Bevorderen van medicatieveranderingen na bespreken van zorgdoelen bij patiënten in thuiszorgsituatie

Vandeputte Jolien, UGent

Promotor: Prof. Dr. Jan De Lepeleire

Co-promotor: Dr. Pauline Boeckxstaens

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde



DANKWOORD

Met dit woord wil ik iedereen bedanken die rechtstreeks en onrechtstreeks een hulp is geweest bij het uitwerken van dit onderzoek. Zonder deze onvoorwaardelijke steun en schouderklopjes was het niet gelukt om dit project af te werken.

Eerst en vooral wil ik mijn promotor Prof. Dr. De Lepeleire bedanken voor de aanzet, de nieuwe inzichten en de hulp bij de uitwerking van dit project, mijn co-promotor Dr. Boeckxstaens voor het nalezen en de kritische opmerkingen en vragen over mijn onderzoeksproject.

Bovendien wil ik ook mijn praktijkopleiders Frederik Vannoote en Koen Viaene bedanken voor respectievelijk het meedenken en opstarten van het project en voor de uitwerking en medewerking aan het onderzoek. Ook de patiënten die ervoor open stonden mee te werken verdienen een welgemeende dank u wel.

Ten laatste wil ik mijn mama bedanken om opnieuw de grammaticale en lexicale fouten er uit te halen en mijn partner om mij te steunen en helpen waar nodig.

LIJST MET GEBRUIKTE AFKORTINGEN

EPEC	Education in palliative and end-of-life care
VAS	Visueel Analoge Schaal
PATD	Patients' attitudes towards deprescribing
CIRS	Cumulative illness rating scale
ATC	Anatomical therapeutic chemical classification system
START	Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment
STOPP	Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions

LIJST MET GEBRUIKTE FIGUREN

Figuur 1 Rekrutering van de studiepopulatie 14

LIJST MET GEBRUIKTE TABELLEN

Tabel 1 Probleemgeoriënteerde versus doelgerichte zorg volgens Mold en Blake (8) 4
Tabel 2 Overzicht uit de literatuur: werkinstrumenten om zorgdoelen te bespreken en medicatieverandering te bevorderen..... 9
Tabel 3 Overeenstemming van de categorieën uit de literatuurstudie van Reeve et al. (1) en de eerste 10 vragen uit de PATD (24)..... 12
Tabel 4 In- en exclusiecriteria van de studiepopulatie 13
Tabel 5 Patiëntkarakteristieken van de studiepopulatie. (Pt = patiënt; M/V =man/vrouw; Lfd = leeftijd; #Gnm = aantal geneesmiddelen) 18
Tabel 6 Rangschikking van de zorgdoelen op de VAS-schaal volgens waarde 0 tot en met 100. De waarde 0 staat voor helemaal niet belangrijk. De waarde 100 staat voor het belangrijkste. (Pt = patiënt; M/V =man/vrouw; Lfd = leeftijd)..... 18
Tabel 7 Adviezen voor medicatieverandering na het bespreken van de zorgdoelen. Pt = patiënt; M/V =man/vrouw; Lfd = leeftijd; aanpassing #Gnm = aantal geneesmiddelen die geadviseerd worden aan te passen (+ toevoegen medicatie, - afbouwen/ stoppen medicatie)..... 20
Tabel 8 Beweegredenen om medicatieverandering al dan niet door te voeren bij de patiënt..... 21

INHOUDSTAFEL

Dankwoord i

Lijst met gebruikte afkortingen ii

Lijst met gebruikte figuren ii

Lijst met gebruikte tabellen ii

Inhoudstafel iii

1 Abstract 1

2 Inleiding 3

2.1 Aanleiding 3

2.2 Probleemstelling 3

2.3 Doelstelling 4

3 Oriënterend literatuuronderzoek I 5

3.1 Inleiding 5

3.2 Methode 5

3.3 Resultaten 5

3.3.1 Multimorbiditeit vraagt om doelgeoriënteerde zorg 5

3.3.2 Zorgdoelen 6

3.3.3 Bevragen van zorgdoelen bij multimorbiditeit 6

3.3.4 Medicatiebeoordeling bij multimorbiditeit 7

3.4 Discussie en besluit 8

4 Oriënterend literatuuronderzoek II 10

4.1 Inleiding 10

4.2 Methode 10

4.3 Resultaten 10

4.3.1 Belemmerende factoren bij de patiënt voor deprescribing 10

4.3.2 Bevorderende factoren bij de patiënt voor deprescribing 11

4.4 Discussie en besluit 11

5 Veldonderzoek 13

5.1 Inleiding 13

5.1.1 Plaats en situering van het project 13

5.1.2 Onderzoeksvragen 13

5.1.2.1 Wordt het globale voorschrijfgedrag van de behandelende huisarts gewijzigd door bespreken van zorgdoelen bij patiënten in de thuiszorgsituatie? 13

5.1.2.2 Welke geneesmiddelencategorieën worden het meest aangepast? 13

5.1.2.3 Welke argumenten worden door de patiënt naar voor geschoven om medicatieveranderingen niet uit te voeren? 13

5.2 Methode 13
5.2.1 Rekrutering van de Studiepopulatie 13
5.2.2 Interventie 14
5.2.3 Statistische analyse 15
5.3 Resultaten 16
5.3.1 Patiëntkenmerken 16
5.3.2 Implementatie van het werkinstrument in de praktijk 18
5.3.3 Effect op medicatiegebruik na bespreken van de zorgdoelen 20
5.3.4 Houding van de patiënten ten opzichte van de medicatie adviezen 21
6 Algemene Discussie en besluit 22
6.1 Belangrijkste resultaten 22
6.1.1 De voorkeurenschuif 22
6.1.1.1 Effectiviteit van het werkinstrument 22
6.1.1.2 Keuze van de zorgdoelen 22
6.1.1.3 Haalbaarheid binnen de praktijk 23
6.1.1.4 Invloed van familie 24
6.1.2 Effect van onderzoek op medicatieveranderingen 24
6.1.2.1 (On)verwachte resultaat 24
6.1.2.2 Effect van keuze zorgdoel op medicatieveranderingen 24
6.1.2.3 Effect van keuze impliciete medicatiebeoordeling op medicatieveranderingen 25
6.1.2.4 Discrepantie tussen visie arts en visie patiënt bij medicatieverandering 25
6.1.3 Implementatie in de praktijk 25
6.2 Zwakke en sterke punten 26
6.3 Verder onderzoek 26
6.4 Algemeen besluit 27
7 Referenties 28
8 Verplichte bijlages 30
8.1 Goedgekeurd protocol 30
8.2 Gunstig advies Ethisch Comité 33
9 Bijlages 34
9.1 Informatiebrief voor de proefpersoon 34
9.2 Formulier voor de schriftelijke toestemming 35
9.3 Informatiebrief bij het werkinstrument 36

1 ABSTRACT

Titel	Bevorderen van medicatieveranderingen na bespreken van zorgdoelen bij patiënten in thuiszorgsituatie
HAIO	Vandeputte Jolien
Promotor	Prof. Dr. Jan De Lepeleire
Co-promotor	Dr. Pauline Boeckxstaens
Praktijkopleider	2015-2016 Dr. Vannoote Frederik – Dr. Dierynck Wouter
	2016-2017 Dr. Viaene Koen
Contactgegevens	jolien.vandeputte@gmail.com

Context

Multimorbiditeit en de geassocieerde polyfarmacie worden uitdagingen voor de toekomst. Het consequent behandelen van elke morbiditeit volgens de richtlijnen kan het welbevinden van de patiënt en het verloop van de ziekte beïnvloeden. Er wordt een evolutie gezien van ziektespecifieke zorg naar patiëntgerichte zorg om deze uitdagingen aan te gaan.

Het doel van dit onderzoek is om te evalueren of het bespreken van zorgdoelen het voorschrijfgedrag van de arts kan beïnvloeden. Bijkomend wordt de vraag gesteld of de kennis van de zorgdoelen en de intentie van de arts voldoende zijn om medicatieveranderingen te bereiken.

Onderzoeksvragen:

- Wordt het globale voorschrijfgedrag van de behandelende huisarts gewijzigd door het bespreken van de zorgdoelen bij patiënten in de thuiszorgsituatie?
- Welke geneesmiddelencategorieën worden het meest aangepast?
- Welke argumenten worden door de patiënt naar voor geschoven om medicatieveranderingen al dan niet uit te voeren?

Methode

Er werden twee literatuuronderzoeken verricht in Pubmed en Medline met ten eerste de vraagstelling welk werkinstrument geschikt is om zorgdoelen te achterhalen binnen een studiepopulatie met multimorbiditeit. Ten tweede werd onderzocht welke factoren de patiënt beïnvloeden om al dan niet in te gaan op het voorstel van de behandelende arts om de medicatie aan te passen.

In het praktijkproject werd aan patiënten op huisbezoek met multimorbiditeit en GMD in de praktijk gevraagd of ze interesse hadden deel te nemen aan het onderzoek. Er werd een afspraak gepland buiten het reguliere bezoek om de patiënt te informeren. Aan de deelnemers werd gevraagd om 4 zorgdoelen te rangschikken op een VAS-schaal. Vertrekkend vanuit dit perspectief werd gediscussieerd over het medicatieschema met de betrokken artsen rekening houdend met de morbiditeiten en het vooropgestelde zorgdoel. Medicatieveranderingen werden geadviseerd. Ten laatste werden deze adviezen voorgesteld aan de patiënt en werden de belemmerende en

bevorderende factoren voor de medicatieveranderingen geregistreerd. De patiëntkarakteristieken en resultaten werden gecodeerd geregistreerd gebruik makend van het programma Microsoft Excel. Voor de verdere analyse werd geopteerd voor beschrijvende statistiek en univariate analyse om conclusies uit de studiegroep te vormen.

Resultaten

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat de 'voorkeurenschuif' een gemakkelijk hanteerbaar instrument is om zorgdoelen te bespreken bij patiënten met multimorbiditeit. Deze bevindingen correleren niet met de ervaringen van de studiepopulatie. Het bewaren van onafhankelijkheid is het zorgdoel dat primeert binnen onze studiepopulatie. Dit komt overeen met de resultaten uit de literatuur.

Het tweede deel gericht op medicatieveranderingen en de inschikkelijkheid van de patiënt toont dat het bespreken van zorgdoelen leidt tot een mogelijkheid voor medicatieveranderingen. Gemiddeld wordt 1,6 geneesmiddel per patiënt geadviseerd te stoppen. Bij het onderzoek werden er geen adviezen gegeven om medicatie toe te voegen. Ondanks de wil voor deprescribing wordt slechts 75% van de geneesmiddelen gestopt. De frequentste belemmerende en bevorderende factoren zijn respectievelijk het meningsverschil over de geschiktheid van het geneesmiddel en de positieve invloeden voor medicatiestop.

Dit onderzoek is tijdsintensief voor de behandelende arts en neemt voor volledige uitvoering gemiddeld 2 uur per patiënt in beslag.

Conclusies

Dit onderzoek illustreert dat het bespreken van de zorgdoelen de arts motiveert tot medicatieverandering. Binnen deze studiepopulatie wordt alleen reductie van de geneesmiddelen geadviseerd. Ondanks de medische kennis van de behandelende arts en de patiëntgerichte aanpak verloopt het proces van deprescribing niet vlot. De patiënt heeft zijn eigen redenering over het medicatiegebruik en ondanks de vaak uitgesproken wil tot medicatiereductie staan verschillende patiëntfactoren in de weg. Verder onderzoek is noodzakelijk om na te gaan hoe deze factoren kunnen worden aangepakt om het proces van deprescribing te vereenvoudigen. Bijkomend moet onderzocht worden of dit proces de levenskwaliteit van de patiënt verandert.

ICPC-code A49.01 – A49.02 – E01

2 INLEIDING

2.1 AANLEIDING

Het eerste jaar van de opleiding werd gevolgd in twee verschillende opleidingspraktijken samenwerkend als netwerkpraktijk. Verschillend in de praktijken was de aanpak van de patiënten op huisbezoek. Zowel de frequentie, aanpak van dossier als het medicatiegebruik hadden weinig raakvlakken. Daarom werd voor de scriptie een onderzoek vooropgesteld om een werkwijze te integreren die de aandacht zou vestigen op het geneesmiddelengebruik in functie van de wens van de patiënt.

