sc	78	92,9	92,9	96,4
	medrol 64mg po	3	3,6	3,6	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Gn Antw: geen antwoord op de gestelde vraag

Bijlage 10: Gegevens over de palliatief verpleegkundigen die hebben deelgenomen aan het focusgroepsgesprek

	Leeftijd	Palliatief Netwerk	Ervaring
Vpk 1	56 jaar	Zuid-West-Vlaanderen	- 15j thuisvpk - 15 j palliatief vpk
Vpk 2	53 jaar	Noord-West-Vlaanderen	- 24,5j HK zee-preventorium De Haan - 6j thuisvpk - 1,5j palliatief vpk
Vpk 3	62 jaar	Noord-West-Vlaanderen	- 24 j thuisvpk - 17j palliatief vpk
Vpk 4	55 jaar	Midden-West-Vlaanderen	- 21j thuisvpk -14j palliatief vpk

Vpk: verpleegkundige; HK: heelkunde
Tabel 5: kenmerken van de deelnemers van het focusgroepsgesprek

Bijlage 11: Resultaat Chi-kwadraattesten per vraag per onafhankelijke variabele

	Geslacht	Leeftijd gerecodeerd	Praktijkervaring gerecodeerd	aantal palliatieve patiënten/jaar gerecodeerd	Soort praktijk gerecodeerd
Vraag 1	0,207	0,823	0,641	0,894	0,612
Vraag 2	0,111	0,902	0,313	0,642	0,233
Vraag 3	0,968	gn VW	0,254	gn VW	gn VW
Vraag 4	0,422	gn VW	0,205	gn VW	gn VW
Vraag 5	0,379	0,441	0,696	1	0,986
Vraag 6	0,512	0,416	0,273	0,073	0,716
Vraag 7	0,827	0,082	0,724	0,053	0,744
Vraag 8	0,19	0,409	0,853	0,946	0,187
Vraag 9	0,498	0,327	0,19	1	0,218
Vraag 10	0,734	0,369	0,214	0,332	0,841
Vraag 11	0,06	0,834	0,568	0,392	0,884
Vraag 12	0,864	0,259	0,436	1	0,513
Vraag 13	0,139	0,052	0,078	0,082	0,636
Vraag 14	0,331	0,348	0,175	0,345	0,711
Vraag 15	0,689	0,229	0,188	0,065	0,748
Vraag 16	0,337	0,237	0,726	0,577	0,63
Vraag 17	0,792	**0,019**	0,304	0,102	0,953
Vraag 18	0,061	**0,001**	**0,007**	0,935	0,686
Vraag 19	0,917	0,247	0,926	0,571	0,93
Vraag 20	0,052	gn VW	gn VW	gn VW	gn VW

Tabel 6: Resultaat Chi-kwadraattesten per vraag per onafhankelijke variabele

Bijlage 12: Meervoudige logistische regressie-analyse:

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding (1)	Parameter coding (2)
Leeftijd gerecodeerd	,00	36	1,000	,000
	1,00	12	,000	1,000
	2,00	29	,000	,000
soortpraktijk gerecodeerd	,00	33	1,000	
	1,00	44	,000	
aantalpalliatievepatiëntenper jaar gerecodeerd	,00	40	1,000	
	1,00	37	,000	
praktijkervaring gerecodeerd	,00	38	1,000	
	1,00	39	,000	
Geslacht	0	50	1,000	
	1	27	,000	

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	99,414[a]	,078	,105

a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.
Step 1[a]	Geslacht(1)	-,683	,603	1,283	1	,257
	soortpraktijk_rc(1)	,101	,576	,031	1	,860
	aantalpalliatievepatiëntenperjaar_rc2(1)	-,318	,520	,373	1	,541
	praktijkervaring_rc3(1)	20,339	28077,401	,000	1	,999
	Leeftijd_rc			1,492	2	,474
	Constant	,478	,790	,366	1	,545

a. Variable(s) entered on step 1: Geslacht, soortpraktijk_rc, aantalpalliatievepatiëntenperjaar_rc2, praktijkervaring_rc3, Leeftijd_rc.