Gezien zorgplanning een belangrijk aspect is en wordt in de toekomst werd dit als startpunt gekozen om (de)prescribing[1] (1, 2) te verwezenlijken. Omwille van toekomstplannen werd er in het tweede jaar gekozen om van opleidingspraktijk te veranderen en werd het onderzoek daar uitgevoerd.

2.2 PROBLEEMSTELLING

Eén van de uitdagingen voor de toekomst is multimorbiditeit. De definitie volgens het European General Practice Research Network luidt als volgt:

'Multimorbidity is defined as any combination of chronic disease with at least one other disease (acute or chronic) or bio-psychosocial factor (associated or not) or somatic risk factor. Any bio-psychosocial factor, any somatic risk factor, the social network, the burden of diseases, the health care consumption and the patient's coping strategies may function as modifiers (of the effects of Multimorbidity). Multimorbidity may modify the health outcomes and lead to an increased disability or a decreased quality of life or frailty.'(3)

Meer dan 50 % van de personen boven de 65 jaar leiden aan 2 of meer aandoeningen. Multimorbiditeit neemt toe met de leeftijd en wordt geassocieerd met hogere mortaliteit, gedaalde functionele status, polyfarmacie en groeiende zorg (4, 5).

De behandeling van deze chronische aandoeningen leidt vaak tot voorschrijven van meerdere geneesmiddelen. Als de huidige richtlijnen voor elke morbiditeit gevolgd worden, moeten multipele geneesmiddelen voorgeschreven worden. Therapeutische handelingen voor de ene morbiditeit kunnen de andere in de hand werken, de combinatie van meerdere geneesmiddelen kunnen synergistisch of antagonistisch werken. Deze polyfarmacie en de leeftijdsgebonden veranderingen in farmacodynamiek en –kinetiek verhogen het risico op ongewenste effecten, op geneesmiddelen interacties en op interacties tussen geneesmiddelen en morbiditeiten. Zo groeit de vraag of consequente behandeling volgens de richtlijnen zowel ten goede is voor het verloop van de morbiditeit als voor het welbevinden van de patiënt. Ouderen gaan anders kijken naar hun aandoeningen en de consequenties van die aandoening. De prioriteiten verschuiven voor zowel overleving, preventie van complicaties als het fysiek en cognitief welzijn (5). Er wordt een verschuiving gezien van ziektegeoriënteerde zorg naar patiëntgerichte zorg of anders gezegd van kwantiteit naar kwaliteit (zie Tabel 1).

Om deze kwaliteit te garanderen wordt patiëntgerichte zorg belangrijk. Die zorg wordt in de literatuur gedefinieerd als 'respectful of and responsive to individual patient preferences, needs and values, and ensuring that patient

[1] Deprescribing is de term die gebruikt wordt om het proces van geneesmiddelen afbouw en stop te bekomen met als doel het beperken van ongepast gebruik en het voorkomen van nevenwerkingen.

values guide all clinical decisions' (6, 7). Een specifieke vorm van patiëntgerichte zorg is de doelgeoriënteerde zorg in 1991 reeds door Mold en Blake beschreven (8) (zie Tabel 1).

	PROBLEM-ORIENTED CARE	**GOAL-ORIENTED CARE**
Definition of Health	Absence of disease as defined by the health care system	Maximum desirable and achievable quality and/or quantity of life as defined by each individual
Purposes of Health Care	Eradication of disease, prevention of death	Assistance in achieving a maximum individual health potential
Measures of success	Accuracy of diagnosis, appropriateness of treatment, eradication of disease, prevention of death	Achievement of individual goals
Evaluator of success	Physician	Patient

Tabel 1 Probleemgeoriënteerde versus doelgerichte zorg volgens Mold en Blake (8)

Deze patiëntgerichte zorg heeft meerdere voordelen. Ten eerste gaat het over individuele zorg in plaats van universele zorg. Ten tweede faciliteert het de besliskunde door te focussen op zorgdoelen. Zo kan een specifieke therapie afgebouwd worden om het zorgdoel te bereiken. Ten derde drukt het de wensen uit van de patiënt betreffende hun gezondheidstoestand. Hierbij kan symptoomcontrole de overhand nemen op verlengen van de levensduur. Ten laatste kan er overlegd worden tussen patiënt en arts welke stappen ondernomen zullen worden om het zorgdoel te bereiken. De grootste barrière op dit moment is dat de zorg op dit moment ziektegericht is en er minder aandacht wordt gevestigd op wat de patiënt wenst (9).

2.3 DOELSTELLING

Multimorbiditeit geeft dus aanleiding tot polyfarmacie en vraagt om doelgerichte zorg in plaats van ziektegeoriënteerde zorg. In dit onderzoek wordt nagegaan of deze twee concepten aan elkaar gekoppeld kunnen worden. Elke patiënt heeft zijn definitie van de ideale gezondheidstoestand. Door het bespreken van de zorgdoelen wordt nagestreefd deze definitie individueel te achterhalen en indien nodig medicatieveranderingen te adviseren om deze zorgdoelen te verwezenlijken.

Aan de hand van de 'voorkeurenschuif' (zie 3.4 Discussie en besluit) worden de zorgdoelen besproken bij patiënten op huisbezoek. Dit onderzoek heeft twee doelstellingen. Ten eerste wordt nagegaan of het globale voorschrijfgedrag van de behandelende arts verandert na het bespreken van de zorgdoelen. Ten tweede wordt de inschikkelijkheid van de patiënt bevraagd om medicatieveranderingen uit te voeren.

3 ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK I

3.1 INLEIDING

Multimorbiditeit en het gerelateerde geneesmiddelengebruik leiden tot een verhoogd risico op antagonistische en/of synergistische werking van geneesmiddelen of tot interacties tussen twee of meer producten of een ziekte-specifieke-therapie beïnvloedt een andere morbiditeit in negatieve zin. Bij ouderen is het niet ervaren van negatieve effecten even belangrijk als het ervaren van ziektewinst. Dit leidt tot situaties waarin gekozen moet worden voor het behandelen van de ene morbiditeit ten nadele van het niet behandelen van een andere. Om de ene behandeling te verkiezen boven de andere is het belangrijk rekening te houden met de wensen en prioriteiten van de patiënt. Door dit eerste literatuuronderzoek wordt nagegaan welke interventies het best hanteerbaar zijn in de praktijk om zowel doelgerichte zorg als medicatiebeoordeling bij polyfarmacie in de praktijk aan te pakken.

3.2 METHODE

Om dit onderzoek te kunnen starten werd een antwoord gezocht in de literatuur op volgende vragen:

- Welke zorgdoelen worden in de literatuur naar voor gebracht?
- Welke werkinstrumenten worden in de literatuur beschreven om zorgdoelen te bespreken?
- Hoe kan het medicatieschema bij ouderen beoordeeld worden bij polyfarmacie?

Om een overzicht te verkrijgen werd vertrokken vanuit de richtlijn van Pallialine: Vroegtijdige zorgplanning (10). Uit deze literatuurbron werd de referentielijst nagekeken om andere bronnen te verkrijgen. Hierna werd in Pubmed en Embase gezocht op volgende combinaties van zoektermen: ‘goal-oriented-care’, ‘patient-centered-care’, ‘preferences’,’ trade-offs and tools’.

3.3 RESULTATEN

3.3.1 MULTIMORBIDITEIT VRAAGT OM DOELGEORIËNTEERDE ZORG

Multimorbiditeit brengt een complexe zorgsituatie met zich mee. Voor elke specifieke aandoening is een richtlijn beschikbaar, maar de som van deze richtlijnen bij multimorbiditeit leidt tot polyfarmacie en mogelijk tot nieuwe problemen (5, 9, 11). Onderzoek betreffende multimorbiditeit is het er over eens dat de aanpak patiëntgericht en doelgeoriënteerd moet zijn in plaats van probleemgeoriënteerd (9, 10, 12).

Een bijzondere vorm van patiëntgerichte zorg is de vroegtijdige zorgplanning. Dit concept is de laatste jaren sterk gegroeid en heeft specifiek aandacht voor de autonomie en de keuze van de patiënt in de laatste levensfase. Deze aanpak biedt een meerwaarde op elk moment in de zorgrelatie en niet alleen in de laatste levensfase (10). In de Belgische richtlijn voor vroegtijdige zorgplanning wordt aangehaald dat het primeert om de individuele zorgdoelen te kennen eerder dan de specifieke voorkeur voor elke medische situatie (10).

Deze laatste conclusie komt ook terug in de definitie van doelgerichte zorg volgens Mold en Blake (zie Tabel 1) namelijk het behalen van succes bij multimorbiditeit is het streven naar het verwezenlijken van de persoonlijke zorgdoelen (8). Er is toenemend eensgezindheid onder auteurs dat doelgerichte zorg belangrijk wordt om te vertrekken bij het opstellen van het behandelplan voor de individuele patiënt. Dit is een tijdsintensief proces en er bestaat geen richtlijn om dit proces te verwezenlijken. Daarom wordt in dit onderzoek vertrokken vanuit de Belgische richtlijn voor vroegtijdige zorgplanning om na te gaan hoe zorgdoelen besproken kunnen worden. Indien

meerdere behandelopties mogelijk zijn bij zowel de laatste levensfase of bij multimorbiditeit, is het van belang om de voorkeur van de patiënt centraal te plaatsen, ook al is dit tegenstrijdig met de agenda van de arts (9, 13).

3.3.2 ZORGDOELEN

In de Belgische richtlijn voor vroegtijdige zorgplanning wordt vertrokken vanuit de ABC-codering voor het bespreken van de zorgdoelen (10). Deze codering werd besproken in de masterscriptie van Eeckhout en Beerwerth om mogelijke zorgdoelen te achterhalen. In het kader van hun masterscriptie werd de literatuur bestudeerd met als doel het helder coderen van vroegtijdige zorgplanning (14, 15). Daarvoor werd een studie verricht naar de mogelijke zorgdoelen. Zij concluderen dat er in de literatuur 6 zorgdoelen frequent voorkomen. Deze werden door Haberle gevalideerd. De zorgdoelen zijn: genezen, langer leven, verbeteren of behouden van functie/ kwaliteit van leven/ onafhankelijkheid, comfortabel zijn, bereiken van levensdoelen en ondersteuning van familie/ zorgverlener.

Ook de ABC-codering bij de vroegtijdige zorgplanning wordt aangehaald in hun literatuurstudie. Code A staat voor ‘alles doen’, code B voor ‘behoud van functie’ en code C voor ‘comfortzorg’. In deze studie wordt geconcludeerd dat de 6 zorgdoelen met uitzondering van ondersteuning van familie/ zorgverlener overeenkomen met de 3 codes A, B en C (10, 14). Uit het literatuuronderzoek van Eeckhout en Beerwerth wordt als besluit een voorstel tot codering van vroegtijdige zorgplanning meegegeven. Hierbij wordt bij de ABC-codering een code 0 voor ‘optimale zorg’ en code C(t) voor ‘comfortzorg in terminale fase’ geassocieerd, alsook het aspect ondersteuning voor familie/ mantelzorgers/ zorgverleners.

In een kwalitatief onderzoeksproject op basis van focusgroepen werd deze nieuwe definitie getoetst (16). Als besluit wordt gesteld dat de code 0 verworpen wordt gezien dit geen extra waarde biedt en het aspect ondersteuning aan familie ook niet verder wordt opgenomen. De code C(t) wordt behouden. Een extra aanpassing die wordt beoogd is het niet vermelden van negatieve behandeldoelen.

Het EPEC programma stelt dat er twee overheersende doelen zijn namelijk genezen en beperken van lijden (17). Binnen deze twee doelen zijn veel mogelijkheden en hierbij worden de zorgdoelen van Emanuel LL (1999) aangehaald: ziekte genezen, vermijden van vroegtijdige sterfte, behouden of verbeteren van functie, verlengen van het leven, verlossen van lijden, primeren van kwaliteit van leven, controle houden, een goede dood, ondersteuning voor familie en geliefden.

3.3.3 BEVRAGEN VAN ZORGDOELEN BIJ MULTIMORBIDITEIT

Mangin et al. hebben een systematisch literatuuronderzoek verricht met als doel het beschrijven van bestaande instrumenten die de zorgdoelen van patiënten met multimorbiditeit bevragen. Vervolgens werd de haalbaarheid en het gebruiksgemak in de eerste lijn bestudeerd (18). Er werden 189 potentiële artikels overwogen na een zoektocht in de Medline, Embase en Cochrane database. Na screening werden slechts 6 artikels weerhouden. Slechts 1 instrument was relevant voor patiënten met multimorbiditeit en maakte gebruik van universele zorgdoelen. Dit cross-sectionele onderzoek werd uitgevoerd bij ouderen met multimorbiditeit door Fried et al. (19).

Het werkinstrument, onderzocht door Fried et al., werd ontwikkeld op basis van 4 universele behandeldoelen namelijk levensverlenging, onafhankelijkheid bewaren, verminderen of wegnemen van de pijn en verminderen of wegnemen van andere symptomen. Aan de patiënt werd gevraagd om deze 4 doelen te rangschikken volgens prioriteit gebruikmakend van een VAS-schaal. Er wordt eerst gevraagd het belangrijkste doel en het doel van minste betekenis te rangschikken en daarna de twee overblijvende volgens belang te schikken (19, 20).

Voordelen die de onderzoekers zien in dit werkinstrument zijn de haalbaarheid in eerste lijn, de korte instructies en het gebruiksgemak voor de patiënt. Beperkingen van dit instrument zijn de test-hertest betrouwbaarheid, geen studie naar kwaliteit van leven na toepassen van het werkinstrument en de mogelijkheid van bias. (18, 19, 21).

In Nederland wordt deze test beschreven als de 'voorkeurenschuif', het wordt beschouwd als een gesprekshulp om informatie te krijgen over de voorkeur van de behandeldoelen van de individuele patiënt. Het instrument werd gebruikt in een klinische les om aan de hand van de 'voorkeurenschuif' na te gaan welke aanpassingen mogelijk zijn in het medicatieschema terwijl farmacotherapeutische implicaties ook indachtig worden gehouden. Zowel arts als patiënt ervaarden deze manier van werken als positief. Het is een investering in de zorg om medicatie aan te passen en inzicht te krijgen in de behandeldoelen van de patiënt (20).

Mangin et al. concluderen dat er weinig relevante werkinstrumenten bestaan om zorgdoelen bij ouderen met multimorbiditeit te bespreken ondanks het belang van het bevragen en kennen van de voorkeur van de patiënt. Een beperking bij de verschillende studies is het ontbreken van directe uitkomsten na gebruik van een werkinstrument. Het werkinstrument van Fried et al. illustreert een model voor de nieuwe aanpak van multimorbiditeit. Deze tool moet in gerandomiseerde studies getest worden op validiteit, haalbaarheid, toepasbaarheid voor de patiënt en effect op de kwaliteit van leven (18).

3.3.4 MEDICATIEBEOORDELING BIJ MULTIMORBIDITEIT

De Nederlandse multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen (2012) stelt een medicatiebeoordeling voorop bij de behandeling van een patiënt met multimorbiditeit. Een medicatiebeoordeling wordt gedefinieerd als "een beoordeling van de farmacotherapie door patiënt, arts en apotheker op basis van een periodieke, gestructureerde kritische evaluatie van de medische, farmaceutische en gebruiksinformatie" (22). Hiervoor zijn internationaal verschillende impliciete en expliciete tools ontwikkeld.

Impliciete lijsten zijn een opsomming van subjectieve en open vragen waarvan het gevolg afhankelijk is van de interpretering van de voorschrijvend arts. Door dit open karakter kan rekening gehouden worden met de wensen van de patiënt. Voor goed gebruik van deze lijsten is een goede klinische en farmacologische kennis noodzakelijk. Voorbeelden zijn de 'Medication appropriateness index', de 'Systematic tool to reduce inappropriate prescribing' en de 'Appropriate medication for older people tool'. Expliciete lijsten zijn strikte criteria die het gebruik van medicatie bij ouderen aan- of afraden. Deze lijsten zijn minder flexibel maar specifieker en minder afhankelijk van gebruiker (23).

Indien er bij een patiënt sprake is van een palliatieve situatie wordt van deze benadering afgeweken. Op dit moment kan het 'good palliative geriatric practice' algoritme worden toegepast of de principes die Cruz et al. (24) naar voor schuiven. Cruz et al. bespreken ook de behandeling van de frequent voorkomende klachten pijn, dyspnoe en vermoeidheid in hun studie (24).

3.4 DISCUSSIE EN BESLUIT

Uit de literatuurstudie blijkt het belang van patiëntgerichte en doelgeoriënteerde zorg bij personen met multimorbiditeit. Om met deze prioriteiten rekening te houden bij de keuze van een therapie moeten zorgdoelen bevraagd worden. Ondanks deze conclusie zijn weinig werkinstrumenten in de literatuur te vinden die dit proces impliceren (zie Tabel 2).

In deze literatuurstudie werden twee concepten bestudeerd. Eerst en vooral werd nagegaan hoe het bespreken van zorgdoelen gemakkelijk in de praktijk kan worden toegepast. Een recente literatuurstudie onderzocht verschillende werkinstrumenten om zorgdoelen met de patiënt te bespreken (18). Eén studie kwam naar voor als innoverend en als basis voor verder onderzoek in gerandomiseerde studies (19). Dit werkinstrument, verder benoemd als de 'voorkeurenschuif', maakt gebruik van 4 universele zorgdoelen nl. levensverlenging, onafhankelijkheid bewaren, verminderen of wegnemen van de pijn en verminderen of wegnemen van andere symptomen.

De eerste 3 werkinstrumenten in Tabel 2 zijn bruikbaar om zorgdoelen te bespreken. Binnen deze instrumenten werd de keuze gemaakt tussen de wijd verspreide ABC-score en de 'voorkeurenschuif'. De 4 zorgdoelen die in de visuele analoge schaal gebruikt worden, worden weerspiegeld in de ABC-score. De A van 'alles doen' spreekt voor levensverlenging ondanks het gegeven dat de kwaliteit van leven kan verminderen, de B van 'behoud functie' met onafhankelijkheid bewaren om dagelijkse activiteiten te kunnen uitvoeren met het risico om levensduur te verminderen. De C van 'comfortzorg' met verminderen of wegnemen van symptomen die de kwaliteit van leven beperken. Als beide instrumenten naast elkaar worden bekeken dan is het rangschikken van 4 zorgdoelen voor de patiënt meer haalbaar dan het kiezen van één code. Door de vier zorgdoelen op één schaal te rangschikken kunnen meerdere zorgdoelen op de voorgrond komen. Op de VAS-schaal wordt aan de patiënt expliciet gevraagd om 4 zorgdoelen te rangschikken. Dit is gemakkelijk toepasbaar door meerdere artsen. Het bespreken van zorgdoelen met behulp van de ABC score hangt communicatief af van de interpretatie van de arts. Bovendien kan bij elk zorgdoel de medicatie specifiek aangepast worden. Na deze literatuurstudie werd besloten om binnen dit onderzoek verder te werken met de 'voorkeurenschuif' onderzocht door Fried et al (19).

Het tweede aspect waarop een antwoord werd gezocht, zijn de mogelijke instrumenten voor medicatiebeoordeling bij polyfarmacie. Hierbij worden twee grote groepen weerhouden namelijk de expliciete en impliciete medicatiebeoordeling (zie Tabel 2). Er werd geopteerd om te kiezen voor een impliciete benadering om op elk niveau van de zorgdoelen adviezen te kunnen geven. Voor het zorgdoel levensverlenging zou eerder geopteerd worden voor een expliciete lijst om ervoor te zorgen dat alle morbiditeiten correct behandeld worden. De medicatiebeoordeling bij de zorgdoelen behoud van functie en symptoomcontrole kunnen minder gevat worden door een expliciete lijst. Met een impliciete benadering is er een opening voor de inbreng van de patiënt en dus het aspect doelgerichte zorg.

Na een grondig literatuuronderzoek moet geconcludeerd worden dat er afgeweken wordt van het gebruik van de expliciete medicatiebeoordeling zoals voorzien in het protocol (zie 8.1 Goedgekeurd protocol). Er wordt gekozen om een impliciete benadering te verkiezen binnen het concept doelgerichte zorg.

PUBLICATIE-JAAR	AUTEUR	LAND	WERKINSTRUMENT		SPECIFIEK	MEETBAAR	IMPLICIET/ EXPLICIET	TOEPASBAAR IN 1STE LIJN	REALISTISCH	ZORGDOELEN
2014	FPZV ACHG KULeuven Dienst geriatrie UZ Gent	België	**ABC-score**	Zorgdoelen met name positieve wilsverklaringen onderbrengen in één van de 3 zorgcodes.	Aanduiden van de code A, B, C na gesprek met de patiënt.	Code volgens interpretatie van behandelende arts.	Impliciet	Richtlijn voor huisartsen	Code aanduiden op afgesproken formulier door de behandelende arts.	A = Alles doen B= Behoud van functies C= Comfortzorg
2016	Neirinck L	België	**Verfijnde ABC-score**	Zorgdoelen met name positieve wilsverklaringen onderbrengen in één van de 4 zorgcodes.	Aanduiden van de code A, B, C, C(t) na gesprek met de patiënt.	Code volgens interpretatie van behandelende arts.	Impliciet	Focusgroepen met participanten uit 1ste en 2de lijn	Code aanduiden op afgesproken formulier door de behandelende arts.	A = Alles doen B= Behoud van functie C= Comfortzorg C(t)= Comfortzorg in terminale fase
2011	Fried T	USA	**Voorkeurenschuif**	Aanbrengen van een rangorde op een VAS-schaal voor de 4 zorgdoelen/ behandeldoelen	Vastleggen van een rangorde op een VAS-schaal.	Rangschikking op schaal van 0 tot 100.	Expliciet	Studiepopulatie 1ste lijn	Rangschikken van 4 zorgdoelen op voorziene VAS-schaal door de patiënt	Levensverlenging Onafhankelijkheid bewaren Verminderen van pijn Verminderen van symptomen
2013	Schuling J	Nederland						Klinische les bij 2 patiënten uit 1ste lijn.		
2012	NHG	Nederland	**Expliciete beoordeling: Beers criteria, STOPP criteria, START criteria**	Criteria om geneesmiddelen te vermijden die voor ouderen ongeschikt geacht worden.	Criterium is aan- of afwezig.	Verandering van aantal geneesmiddelen.	Expliciet	Ja	Criteria overlopen en toepassen op medicatieschema.	Zorgdoelen worden niet in rekening gebracht
2012	NHG	Nederland	**Impliciete medicatiebeoordeling: MAI, GIVE, POM**	Praktisch stappenplan met subjectieve en open vragen als hulpmiddel om geneesmiddelen te beoordelen.	Afhankelijk van interpretatie van de behandelende arts	Verandering van aantal geneesmiddelen.	Impliciet	Ja	Open en subjectieve vragen geven ruimte voor vrije interpretatie van behandelende arts.	Indien zorgdoelen gekend, kan beslissing van de behandelende arts beïnvloedt worden

Tabel 2 Overzicht uit de literatuur: werkinstrumenten om zorgdoelen te bespreken en medicatieverandering te bevorderen

4 ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK II

4.1 INLEIDING

Bij het toepassen van de 'voorkeurenschuif' in de praktijk viel op dat patiënten algemeen tevreden zijn over de zorg die ze op dat moment krijgen. Regelmatig kwam een uitspraak als mijn medicatie zorgt ervoor dat ik zo lang heb kunnen leven en nog zal leven. Hierbij werd de vraag gesteld of medicatieverandering wel vlot zou verlopen na bespreken van zorgdoelen. Binnen dit onderzoek werden onbewust alleen adviezen gegeven naar reductie van geneesmiddelen en niet naar toevoegen van geneesmiddelen. Om deze medicatiereductie verder te kunnen analyseren worden volgende bedenkingen gemaakt. Zullen het vooropgestelde zorgdoel door de patiënt en de medische kennis van de arts voldoende zijn om de patiënt te overtuigen een geneesmiddel te stoppen of af te bouwen? Zijn er andere aspecten die bij de patiënt meespelen om deprescribing te verhinderen?