Variables in the Equation

		Exp(B)
Step 1[a]	Geslacht(1)	,505
	soortpraktijk_rc(1)	1,107
	aantalpalliatievepatiëntenperjaar_rc2(1)	,728
	praktijkervaring_rc3(1)	681109099,188
	Leeftijd_rc	
	Leeftijd_rc(1)	,000
	Leeftijd_rc(2)	2,655
	Constant	1,613

a. Variable(s) entered on step 1: Geslacht, soortpraktijk_rc, aantalpalliatievepatiëntenperjaar_rc2, praktijkervaring_rc3, Leeftijd_rc.

Bijlage 13: Verzoek tot advies van het ethisch comité betreffende een onderzoeksproject bij de mens.

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 :

Onderzoek naar de kennis van de symptoomcontrole bij Vlaamse huisartsen m.b.t. palliatieve zorg

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

PROMOTOR

- NAAM:PROF. DR. M. DEVEUGELE
- FUNCTIE: HOOFDDOCENT
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN 1STE LIJNS-GEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09/3323312
- FAX: 09/3324967
- E-MAIL:MYRIAM.DEVEUGELE@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. DE MAESENEER

CO-PROMOTOR

- NAAM: DR. PETER PYPE EN FIEN MERTENS
- FUNCTIE: PRAKTIJKASSISTENTEN
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: HUISARTSGENEESKUNDE EN 1STE LIJNS-GEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09/3322497
- FAX: 09/3324967
- E-MAIL:PETER.PYPE@UGENT.BE FIENTJE.MERTENS@UGENT .BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): PROF. DR. DE MAESENEER

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

- NAAM: DEGRAVE MERIJN
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: KUL
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0485/12 93 89
- E-MAIL: DEGRAVEMERIJN@GMAIL.COM

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

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. DE MÛELENAERE A.
- ADRES: HOGESCHUURSTRAAT 6, 8840 STADEN
- TELEFOONNUMMER: 051/ 70 15 65
- E-MAIL: SECRETARIAAT@PRAKTIJKHOGESCHUUR.BE
- TYPE-PRAKTIJK (SOLO-**DUO**-GROEPSPRAKTIJK-MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-ZIEKENHUISDIENST): …

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK NVT

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

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

- START ONDERZOEK: NA GOEDKEURINGSDATUM
- EINDE ONDERZOEK: 30/04/2016

7. SOORT ONDERZOEK

- ☐ **PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK**
  - ☐ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
  - ☐ **VRAGENLIJSTEN**
  - ☐ **INTERVIEW**
- ☐ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
  - ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
  - ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
    - ☐ WELKE PERIODE: ….
- ☐ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
  - ☐ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
    - ☐ FASE I
    - ☐ FASE II
    - ☐ FASE III
    - ☐ FASE IV
    - ☐ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
    - ☐ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
    - ☐ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
  - ☐ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE**,** BLOEDAFNAME, RX,…)
    - ☐ MEDICAL DEVICE
    - ☐ BLOEDAFNAME, RX,…