4.2 METHODE

Om dit deelaspect van het onderzoek te kunnen beoordelen werd eerst in de literatuur gezocht naar een antwoord op volgende vragen:

- Welke factoren weerhouden de patiënt om toe te stemmen met medicatieverandering?
- Welke factoren bevorderen het afbouwen/ stoppen van medicatie voor de patiënt?

Er werd enkel gefocust op deprescribing gezien binnen het onderzoek geen adviezen werden gegeven naar toevoegen van geneesmiddelen. Om een overzicht te verkrijgen werd in Pubmed op 12/2/2017 gezocht op volgende combinaties van zoektermen: 'deprescribing' AND 'barriers', 'deprescribing' AND 'attitude'. Er werd bij de start van de zoekopdracht de limiet ingesteld om enkel reviews te bekijken. Er werden 4 resultaten verkregen. Na doornemen van de abstracts werden 2 reviews doorgenomen. De andere 2 reviews werden omwille van de inclusiecriteria nl. patiënten met dementie en psychotrope medicatie niet volledig doorgelezen. Aan de hand van de referentielijst werd nog een extra instrument nl. 'PATD Questionnaire' bestudeerd.

4.3 RESULTATEN

4.3.1 BELEMMERENDE FACTOREN BIJ DE PATIËNT VOOR DEPRESCRIBING

Reeve et al. hebben een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd om zowel barrières als bevorderende factoren bij de patiënt na te gaan bij het proces van deprescribing. De barrières worden ingedeeld in 4 categorieën nl. de geschiktheid van het geneesmiddel, het proces van afbouw/stop, de invloeden van derden en de angst gepaard gaande met stoppen. Zowel het gevoel van verbetering van de klachten na de start van de medicatie, de hoop op verbetering door het gebruik van een geneesmiddel en het gevoel dat de patiënt werkt aan zijn gezondheid vallen onder de geschiktheid van het geneesmiddel. Het gevoel onvoldoende begeleid te worden bij de stop of afbouw van de medicatie wordt in dit onderzoek beschreven als het proces. De patiënt laat zich gemakkelijk beïnvloeden door zowel persoonlijke voorgaande events om medicatie niet te stoppen, maar ook door de mening van familie of artsen/ specialisten. Deze barrière wordt voornamelijk beschreven bij het stoppen van geneesmiddelen inwerkend op het centraal zenuwstelsel. De vierde categorie is de angst om geneesmiddelen te stoppen, de angst voor onthoudingsverschijnselen en het terug ervaren van voorgaande klachten (1).

Een ander instrument om te polsen naar de bereidheid om medicatieveranderingen door te voeren is de 'PATD questionnaire'. Met deze tool wordt in het algemeen gepolst naar redenen om aanpassingen door te voeren. De 15 vragen zijn vrij algemeen en behandelen zowel belemmerende als bevorderende factoren (25).

Anderson et al. bestudeerden in hun review voornamelijk factoren afhankelijk van de voorschrijver die deprescribing beïnvloeden. Eén deelaspect van de haalbaarheid werd echter toegeschreven aan de patiënt. De beweegredenen om niet akkoord te gaan worden onderverdeeld in weerstand tot verandering, geen geloof in alternatieve mogelijkheden, moeilijke omstandigheden om te stoppen en het verschillen in zorgdoelen tussen voorschrijver en patiënt (2).

4.3.2 BEVORDERENDE FACTOREN BIJ DE PATIËNT VOOR DEPRESCRIBING

Ook in het literatuuronderzoek van Reeve et al. werd gekeken naar factoren die het proces van deprescribing faciliteren. Deze werden ook in 4 gelijkgaande categorieën ingedeeld nl. de geschiktheid van het geneesmiddel, het proces van afbouw/ stop, de invloeden van derden en familie en de ontevredenheid over de medicatie. In de klasse geschiktheid van de medicatie wordt voornamelijk de vraag gesteld of de medicatie wel noodzakelijk is gezien er geen klachten meer zijn en het niet gewaar worden van verbetering onder het nemen van de medicatie. Ook angst wordt hier onder geclassificeerd, namelijk de angst voor bijwerkingen en verslaving bij inname. Het gevoel om goed ondersteund te worden bij de afbouw en de stop te zien als een test met de mogelijkheid om de medicatie terug in te nemen zorgen, ervoor dat het proces om te stoppen vlot verloopt. Voornamelijk door een goede relatie met de huisarts wordt de patiënt positief beïnvloed. De laatste klasse gaat voornamelijk over de zin en de tevredenheid om medicatie in te nemen, de kosten die gekoppeld worden aan medicatie-inname en de voorkeur om geen medicatie te nemen (1).

Ook in de review van Anderson et al. werden 2 patiëntfactoren naar voor gebracht waardoor toestemmen in verandering werd vergemakkelijkt nl. motivatie om te veranderen en slechte prognose van de patiënt (2).

4.4 DISCUSSIE EN BESLUIT

Uit vergelijking van de PATD vragenlijst en de 8 categorieën uit de literatuurstudie van Reeve et al. (zie Tabel 3) kan geconcludeerd worden dat de 8 categorieën overeenstemmen met de vragen uit de PATD. De vragenlijst is echter heel algemeen en gaat niet over één geneesmiddel specifiek. Ook niet alle 8 categorieën worden beschreven in de vragenlijst. Er wordt gekozen om in dit onderzoek te werken met de categorieën van Reeve et al. om verdere beschrijving te doen. De verdere discussie hierover wordt beschreven in het algemeen besluit na het veldonderzoek (zie 6.1.2.4 Discrepantie tussen visie arts en visie patiënt bij medicatieverandering).

	REEVE ET AL. (1)	**PATD QUESTIONNAIRE (25)**
Belemmerende factoren	Geschiktheid van het geneesmiddel	I am comfortable with the number of medications that I am taking.
		I believe that all my medications are necessary
		I would accept taking more medications for my health conditions
	Proces om te stoppen/ af te bouwen	
	Externe en interne invloeden	
	Angsten	
Bevorderende factoren	Geschiktheid van het geneesmiddel	I feel that I may be taking one or more medications that I no longer need.
		I believe one or more of my medications is giving me side effects.
	Proces om te stoppen/ af te bouwen	If my doctor said it was possible, I would be willing to stop one or more of my regular medications.
	Externe en interne invloeden	I have a good understanding of the reasons I was prescribed each of my medications.
	Ontevredenheid over medicatie inname	I feel that I am taking a large number of medications.
		Having to pay for fewer medications would play a role in my willingness to stop one or more of my medications.
		I would like to reduce the number of medications that I am taking

Tabel 3 Overeenstemming van de categorieën uit de literatuurstudie van Reeve et al. (1) en de eerste 10 vragen uit de PATD (25).

5 VELDONDERZOEK

5.1 INLEIDING

5.1.1 PLAATS EN SITUERING VAN HET PROJECT

Het onderzoek wordt georganiseerd in een praktijk in West-Vlaanderen. Er werken twee huisartsen en één huisarts in opleiding. Er wordt gewerkt met het medisch programma Careconnect en bij de huisbezoeken wordt de laptop gebruikt om het dossier op te vragen.

5.1.2 ONDERZOEKSVRAGEN

5.1.2.1 WORDT HET GLOBALE VOORSCHRIJFGEDRAG VAN DE BEHANDELENDE HUISARTS GEWIJZIGD DOOR BESPREKEN VAN ZORGDOELEN BIJ PATIËNTEN IN DE THUISZORGSITUATIE?

Het bespreken van zorgdoelen wordt in de praktijk niet uitgevoerd tenzij occasioneel op vraag van de patiënt. Het medicatiegebruik wordt hoofdzakelijk gekoppeld aan de morbiditeiten. Door dit project wordt er nagegaan of het bespreken van zorgdoelen de arts aanzet om het medicatieschema te analyseren en aanpassingen te formuleren.

5.1.2.2 WELKE GENEESMIDDELENCATEGORIEËN WORDEN HET MEEST AANGEPAST?

Geneesmiddelen kunnen onderverdeeld worden in verschillende categorieën. In dit onderzoek wordt de ATC-classificatie gebruikt. Bij de verschillende adviezen zal de verandering ondergebracht worden in een specifieke geneesmiddelcategorie en zal er nagegaan worden of een specifieke categorie meer aandacht vraagt.

5.1.2.3 WELKE ARGUMENTEN WORDEN DOOR DE PATIËNT NAAR VOOR GESCHOVEN OM MEDICATIEVERANDERINGEN NIET UIT TE VOEREN?

Medicatie wordt vaak al maanden en jaren ingenomen volgens een schema en patiënten raken hier in vastgeroest. Regelmatig wordt door de patiënt aangehaald dat ze minder geneesmiddelen zouden willen nemen of andere geneesmiddelen willen innemen. Maar wordt een geneesmiddel dan ook zo gemakkelijk aangepast als voorgesteld wordt? Er zijn verschillende factoren zowel bij de patiënt als bij de arts om medicatie toch niet te veranderen. Daarom wordt in dit onderzoek de reactie van de patiënt op de vraag om een geneesmiddel te veranderen, indien nodig geacht volgens het vooropgestelde zorgdoel, geregistreerd.

5.2 METHODE

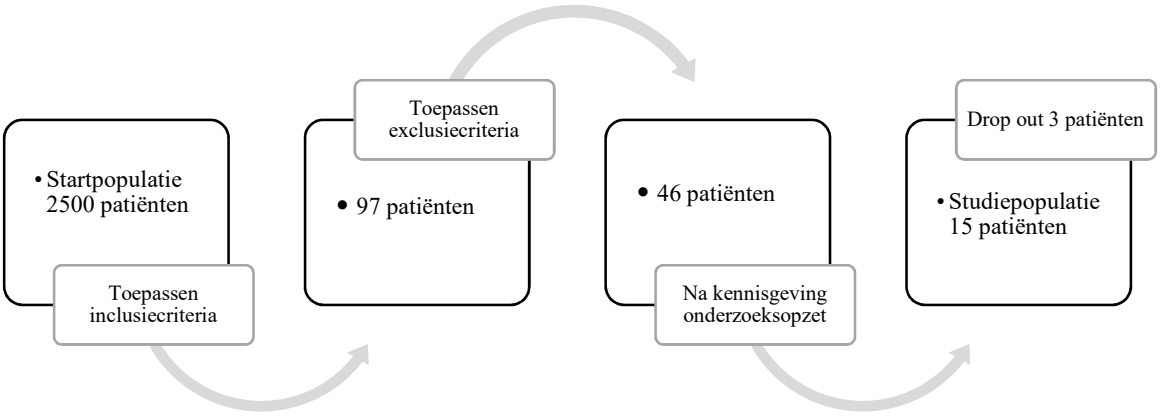
5.2.1 REKRUTERING VAN DE STUDIEPOPULATIE

De patiënten werden geselecteerd op basis van de digitale agenda die in de praktijk gebruikt wordt om patiënten op regelmatige basis op huisbezoek te consulteren. Deze lijst werd tijdens een gepland overleg overlopen. De in- en exclusiecriteria werden toegepast op deze populatie (zie Tabel 4 en Figuur 1).

INCLUSIECRITERIA	EXCLUSIECRITERIA
Huisbezoekpatiënten	< 4 patiëntencontacten per jaar
Multimorbiditeit	Verblijf in WZC of instelling
GMD in praktijk	Levensverwachting < 6 maand
	Wilsonbekwame personen
	Personen met dementie

Tabel 4 In- en exclusiecriteria van de studiepopulatie

Tijdens het volgende geplande huisbezoek werd door de behandelende arts het project voorgesteld. Bij interesse werd op een ander tijdstip zowel mondelinge als schriftelijke informatie gegeven door de huisarts in opleiding betreffende het onderzoek (zie 9 Bijlages). Na het informeren en beantwoorden van de vragen werd aan de patiënten die wensten deel te nemen gevraagd het toestemmingsformulier te ondertekenen. Patiënten die na dit eerste contact niet wensten deel te nemen werden alsnog geëxcludeerd. De contacten om met de patiënt het werkinstrument te overlopen verliepen buiten de geplande huisbezoeken.



Figuur 1 Rekrutering van de studiepopulatie

5.2.2 INTERVENTIE

Eerst werd goedkeuring gevraagd aan de Commissie voor medische ethiek van KU Leuven. Deze toestemming werd toegekend op 01/04/2016 (zie 8.2 Gunstig advies Ethisch Comité).

T1: Bij interesse in deelname aan het onderzoek werd een contact gepland met de huisarts in opleiding tussen oktober 2016 en december 2016. Er werden niet meer dan 2 patiëntcontacten per week gepland om deze gesprekken goed en efficiënt te laten verlopen. Met behulp van een richtinggevend document en de 'voorkeurenschuif' (zie 9.3 Informatiebrief bij het werkinstrument) werd het onderzoek uitgelicht. Bij het ondertekenen van de 'geïnformeerde toestemming' werden de patiëntkenmerken, de morbiditeiten en de medicatielijst geregistreerd op het voorziene document.

T2: Een volgend contact werd afgesproken met de huisarts in opleiding na een bedenktijd van 1 à 2 weken om de zorgdoelen te rangschikken op het werkinstrument. Deze tijd werd gebruikt om alle informatie over de te rangschikken zorgdoelen te laten bezinken. Een aantal patiënten besprak dit ook graag met hun kinderen.

T3: Na dit contact werd een overleg gepland in de opleidingspraktijk tussen de huisarts in opleiding en de behandelende arts. Bij de bespreking van de resultaten uit het werkinstrument werd het dossier van de patiënt aangevuld. De morbiditeiten en de medicatiefiche werden overlopen aan de hand van de zorgdoelen. Eventuele aanpassingen aan het medicatieschema werden aangevuld bij 'notities' in het dossier.

T4: Tijdens een volgend regulier bezoek werden de vooropgestelde aanpassingen aan de patiënt meegedeeld. De reactie van de patiënt werd door de behandelende arts genoteerd in het dossier.

T5: Tijdens het volgend overleg werd de reactie van de patiënt besproken en geregistreerd in het Excel bestand. Achteraf werden de reactie en de actie van de patiënt gekoppeld aan één van 4 belemmerende of 4 bevorderende factoren.

5.2.3 STATISTISCHE ANALYSE

Alle gegevens werden verzameld in een Microsoft Excelbestand en gecodeerd zodat de anonimiteit van de patiënt gewaarborgd blijft. Van elke patiënt werden volgende gegevens bijgehouden:

- Patiëntkarakteristieken: geslacht, leeftijd, burgerlijke status, woonsituatie, deelname aan onderzoek en eventuele reden van uitval (T1)
- Morbiditeiten van de patiënten volgen CIRS classificatie (T1)
- Medicatieregistratie voor start van het onderzoek volgens ATC-classificatie niveau 1 en 2 (T1)
- Voorkeur van de zorgdoelen op de 'voorkeurenschuif' volgens een waarde 0 tot 100 (T2)
- Voorstel medicatieschema na bespreking met behandelende arts (T3) volgens ATC-classificatie niveau 1 en 2
- Klasse volgens ATC- classificatie en aantal te stoppen geneesmiddelen na bespreking met behandelende arts (T3)
- Belemmerende en bevorderende factoren bij de patiënt voor deprescribing per geneesmiddel (T5)

Vanuit dit Microsoft Excelbestand werd voor de verdere analyse geopteerd voor beschrijvende statistiek en univariate analyse om conclusies uit de studiegroep te vormen.

5.3 RESULTATEN

5.3.1 PATIËNTKENMERKEN

Na de voorlichting werden 15 patiënten geïncludeerd in dit onderzoek (zie Figuur 1). Eén patiënt stapte uit het onderzoek omwille van een niet nader verklaarde persoonlijke reden. Bij het rangschikken van de zorgdoelen op het werkinstrument werd er in overleg met twee patiënten gestopt met het onderzoek. De ene patiënte begreep de opdracht niet en in overleg met de dochter werd geopteerd om het onderzoek vroegtijdig te stoppen. De andere patiënte kon het recente verlies van haar zus niet achter zich laten tijdens het onderzoek en vroeg te stoppen omwille van emotionele reden.

Het volledige onderzoek werd uitgevoerd bij 12 patiënten uit de groepspraktijk. Er namen 3 mannen en 9 vrouwen deel, met een leeftijd tussen de 76 en 95 jaar. Binnen de studiepopulatie werden 5 patiënten geïncludeerd nog samenwonend met partner, 1 patiënte samenwonend met familie en 6 alleenstaande patiënten. Eén patiënte werd tijdens het onderzoek opgenomen in een woon- en zorgcentrum. Eén van de inclusiecriteria was multimorbiditeit met een variatie van 3 tot 8 zorgelementen volgens CIRS classificatie (11). Ook polyfarmacie (5 tot 10 geneesmiddelen) was aanwezig in de populatie. In Tabel 5 worden de patiëntkenmerken per patiënt weergegeven.

PT	M/V	LTD	BURGERLIJKE STATUS	WOONSITUATIE	MORBIDITEITEN		# GNM	DEELNAME
1	V	81	Weduwe	Alleen	- hypertensie	K86	5	Ja
					- (jicht)artritis	T92		
					- depressieve stoornis	P76		
2	M	80	Gehuwd	Partner	- hypertensie	K86	6	Ja
					- osteoartritis	L84/90		
					- CVA	K90		
					- prostatisme	Y06		
3	M	81	Gehuwd	Partner	- reflux	D84	6	Ja
					- hypertensie	K86		
					- osteoartritis	L84/94		
					- prostatisme	Y06		
					- nierinsufficiëntie	U99		
4	V	87	Weduwe	Familie	- anemie	B82	8	Ja
					- cataract	F92		
					- hypertensie	K86		
					- osteoartritis	L84		
					- osteoporose	L95		
					- tremor	N06		
5	V	76	Gehuwd	Partner	- boezemfibrilleren	K78	9	Ja
					- hypertensie	K86		
					- osteoartritis	L83		
					- totale heupprothese			
					- CVA	K90		
					- diabetes mellitus II	T90		

6	V	95	Weduwe	Alleen	- peptisch ulcus	D86	6	Ja
					- vertigo	N17		
					- hypertensie	K86		
					- osteoartritis	L91		
					- totale heupprothese			
					- restless legs	N04		
7	V	91	Weduwe	Alleen	- boezemfibrilleren	K78	6	Nee
					- hypertensie	K86		
					- diabetes mellitus II	T90		
8	M	87	Gehuwd	Partner	- hartfalen	K77	5	Ja
					- hypertensie	K86		
					- osteoartritis	L84		
					- TIA	K89		
					- diabetes mellitus II	T90		
					- urine incontinentie	U04		
9	V	89	Gehuwd	Partner	- coronair lijden	K76	10	Ja
					- hartfalen	K77		
					- hypertensie	K86		
					- totale knieprothese			
					- psoriasis	S91		
					- diabetes mellitus II	T90		
					- chronische nierinsufficiëntie	U99		
10	V	82	Weduwe	Alleen	- reflux	D84	9	Ja
					- hypertensie	K86		
					- totale knieprothese			
					- depressieve stoornis	P76		
					- urine incontinentie	U04		
					- chronische UWI	U71		
11	V	88		Alleen	- claudicatio	K92	8	Ja
					- ritmestoornis	K84		
					- hypertensie	K86		
					- osteoartritis	L90		
					- urine incontinentie	U04		
12	V	79	Weduwe	Alleen	- coronair lijden	K76	10	Ja
					- reflux	D84		
					- ritmestoornis	K80		
					- pacemaker	A89		
					- hypertensie	K86		
					- osteoartritis	L84		
					- osteoporose	L95		
					- totale heupprothese			
13	M	81	Gehuwd	Partner	- hartfalen	K77	9	Nee
					- ritmestoornis	K79		
					- CVA	K90		
					- epilepsie	N88		

					- prostatisme	Y06		
14	V	91	Weduwe	Alleen	- glaucoom	F93	10	Nee
					- doofheid	H86		
					- hypertensie	K86		
					- osteoporose	L95		
					- totale heup- en knieprothese			
					- schildklierlijden	T85		
15	V	81	Weduwe	Alleen	- anemie	B82	10	Ja
					- cataract	F92		
					- ritmestoornis	K79		
					- hypertensie	K86		
					- chronische nierinsufficiëntie	U99		

Tabel 5 Patiëntkarakteristieken van de studiepopulatie. (Pt = patiënt; M/V =man/vrouw; Lfd = leeftijd; #Gnm = aantal geneesmiddelen)

5.3.2 IMPLEMENTATIE VAN HET WERKINSTRUMENT IN DE PRAKTIJK

Elk gesprek werd nadien aan het dossier van de betreffende patiënt toegevoegd als afzonderlijk document met zowel de VAS-schaal visueel als in tabelvorm genoteerd. Hieraan werd ook een verklarende en begeleidende tekst toegevoegd om de keuze te verantwoorden.

Na analyse van de voorkeuren (zie Tabel 6) werd opgemerkt dat behouden van onafhankelijkheid het frequentst bovenaan werd geplaatst. De waarde die werd toegekend aan elk zorgdoel afzonderlijk verschilt sterk per individu. Ook de interpretatie van de zorgdoelen onderling en/of de waarde die werd toegekend aan het zorgdoel verschilt heel sterk volgens de opvatting van de patiënt.

PT	M/V	LTD	LEVENS-VERLENGING	ONAFHANKELIJK-HEID	PIJN VERMINDEREN	SYMPTOMEN VERMINDEREN	BELANGRIJKSTE ZORGDOEL
1	V	81	55	90	70	65	Onafhankelijkheid
2	M	80	75	80	30	25	Onafhankelijkheid
3	M	81	95	90	50	60	Levensverlenging
4	V	87	25	85	55	50	Onafhankelijkheid
5	V	76	90	85	30	20	Levensverlenging
6	V	95	5	80	70	50	Onafhankelijkheid
7					Drop out		
8	M	87	35	75	80	30	Pijn verminderen
9	V	89	45	90	70	65	Onafhankelijkheid
10	V	82	20	75	85	70	Pijn verminderen
11	V	88	10	90	85	75	Onafhankelijkheid
12	V	79	50	80	75	45	Onafhankelijkheid
13					Drop out		
14					Drop out		
15	V	81	0	85	70	75	Onafhankelijkheid

Tabel 6 Rangschikking van de zorgdoelen op de VAS-schaal volgens waarde 0 tot en met 100. De waarde 0 staat voor helemaal niet belangrijk. De waarde 100 staat voor het belangrijkste. (Pt = patiënt; M/V =man/vrouw; Lfd = leeftijd)

Bij de eerste gesprekken in fase 2 van het onderzoek werden meningen opgeschreven. Patiënten werden hierdoor gehinderd om verder te spreken. Ook niet alle conclusies konden goed worden genoteerd. Na de eerste drie gesprekken werd omwille van informatieverlies en in samenspraak met de patiënt beslist om de contactmomenten te registeren op audiotape bij fase 2 in het onderzoek. Enkele interpretaties van patiënten ofwel genoteerd door de huisarts in opleiding ofwel geregistreerd op audiotape worden hieronder opgesomd:

> Patiënt 1: 'Levensverlenging zonder onafhankelijk te zijn, is voor mij niets waard. Niets meer alleen kunnen, is mijn grootste schrik. Bovendien zijn alle voorzieningen voor ouderen er om mensen uit te buiten. Dus als ik niet meer thuis kan zijn, moet er niet meer aan levensverlening worden gedaan, maar moet je er voor zorgen dat ik kan sterven zonder af te zien.'
>
> Patiënt 2: 'Voor mij is onafhankelijkheid bewaren het belangrijkst zodat ik alles nog kan doen om mijn vrouw te ondersteunen. Ik zou het eigenlijk helemaal bovenaan willen zetten, maar gezien mijn leeftijd is dat niet meer te verantwoorden. Ik mag niet te veel meer vragen of het zou tegen mij kunnen werken.'
>
> Patiënt 3: 'Zonder twijfel leg ik levensverlenging bovenaan. Ik heb al voor de poort van de hel gestaan, maar ik mocht nog niet binnen. Dus je moet grijpen wat je nog grijpen kan en de moeilijke dagen moet je erbij nemen zonder klagen.'