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

ONZE HUIDIGE MAATSCHAPPIJ WORDT GEKENMERKT DOOR EEN TOENEMENDE VERGRIJZING. DIT GAAT GEPAARD MET EEN TOENAME VAN HET AANTAL MENSEN MET MULTIPELE CHRONISCHE AANDOENINGEN. NET ZOALS HET GEËVOLUEERD DEMOGRAFISCH BEELD IS DOOR DE TOENAME VAN CHRONISCHE PATHOLOGIEËN DE PALLIATIEVE ZORG MOETEN MEE EVOLUEREN. PALLIATIEVE ZORG WAS IN ZIJN BEGINPERIODE VOORAL ZORG VOOR MENSEN MET UITBEHANDELDE KANKER, NU ZIJN ER ECHTER OOK ANDERE ZIEKTEN WAAR PALLIATIEVE ZORG EEN ROL KAN SPELEN BV. EINDGRADIG HARTFALEN OF COPD. DEZE EVOLUTIE EN HET FEIT DAT HET MERENDEEL VAN DEZE PATIËNTEN GRAAG THUIS WILT STERVEN IN EEN FAMILIALE SFEER ZORGT ERVOOR DAT DE ROL VAN DE HUISARTS IN DE PALLIATIEVE ZORG ENKEL IS TOEGENOMEN. HUISARTSEN WILLEN DE WENS VAN DE PATIËNTEN OM THUIS TE STERVEN GRAAG RESPECTEREN EN ZIEN PALLIATIEVE ZORG ALS ÉÉN VAN HUN KERNTAKEN. DE WIL VAN DE HUISARTSEN OM IN DEZE KERNTAAK TE VOORZIEN IS HIERBIJ NIET VOLDOENDE, ER MOET TEVENS VOLDOENDE KENNIS AANWEZIG ZIJN OM MET DEZE SITUATIES TE KUNNEN OMGAAN. PALLIATIEVE ZORG IS EEN TOTAALZORG WAAR DE PATIËNT CENTRAAL STAAT. ER ZIJN VIER BELANGRIJKE DEELASPECTEN: HET SPIRITUELE, HET PSYCHISCHE, HET FYSIEKE EN HET SOCIALE DIE DE HUISARTS ALLEMAAL ONDER DE KNIE MOET HEBBEN OM KWALITEITSVOLLE

PALLIATIEVE ZORG TE KUNNEN AANBIEDEN. FYSIEKE KLACHTEN DIE PALLIATIEVE PATIËNTEN ERVAREN, KUNNEN DE LEVENSKWALITEIT AANZIENLIJK VERMINDEREN. EEN GOEDE SYMPTOOMCONTROLE IS DAN OOK BELANGRIJK OM DE PALLIATIEVE PATIËNT VOLDOENDE COMFORT TE BIEDEN ZODAT HIJ TEN VOLLE ZIJN AANDACHT KAN RICHTEN OP DE DOOR HEM VOOROPGESTELDE DOELEN DIE ZIJN LEVEN NOG ZINVOL KUNNEN MAKEN.

ALS NET AFGESTUDEERD ARTS IS DIT ZEKER GEEN MAKKELIJKE MATERIE EN DE VRAAG DIE ZICH HIERBIJ DAN OOK STELT IS OF ER VOLDOENDE BASISKENNIS AANWEZIG IS BIJ DE HUISARTSEN OM IN EEN GOEDE SYMPTOOMCONTROLE TE VOORZIEN.

DE DOELSTELLING VAN DEZE THESIS IS NAGAAN HOE WE GEDETECTEERDE LEERNODEN KUNNEN LATEN AANSLUITEN OP HET NAVORMINGSAANBOD VAN DE REGIO. VERTREKKEND VANUIT BOVENSTAANDE VRAAGSTELLING WIL IK AAN DE HAND VAN EEN ONLINE ENQUÊTE DE EVENTUEEL AANWEZIGE LACUNES IN DE KENNIS VAN DE SYMPTOOMCONTROLE BIJ DE WEST-VLAAMSE HUISARTSENONDERZOEKEN. DE KEUZE VOOR WEST-VLAAMSE HUISARTSEN IS PUUR PRAKTISCH. VERSPREIDING ZAL GEBEUREN VIA DE HUISARTSENKRINGEN EN/OF LOK'S (LOKALE KWALITEITSKRING). NA TWEE WEKEN WORDT ER EEN REMINDER GESTUURD. BIJ DE START VAN DE ENQUÊTE WORDT EEN INFORMED CONSENT GEPLAATST WAARIN HET OPZET EN HET DOEL VAN DE STUDIE WORDT UITGELEGD EN DE ANONIMITEIT GEGARANDEERD WORDT. HIER MOETEN DE DEELNEMERS HET VAKJE 'GELEZEN EN GOEDGEKEURD' AANVINKEN OPDAT ZE NAAR DE VOLGENDE VRAAG ZOUDEN KUNNEN OVERGAAN EN ZO DE ENQUÊTE EFFECTIEF BEGINNEN. DE GEHELE ENQUÊTE BESTAAT UIT TWEE DELEN: HET EERSTE DEEL PEILT NAAR HIATEN IN DE KENNIS OVER SYMPTOOMCONTROLE, HET TWEEDE DEEL PEILT NAAR DE MATE WAARIN DE RICHTLIJNEN VOLDOEND ZIJN GEKEND. HET TWEEDE DEEL VAN DE ENQUÊTE IS HET THESISONDERWERP VAN MELISSA VERMEERSCH, VERVOLGENS ZULLEN DE RESULTATEN VAN ELK DEEL AFZONDERLIJK WORDEN VERWERKT DOOR DE INDIVIDUELE ONDERZOEKER TOT TWEE APARTE MANAMA THESISSEN.