Tijdens de gesprekken werden bepaalde aspecten herhaald. Het eerste aspect dat opviel is dat weduwes, in deze studiepopulatie allen vrouwelijk, levensverlenging niet meer als belangrijkste rangschikken. Ze verkiezen onafhankelijkheid bewaren als belangrijkste zorgdoel. De achterliggende gedachte werd door patiënt 4 als volgt verwoord:

> Patiënt 4: 'Een zinvol leven is voor mij om na de dood van mijn echtgenoot nog alles te kunnen doen in onze thuis. Genezen mag zolang ik blijf functioneren zoals nu. Langer leven is niet nodig als ik minder kan. Ik heb mijn man zien sterven. Als het zo ver komt heb ik liever een dood zonder pijn en onrust. Bij mijn echtgenoot waren 'prikken' nodig om dit te voorzien. Dat het dan maar snel gedaan is.'

Heel vaak verwijzen zij naar de herinnering aan hun echtgenoot om aan te tonen hoe zij hun zorg op dit moment willen zien. Onafhankelijkheid bewaren en symptoomcontrole primeren boven levensverlenging.

De rol van de voorgeschiedenis van een individueel persoon is een tweede aspect dat de rangorde beïnvloedt. Hoe groter de gevolgen op de levenskwaliteit van een morbiditeit, hoe sterker de levenslust van de patiënt. Beide patiënten die levensverlenging verkiezen, hebben omwille van complicaties persisterende neurologische gevolgen. De ervaring hiermee geeft hen de wil om, ondanks voorgaande ervaring, te kiezen voor levensverlenging en het risico op afname van levenskwaliteit erbij te nemen.

De personen bij wie de partner nog thuis woont, gaan minder nadenken in functie van zichzelf, maar in functie van wat ze nog moeten kunnen om voor hun partner te zorgen. Levensverlenging speelt hierin een beperktere rol. Onafhankelijkheid bewaren primeert maar ook verminderen van pijn omwille van de beperking die pijn met zich meebrengt om voor de partner te kunnen zorgen.

5.3.3 EFFECT OP MEDICATIEGEBRUIK NA BESPREKEN VAN DE ZORGDOELEN

Na afronding van de gesprekken in fase 2 werd door de behandelende arts en de huisarts in opleiding het dossier van elke persoon bestudeerd. Dit werd op punt gezet en het medicatieschema werd overlopen. In een eerste fase werden alle morbiditeiten gekoppeld aan de geneesmiddelen. Bij over- of onderbehandeling werd dit in een tweede fase gekoppeld aan de rangorde van de zorgdoelen om een correct advies aan de patiënt te geven betreffende medicatie-aanpassing.

Van 10 van de 12 patiënten uit het onderzoek werd het medicatieschema aangepast. Deze aanpassingen waren allemaal adviezen om één of meerdere geneesmiddelen (variatie van 0 tot 4) stop te zetten (zie Tabel 7). Ondanks de bereidheid van de patiënt om extra medicatie in te nemen werden in het overleg geen dergelijke adviezen geformuleerd. Gemiddeld werd bij elke persoon het advies gegeven 1,6 geneesmiddel af te bouwen/ te stoppen.

PT	M/ V	LTD	AANPASSING # GNM	ATC-CLASSIFICATIE	ATC-CLASSIFICATIE	ATC-CLASSIFICATIE	ATC-CLASSIFICATIE
1	V	81	0				
2	M	80	- 1	A Spijsvertering en metabolisme			
3	M	81	- 1	N Zenuwstelsel			
4	V	87	- 2	C Cardiovasculair	C Cardiovasculair		
5	V	76	- 1	N Zenuwstelsel			
6	V	95	- 3	C Cardiovasculair	B Bloed en bloedvormende organen	B Bloed en bloedvormende organen	
7					Drop out		
8	M	87	0				
9	V	89	- 1	A Spijsvertering en metabolisme			
10	V	82	- 1	N Zenuwstelsel			
11	V	88	- 4	C Cardiovasculair	N Zenuwstelsel	N Zenuwstelsel	B Bloed en bloedvormende organen
12	V	79	- 1	B Bloed en bloedvormende organen			
13					Drop out		
14					Drop out		
15	V	81	- 1	A Spijsvertering en metabolisme			

Tabel 7 Adviezen voor medicatieverandering na het bespreken van de zorgdoelen. Pt = patiënt; M/V =man/vrouw; Lfd = leeftijd; aanpassing #Gnm = aantal geneesmiddelen die geadviseerd worden aan te passen (+ toevoegen medicatie, - afbouwen/ stoppen medicatie)

In Tabel 7 wordt ook de klasse weergegeven volgens de ATC-classificatie van de te stoppen geneesmiddelen. Deze toont dat in aflopende volgorde geneesmiddelen inwerkend op het zenuwstelsel, op het cardiovasculair stelsel, op de bloedvaten en bloedvormende organen en op het spijsverteringsstelsel en metabolisme het frequentst worden geadviseerd af te bouwen.

5.3.4 HOUDING VAN DE PATIËNTEN TEN OPZICHTE VAN DE MEDICATIE ADVIEZEN

Gezien de medicatieveranderingen binnen die onderzoek allen adviezen tot reductie betreffen werd deprescribing verder uitgewerkt. Uit het voorgaande literatuuronderzoek (zie 4 Oriënterend literatuuronderzoek II) kunnen de beweegredenen bij de patiënt om medicatiereductie door te voeren ondergebracht worden in 8 categorieën. Deze omvatten 4 belemmerende en 4 bevorderende factoren. Bij een regulier huisbezoek werd na de bespreking onder de huisarts in opleiding en de behandelende arts aan de patiënt meegedeeld welke medicatie eventueel aangepast kon worden. De reden voor verandering werd ook meegedeeld aan de patiënt. Bij 12 van de 16 geneesmiddelen die konden gestopt worden, lukte dit. Bij 4 geneesmiddelen werden moeilijkheden ondervonden. In de verdere opvolging werd 1 geneesmiddel terug opgestart omwille van terugkerende klachten (zie Tabel 8).

Er moet op gewezen worden dat 1 op de 4 voorstellen geweigerd werd om de aanpassing door te voeren. De meest genoemde reden is de geschiktheid van het geneesmiddel door een patiënt als volgt omschreven:

> Patiënt 4: 'Sinds de inname van Daflon heb ik geen last meer van mijn onderbenen, als ik ga stoppen ga ik terug ongemakkelijk worden.'

	REDEN	AANTAL KEER NAAR VOOR GEBRACHT
Belemmerende factoren	Geschiktheid van het geneesmiddel	3
	Proces om te stoppen/ af te bouwen	
	Externe en interne invloeden	1
	Angsten	
Bevorderende factoren	Geschiktheid van het geneesmiddel	
	Proces om te stoppen/ af te bouwen	1
	Externe en interne invloeden	6
	Ontevredenheid over medicatie inname	5

Tabel 8 Beweegredenen om medicatieverandering al dan niet door te voeren bij de patiënt

6 ALGEMENE DISCUSSIE EN BESLUIT

6.1 BELANGRIJKSTE RESULTATEN

6.1.1 DE VOORKEURENSCHUIF

6.1.1.1 EFFECTIVITEIT VAN HET WERKINSTRUMENT

Het werkinstrument 'voorkeurenschuif' werd in de literatuur beschreven als goed begrepen en gemakkelijk toe te passen (19). In de praktijk werd ondervonden dat het rangschikken op een VAS-schaal, zelfs met persoonlijke ondersteuning door de onderzoeker, moeilijk verliep. Eén drop-out is toe te schrijven aan het niet begrijpen van de opdracht en ook de andere patiënten opperen dat dit geen gemakkelijke taak is. De zorgdoelen worden goed begrepen en het op volgorde zetten van de zorgdoelen verloopt vlot zolang de VAS-schaal niet wordt bekeken. Vooral de keuze tussen levensverlenging en onafhankelijkheid bewaren verloopt vlot, alsook het verkiezen van symptoomcontrole. Maar de keuze tussen de beide vormen van symptoomcontrole is moelijker (zie 6.1.1.2 Keuze van de zorgdoelen).

Eens de VAS-schaal moet worden gecombineerd met de vooropgestelde rangschikking wordt de opdracht beschreven als gecompliceerd. Elke patiënt heeft hier zijn eigen redenering voor zoals: het recht niet hebben om de waarde 100 te kiezen door hun leeftijd, te veel eisen zou kunnen leiden tot tegenslag, iets volledig afschrijven en op 0 plaatsen is niet eerlijk ten opzichte van familie… De patiënt probeert de keuze door te schuiven naar de onderzoeker bij het geven van uitleg. Zo moet de rangorde niet door de patiënt gemaakt worden.

De opdracht zou gemakkelijker verlopen indien een volgorde moet worden opgesteld zonder rangorde op de VAS-schaal en diepgaand kan gesproken worden over de keuze van deze rangorde. Een cross-sectionele Nederlandse studie gepubliceerd in 2016 bevestigt de bevinding dat de zorgdoelen binnen de 'voorkeurenschuif' goed begrepen worden, maar dat slechts 50% de rangschikking op de VAS-schaal als gemakkelijk beoordelen (26).

6.1.1.2 KEUZE VAN DE ZORGDOELEN

Binnen de studiepopulatie wordt onafhankelijkheid bewaren het frequentst als belangrijkste zorgdoel vooropgesteld. Dit resultaat is gelijklopend met de bevindingen uit de literatuur (19, 26).

Vanuit het literatuuronderzoek werd geopteerd om te kiezen voor de 4 zorgdoelen: levensverlenging, onafhankelijkheid bewaren, verminderen van de pijn en verminderen van andere symptomen. Na de uitleg worden deze 4 begrippen goed begrepen en kunnen patiënten voor elk zorgdoel een voorbeeld of event weergeven. Er wordt ondervonden dat de keuze tussen verminderen van pijn en verminderen van symptomen niet evident is. Vaak is dit even belangrijk of kan er niet ingeschat worden wat er op dat moment verkozen wordt. Deze keuze kan vaak niet gemaakt worden of de twee zorgdoelen worden nauw tegen elkaar gelegd met als voorkeur de klacht die ze zelf het best kunnen inschatten en/ of vrezen.

Hierbij wordt teruggekeerd naar de ABC-criteria die bij vroegtijdige zorgplanning worden gebruikt (10, 14, 16). De criteria A, B en C komen overeen met de 4 zorgdoelen indien verminderen van pijn en verminderen van symptomen gecombineerd worden onder C. De keuze van de 4 zorgdoelen wordt na het uitvoeren van het onderzoek in vraag gesteld en er wordt gesuggereerd dat de 'voorkeurenschuif' op basis van de VAS-schaal gebruiksvriendelijker wordt bij gebruik van slechts 3 universele zorgdoelen.

Anderzijds moet gesteld worden dat het gesprek rond de zorgdoelen zonder gebruik te maken van de VAS-schaal veel extra informatie meebrengt. Het gebruik van de 'voorkeurenschuif' met de 3 zorgcodes zou het proces

vergemakkelijken, maar het gesprek errond gaat verloren. Met deze redenering kan geopteerd worden dat een andere manier gezocht moet worden om in gesprek te gaan met de patiënt. Door communicatie kunnen specifieke zorgdoelen achterhaald worden en wordt het belang van de inspraak van de familie duidelijk (zie 6.1.1.4 Invloed van familie). Met deze insteek komen we terug op de 6 zorgdoelen beschreven in de literatuurstudie van Eeckhout en Beerwerth (14).

6.1.1.3 HAALBAARHEID BINNEN DE PRAKTIJK

Gemiddeld waren 45 tot 60 minuten nodig voor het bespreken en rangschikken van de zorgdoelen. Voornamelijk het exploreren naar de gedachte achter de rangorde neemt tijd in beslag. Dit is een belangrijk aspect om rekening mee te houden. Zonder de redenering zegt een rangorde weinig. Na het gesprek moet alles uitgeschreven en toegevoegd worden aan het dossier om collega's op de hoogte te stellen. Om alles te verantwoorden werd geopteerd om bepaalde uitspraken ook te noteren. Dit neemt een extra 30 minuten in beslag. Daarna moet het dossier, indien nog niet gebeurd, op orde worden gezet om zorgelementen, geneesmiddelen en zorgdoelen aan elkaar te koppelen. Gemiddeld moet gerekend worden op minstens 2 uur per patiënt om het volledige onderzoek uit te voeren.

Om dit in de praktijk te implementeren moeten enkele barrières overwonnen worden. Ten eerste is er het tijdsaspect. Om patiëntgerichte zorg te kunnen voorzien, moet er eerst gecommuniceerd worden over de individuele zorgdoelen. Deze communicatie kan bij opeenvolgende reguliere patiëntencontacten worden gevoerd indien er geen acute pathologie is die moet worden uitgewerkt. De registratie in het dossier en het overleg met collega's is het deelaspect van het onderzoek die verloren kan gaan indien hier niet direct tijd wordt voor vrij gemaakt. Ten tweede moet er ook communicatie zijn naar familie, zorgverleners en artsen uit de 2de lijn om er zeker van te zijn dat iedereen meewerkt aan de individueel vooropgestelde zorg van de patiënt. Hiervoor kan zoals in de rust- en verzorgingstehuizen geopteerd worden voor een zorgoverleg. Dit vraagt een goede regeling om iedereen samen te krijgen. Het kan wel het tijdsaspect verhelpen omdat registratie reeds op het moment zelf kan gebeuren. Om dit zorgoverleg efficiënt te laten verlopen, kan een universeel document, zoals de vroegtijdige zorgplanning binnen de rust- en verzorgingstehuizen, opgesteld worden om uitwisseling van informatie te bevorderen. Ten derde is het moeilijk om deze gesprekken met de patiënt in te plannen. Zowel de agenda van de arts als van de patiënt kan deze gesprekken moeilijk doen verlopen. De patiënt moet er voor open staan en moet er op voorbereid worden, voor de arts kan de drukte in de praktijk, de telefoonpermanentie… een drempel vormen om het gesprek te initiëren. Ten vierde moet er op gelet worden dat er als arts niet wordt hervallen in de ziektegerichte aanpak bij het nemen van beslissingen omdat het effect kan getoetst worden aan parameters.

Om goede zorg te kunnen verlenen aan patiënten met multimorbiditeit moet patiëntgerichte zorg geïntegreerd worden. Uit de gesprekken rond zorgdoelen wordt veel informatie verkregen. Het is beter de aandacht te vestigen op het gesprek dan het gebruik van de 'voorkeurenschuif'. Deze gesprekken kunnen in meerdere consultaties verlopen. Het is een aspect bij chronische zorg die meer aandacht verdient en waarop de aandacht gevestigd moet worden.

6.1.1.4 INVLOED VAN FAMILIE

Een laatste aspect dat een aantal keer voorkwam is de discrepantie tussen de keuze van de patiënt en de keuze van de familie. Het onderzoek werd door de patiënt regelmatig besproken met familie tussen twee contactmomenten. De familieleden hadden dan vaak op het informatiedocument een rangschikking genoteerd. Bij het overlopen van deze rangorde met de patiënt werd in elke situatie een discrepantie opgemerkt tussen wat de patiënt wilt en wat de familie wenst. Vaak durfde de patiënt niet te uiten dat voor hen een ander zorgdoel primeerde om het gesprek voornamelijk uit de weg te gaan. Het is niet alleen belangrijk dat de behandelende arts de zorgdoelen kent, maar ook de familie, dit om discussies op een moment van acute verandering te vermijden.

6.1.2 EFFECT VAN ONDERZOEK OP MEDICATIEVERANDERINGEN

6.1.2.1 (ON)VERWACHTE RESULTAAT

Bij de start van het onderzoek werd voor ogen gehouden dat er zowel een verandering zou zijn op vlak van medicatie toevoegen als afbouwen. Binnen deze onderzoekspopulatie werden alleen adviezen gegeven naar afbouw en stop van een geneesmiddel en werd de focus gelegd op deprescribing.

Bij het bestuderen van de resultaten wordt gemiddeld 1,6 geneesmiddel afgebouwd of gestopt door uitvoeren van het project en voornamelijk de geneesmiddelen inwerkend op het centraal zenuwstelsel. Bovendien wordt gezien dat afbouwen of stoppen van medicatie niet zo vlot verloopt, ondanks een uitgebreid gesprek over zorgdoelen en de medische kennis van de behandelende arts.

6.1.2.2 EFFECT VAN KEUZE ZORGDOEL OP MEDICATIEVERANDERINGEN

Binnen de studiepopulatie werd onafhankelijkheid bewaren het frequentst bovenaan geplaatst. Hierdoor werd bij de bespreking van de medicatie minder de nadruk gelegd op het opstarten van medicatie. Zoals beschreven in de resultaten (zie 5.3.3 Effect op medicatiegebruik na bespreken van de zorgdoelen) werden alleen suggesties aangebracht om medicatie af te bouwen of stop te zetten. Bij de keuze van levensverlenging moet elk zorgelement gekoppeld worden aan de vooropgestelde therapie. Deze therapie moet geëvalueerd worden op interacties met andere reeds in te nemen geneesmiddelen of zorgelementen. Gezien binnen de studiepopulatie slechts twee maal de keuze levensverlenging werd gemaakt en hun schema op punt staat, werd dit aspect minder benadrukt.

Uit het voorgaande leidt ook dat door dit onderzoek het dossier van de participanten volledig op punt werd gesteld. Verwijsbrieven, medicatieschema's, zorgelementen werden volledig aangevuld en bij de bespreking werd ook het dossier bekeken. Gezien het zorgdoel onafhankelijkheid bewaren hoofdzakelijk primeerde, werd er gefocust op het koppelen van zorgelementen en geneesmiddelen, maar minder teruggekoppeld naar het zorgdoel. Indien levensverlenging het zorgdoel zou zijn, zou er meer verandering gepoogd worden. De vraag wordt dan gesteld of het bespreken van zorgdoelen een effect heeft op medicatieverandering of het op punt stellen van het dossier hiertoe heeft geleid.

In de toekomst zal bij het vaststellen van een nieuw zorgelement worden teruggevallen op het bespreken van de zorgdoelen en zal aan de hand van die keuze, indien nog geen verandering voor de patiënt, een gepaste therapie worden voorgesteld. Het is eerder een werkinstrument voor toekomstige veranderingen indien onafhankelijkheid vooropgesteld wordt om communicatie mogelijk te maken over de wens van de patiënt.

6.1.2.3 EFFECT VAN KEUZE IMPLICIETE MEDICATIEBEOORDELING OP MEDICATIEVERANDERINGEN

Er werd geopteerd om bij de bespreking tussen de huisarts in opleiding en de behandelende arts de medicatie te beoordelen aan de hand van een impliciete benadering. Hierdoor werd de focus voornamelijk gelegd op het koppelen van het geneesmiddel aan de morbiditeit en het in vraag stellen van de juiste indicatie. Hierdoor werd minder de nadruk gelegd op het toevoegen van medicatie. De vraag kan dan gesteld worden of er geen combinatie moet gebeuren van een impliciete en expliciete beoordeling zoals de Nederlandstalige richtlijn polyfarmacie verkiest (22).

6.1.2.4 DISCREPANTIE TUSSEN VISIE ARTS EN VISIE PATIËNT BIJ MEDICATIEVERANDERING

Er heerst bij de patiënten in het algemeen een ontevredenheid over het aantal geneesmiddelen dat ingenomen moet worden. Ook in dit onderzoek werd deze bedenking frequent uitgesproken bij het bespreken van de doelstelling van het onderzoek.

Bij de bespreking van de resultaten wordt gezien dat na bespreken van de zorgdoelen en overlopen van de zorgelementen de geschiktheid van 16 geneesmiddelen in vraag wordt gesteld na zowel in rekening brengen van het medisch perspectief als het perspectief van de patiënt volgens het vooropgestelde zorgdoel. Binnen het medisch perspectief valt de noodzaak volgens indicatie, geneesmiddeleninteracties, bijwerkingen en winst door gebruik van het geneesmiddel. Het vooropgestelde doel richt zich op de patiëntgerichte zorg die belangrijk is in een populatie met multimorbiditeit. Ondanks deze kennis wordt bij het overleg met de patiënt in 25% van de adviezen ervoor gekozen om het geneesmiddel toch verder te nemen. Bij verdere navraag naar de drempel om te stoppen wordt de geschiktheid van het geneesmiddel benadrukt. Patiënten zijn er van overtuigd dat de inname van het geneesmiddel voordeel biedt voor hen en dus de wens om minder geneesmiddelen in te nemen tegenwerkt. Het feit dat symptomen niet meer worden ervaren sinds inname van het geneesmiddel weerhoudt patiënten om het middel, zelfs op proef, te stoppen uit angst dat de klachten terugkeren.

Uit de literatuurstudie van Anderson et al. blijkt dat onder andere het niet overeenstemmen van de zorgdoelen tussen arts en patiënt één van de barrières blijkt bij het mislukken van deprescribing. Ondanks het feit dat deze in dit onderzoek uitvoerig besproken zijn, blijkt dit niet voldoende voor het slagen van deprescribing. Er zijn meerdere factoren die de patiënt weerhouden om de arts te volgen in zijn beslissing. De literatuurstudie van zowel Anderson et al. (2) als Reeve et al. (1) geven hiervoor een verklaring. Ondanks de medische kennis van de arts, het vertrouwen van de patiënt in de arts en het bespreken van de zorgdoelen, is deprescribing niet van zelfsprekend. Het is belangrijk om ook de andere valstrikken bij de patiënt te achterhalen, zoals angst, externe en interne invloeden en de afwezigheid van een plan voor de afbouw. Het feit dat de patiënt weet dat hij het geneesmiddel terug kan starten bij herval of terugkeren van klachten kunnen helpen om dit proces te vergemakkelijken.

6.1.3 IMPLEMENTATIE IN DE PRAKTIJK

Het onderzoek werd in de praktijk positief onthaald omwille van zowel het achterhalen van de zorgdoelen van de patiënt als de stimulans om de patiëntendossiers op orde te stellen. Na bespreken van de resultaten en de werkbelasting werd geconcludeerd dat dit onderzoek kan worden uitgevoerd op geplande tijdstippen door een huisarts in opleiding indien hiervoor tijd wordt vrij gemaakt in de agenda. Als behandelende huisarts is het een proces die in meerdere consultaties moet verlopen om dit efficiënt te combineren met een draaiende praktijk. Het gesprek is minder arbeidsintensief, maar vooral de registratie in het dossier neemt tijd in beslag. Daarom is het

noodzakelijk dat een universeel document wordt opgesteld om de uitwisseling van deze informatie onder collega's vlot te laten verlopen. Dit document kan gebaseerd worden op het document dat in de rust- en verzorgingstehuizen wordt gebruikt bij bespreken van een vroegtijdige zorgplanning.

Er moet opgemerkt worden dat het gesprek rond de zorgdoelen en het achterhalen van de persoonlijke zorgdoelen het interessantste is. Dit gesprek is een eerste stap in het integreren van patiëntgerichte zorg bij patiënten met multimorbiditeit.

6.2 ZWAKKE EN STERKE PUNTEN

Dit onderzoek werd uitgevoerd in een kleine studiepopulatie. Per week werden 2 patiënten in de studie opgenomen omwille van de intensiteit van de gesprekken. Meer gesprekken per week zorgden ervoor dat het gesprek minder efficiënt verliep en belangrijke informatie of ideeën niet opgenomen werden. Door de kleine populatie kunnen moeilijk conclusies worden gevormd voor een algemene populatie, maar door de intensiteit van de gesprekken werden inzichten verkregen over de manier waarop een gesprek te continueren en door te vragen, alsook te peilen naar redenen voor de keuze van de patiënt.

De keuze om de gesprekken door de huisarts in opleiding te laten opvolgen, zorgde voor een onafhankelijke benadering. Bij een gesprek door de behandelende arts bestaat de kans dat dit gestuurd wordt door eigen visie van de zorgdoelen voor de specifieke patiënt of ervaringen met de patiënt. Door het onderzoek te starten bij het begin van het opleidingsjaar was de voorkennis van de patiënt beperkt of ongekend, behalve door inzage in het dossier.

Het onderzoek werd uitgevoerd in een praktijk waar het geneesmiddelengebruik gekoppeld is aan de zorgelementen. De bedenking dat de resultaten van het onderzoek anders kunnen uitdraaien in een andere praktijk is dus mogelijk. Het zou interessant zijn om éénzelfde onderzoek in verschillende praktijken uit te voeren en een aantal aspecten specifiek uit te werken en te vergelijken met elkaar.

Gezien de korte opvolging na het bespreken van de zorgdoelen en de medicatieverandering moet nog afgewacht worden wat het resultaat op lange termijn zal zijn. Wordt de medicatiestop behouden of wordt medicatie terug opgestart? Tijdens het onderzoek werd één geneesmiddel terug opgestart op vraag van de patiënt. Is dit een fenomeen die nog zal terugkomen of niet?