DE BEKOMEN RESULTATEN ZULLEN IN ÉÉN FOCUSGROEPSGESPREK WORDEN VOORGELEGD AAN WEST-VLAAMSE PALLIATIEF THUISZORGVERPLEEGKUNDIGEN, OM TE EVALUEREN IN WELKE MATE ZE DE AL DAN NIET BEKOMEN HIATEN HERKENNEN VANUIT DE SAMENWERKING MET DE HUISARTS. HET GEHEEL VAN DEZE STUDIERESULTATEN ZAL WORDEN VOORGELEGD AAN DE NAVORMINGSVERANTWOORDELIJKE VAN DE REGIO OM NA TE GAAN IN WELKE MATE DIT KAN LEIDEN TOT EEN AANVULLING OP DE NAVORMINGSACTIVITEITEN.

9. IS HET ONDERZOEK

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

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

INDIEN JA

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

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

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT AAN)…UNIVERSITEIT GENT…… (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?
- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

B. PATIËNTEN LIJDEND AAN : …

C. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?
- ❑ JA
- ❑ NEEN

D. AANTAL PROEFPERSONEN: ALLE HUISARTSEN VAN DE REGIO WEST-VLAANDEREN + 7 À 8 DEELNEMERS PER FOCUSGROEP

E. LEEFTIJD : …

GESLACHT : HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? VOOR WAT BETREFT DE ENQUÊTE: DE ONLINE ENQUÊTE ZAL WORDEN VERSPREID BIJ 5 HUISARTENSKRINGEN EN LOK'S IN DE REGIO WEST-VLAANDEREN. DE PALLIATIEF VERPLEEGKUNDIGEN ZULLEN VOOR HET FOCUSGROEPSGESPREK WORDEN GEREKRUTEERD VIA DE COÖRDINATOREN VAN HET NETWERK PALLIATIEVE THUISZORG VAN DE REGIO.

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
- ❑ N**EEN**

ZO JA, DOOR WIE ? …

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

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

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

  WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

  - ❑ JA
  - ❑ NEEN

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

  - ❑ JA
  - ❑ NEE

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

  ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

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

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

  ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.

WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

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

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER NVT

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

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

B. 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: NVT

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 NVT

- ❑ JA
- ❑ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? …
B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN?
- ❑ JA
- ❑ NEEN

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

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? …

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 ?

NVT

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ? NVT

- ❑ 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 ? NVT

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : …

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

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 : .....

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST NVT

(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.

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST NVT

(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 : 09/06/2015
NAAM : M. DEGRAVE
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 09/06/2015
NAAM : DR. A DE MUELENAERE
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM : 09/06/2015
NAAM : PROF. DR. M DEVEUGELE
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM : 09/06/2015
NAAM : DR P PYPE F MERTENS
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM : 09/06/2015
NAAM : PROF. DR. DEMAESENEER
HANDTEKENING :

IOU JAN DE MAESENEER

SARA WILLEMS