6.3 VERDER ONDERZOEK

Dit praktijkonderzoek biedt de mogelijkheid om in de toekomst een aantal aspecten verder uit te werken om zo meer inzicht te krijgen op de zorgdoelen van de patiënt alsook om medicatieveranderingen bespreekbaar te maken.

Eerst en vooral is het noodzakelijk het werkinstrument eenvoudiger te maken en te richten op de 3 universele zorgdoelen uit de ABC-score bij gebruik van een VAS-schaal. De dubbele keuze binnen de code C zorgt voor verwarring en maakt het gesprek rond zorgdoelen gecompliceerd. Het is belangrijk om de denkwijze van de patiënt te kennen en om niet in te gaan op specifieke klachten indien de patiënt daar nog niet mee bezig is. Een gemakkelijkere mogelijkheid is een score tussen 0 en 10 op de VAS-schaal of de keuze om de zorgdoelen te rangschikken op een schaal van 'niet belangrijk' tot 'belangrijk'.

Ofwel moet de 'voorkeurenschuif' verlaten worden en moet een andere manier gevonden worden om de zorgdoelen te bespreken en op een vlotte manier te registreren. Hierbij kan geopteerd worden om een richtlijn/ communicatietool uit te werken zoals de richtlijn voor vroegtijdige zorgplanning om de huisartsen te stimuleren

dit gesprek aan te knopen. Een aspect die dan zeker niet verloren mag gaan is de feedback naar de familie toe en het opstellen van specifieke individuele zorgdoelen.

Een tweede aspect is de vraag of het gesprek rond zorgdoelen moet gebeuren door een behandelende arts of kan dit ook door een sociaal assistente of verpleegkundige. Door de gesprekken door beide partijen te laten verlopen binnen een nieuw onderzoek kan de verkregen informatie vergeleken worden. Zo kan nagegaan worden of door beide groepen een ander deelaspect meer op de voorgrond komt. En kan geëvalueerd worden of een zorgoverleg met verschillende zorgverleners een meerwaarde kan bieden zowel qua informatie en qua tijdsinverstering. Ook de studiepopulatie kan uitgebreid worden door in een grotere groep te gaan kijken wat het effect van het bespreken van zorgdoelen kan zijn op aanpassingen van medicatie. Is er een verschil binnen de resultaten indien een ander zorgdoel wordt vooropgesteld?

Er werden in dit onderzoek twee aspecten bekeken zowel patiëntgericht door bevragen van de zorgdoelen als ziektegericht door impliciete medicatiebeoordeling rekening houdend met het zorgdoel. Ondanks het combineren van deze twee actoren is medicatieverandering niet vanzelfsprekend. De verschillende barrières zijn in de literatuur bestudeerd, maar hoe kan een actieplan worden opgesteld om deze barrières te overbruggen en hoe wordt dit in de praktijk aanvaard?

6.4 ALGEMEEN BESLUIT

In dit onderzoek werd nagegaan of de 'voorkeurenschuif' een eenvoudig instrument is om zorgdoelen te bespreken bij de patiënt. Er werd geconcludeerd dat aanpassing nodig is om dit instrument eenvoudig te kunnen gebruiken binnen de onderzochte populatie. Het gesprek is interessant maar gaat verloren door de complexiteit die de patiënt ervaart bij het kiezen van de rangorde op de VAS-schaal. Door de impliciete medicatiebeoordeling rekening houdend met het zorgdoel worden adviezen gevormd voor medicatieaanpassing. Deze actie brengt een ander aspect naar boven. De medische kennis, het vertrouwen van de patiënt in de arts en de individuele zorgdoelen zijn niet voldoende om de veranderingen ook werkelijk door te voeren. De patiënt heeft een eigen wil betreffende zijn medicatie. Ondanks het verlangen tot medicatiereductie zijn er een aantal patiëntfactoren die deze medicatieverandering in de weg staan. Specifiek deprescribing in dit onderzoek is afhankelijk van zowel arts- als patiëntgerelateerde factoren.

7 REFERENTIES

1. Reeve E, To J, Hendrix I, Shakib S, Roberts MS, Wiese MD. Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review. Drugs Aging. 2013;30(10):793-807.

2. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. BMJ open. 2014;4(12):e006544.

3. Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C, Lygidakis C, Doerr C, Czachowski S, et al. The European general practice research network presents the translations of its comprehensive definition of multimorbidity in family medicine in ten European languages. PloS one. 2015;10(1):e0115796.

4. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. The Lancet.380(9836):37-43.

5. Tinetti ME, Bogardus ST, Jr., Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. The New England journal of medicine. 2004;351(27):2870-4.

6. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in A. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US)

Copyright 2001 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.; 2001.

7. care Aepop-c. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. Journal of the American Geriatrics Society. 2016;64(1):15-8.

8. Mold JW, Blake GH, Becker LA. Goal-oriented medical care. Family Medicine. 1991;23(1):46-51.

9. Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care--an alternative health outcomes paradigm. The New England journal of medicine. 2012;366(9):777-9.

10. Van Mechelen W, Piers R, Van den Eynde J, De Lepeleire J. Richtlijn Vroegtijdige zorgplanning. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw Richtlijnen Palliatieve Zorg. 5-2015.

11. Boeckxstaens P, Vaes B, Van Pottelbergh G. Multimorbiditeit: een complex fenomeen. Huisarts Nu. 2015;44(1):23-5.

12. De Maeseneer J, Boeckxstaens P, De Sutter A. Multimorbiditeit: van probleemgeoriënteerde naar doelgeoriënteerde zorg. Minerva. 2013 mei;12(4).

13. Belche J, Crismer A. Multimorbiditeit: een uitdaging voor de huisarts en het gezondheidszorgsysteem. Minerva. 2016;15(3):55-7.

14. Eeckhout E, Beerwerth H, De Lepeleire J, Lisaerde J. Kan besluitvorming omtrent vroegtijdige zorgplanning gedefinieerd worden in goed begrijpbare codes?

15. Ghijsebrechts G, Van de Wiele M, De Lepeleire J. Vroegtijdige zorgplanning in rusthuizen: een verkenning. Tijdschrift voor Geneeskunde. 2009;65(5):180-5.

16. Neirinck L, Goedhuys J, Lisaerde J. Vroegtijdige zorgplanning en codering van behandeldoelen: definities in de praktijk. KUL 2016.

17. EPEC. Module 7 Goals of Care. beschikbaar via http://wwwama-assnorg/ethic/epec/download/module_7pdf. 1999.

18. Mangin D, Stephen G, Bismah V, Risdon C. Making patient values visible in healthcare: a systematic review of tools to assess patient treatment priorities and preferences in the context of multimorbidity. BMJ open. 2016;6(6):e010903.

19. Fried TR, Tinetti ME, Iannone L, O'Leary JR, Towle V, Van Ness PH. Health outcome prioritization as a tool for decision making among older persons with multiple chronic conditions. Archives of internal medicine. 2011;171(20):1854-6.

20. Schuling J, Sytema R, Berendsen AJ. [Adjusting medication: elderly patient's preference counts]. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. 2013;157(47):A6491.

21. Case SM, Fried TR, O'Leary J. How to ask: older adults' preferred tools in health outcome prioritization. Patient education and counseling. 2013;91(1):29-36.

22. Huisartsengenootschap N. Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, 2012. beschikbaar via https://wwwnhgorg/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/polyfarmacie_bij_ouderenpdf. 2012;geraadpleegd op 6 september 2016.

23. Haberkorn A, Vander Stichele R, Azermai M, Wauters M. Polyfarmacie bij ouderen: De implementatie van een automatische beslissingsondersteunende tool voor de optimalisatie van de kwaliteit van de farmacotherapie bij ouderen. UA 2016.

24. Cruz. A, Boland B, Rexach L. Drug Therapy Optimization at the End of Life. Drugs Aging. 2012;29(6):511-21.

25. Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MD. Development and validation of the patients' attitudes towards deprescribing (PATD) questionnaire. Int J Clin Pharm. 2013;35(1):51-6.

26. van Summeren JJ, Haaijer-Ruskamp FM, Schuling J. Eliciting Preferences of Multimorbid Elderly Adults in Family Practice Using an Outcome Prioritization Tool. Journal of the American Geriatrics Society. 2016;64(11):e143-e8.

8 VERPLICHTE BIJLAGES

8.1 GOEDGEKEURD PROTOCOL

ONDERZOEKSVRAAG

- Wat is het effect op het globale voorschrijfgedrag van de behandelende huisarts door bespreken van zorgdoelen bij patiënten in de thuiszorgsituatie?
- Welke verschillen worden waargenomen na handelen van de huisarts en na toepassen van START-STOPP criteria op papier? Zijn er verschillen binnen de geneesmiddelen categorieën gebaseerd op de ATC classificatie?
- Wat is de haalbaarheid in de praktijk van deze manier van werken?

DOEL

Het doel van dit onderzoek is om op rationele wijze medicatie voor te schrijven na het bespreken van zorgdoelen met de patiënt. Deze manier van werken wordt vergeleken met het toepassen van de START-STOPP criteria om te evalueren of er verschillen zijn tussen beide aanpakken en reflectie te induceren en het handelen de huisarts kritisch in vraag te stellen.

STUDIE DESIGN

TYPE ONDERZOEK

- Praktijkverbeteringsproject
- Prospectief observationeel onderzoek

METHODE

Bij aanvang van het onderzoek wordt het huidige medicatieschema van de patiënt geregistreerd en worden de ingenomen geneesmiddelen gerangschikt volgens de ATC classificatie, gebruik makend van niveau 1 + 2, respectievelijk de anatomisch en therapeutische hoofdgroep (zie bijlage 1).

De eerste stap in het onderzoek wordt uitgevoerd in de thuiszorgsituatie van de patiënt. Met de patiënt wordt op een op voorhand vastgelegde wijze, uit literatuuronderzoek bepaald, de zorgdoelen besproken in 4 opeenvolgende patiëntencontacten. Indien nodig geacht door de behandelende geneesheer, wordt het geneesmiddelengebruik aangepast. Elk voorstel wordt door de behandelende arts genoteerd en voorzien van eventuele opmerkingen (zie bijlage 2).

Na deze 4 patiëntencontacten wordt het nieuwe medicatieschema geregistreerd en vergeleken ten opzichte van de beginsituatie.

De tweede stap wordt pas geïnitieerd indien de eerste stap bij alle deelnemende personen is afgerond. In deze stap wordt door de onderzoeker alleen op papier nagegaan welke medicatieveranderingen geïnduceerd zouden worden indien de START-STOPP criteria zouden worden toegepast op het medicatieschema bij aanvang van de patiënt. Een literatuurstudie betreffende de START-STOPP criteria en het bestuderen van deze criteria wordt pas uitgevoerd na afronden van de eerste stap om de besliskunde tijdens de huisbezoeken niet te beïnvloeden. Na het verzamelen van beide medicatieschema's worden de verschillen tussen beide uitgangssituatie geanalyseerd.

STUDIEPOPULATIE

In de aanloop van de studie zullen de geselecteerde patiënten, zie inclusiecriteria 3.3.2.1, uitgenodigd worden om deel te nemen aan dit onderzoek door de behandelende arts. De patiënten zullen persoonlijk aangesproken worden op huisbezoek om het onderzoek kort te schetsen. Er zal een informatiebrief afgegeven worden aan elke patiënt zodat de mondelinge informatie herbekeken kan worden. Indien de patiënt overweegt om deel te nemen aan dit onderzoek, zal hem gevraagd worden de geïnformeerde toestemming te ondertekenen.

ONDERZOEKSPOPULATIE

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in één praktijk nl. een duopraktijk, waar de onderzoeker de huisartsenopleiding volgt. De patiënten zullen op huisbezoek uitgenodigd worden om deel te nemen aan deze studie door de behandelende arts.

CRITERIA VOOR ONDERZOEKSPOPULATIE

Alle chronische huisbezoekpatiënten uit de deelnemende praktijk die voldoen aan de inclusiecriteria.

INCLUSIECRITERIA

- Huisbezoek patiënten: patiënten bij wie de behandelende geneesheer op afgesproken tijdstippen met éénzelfde tussenperiode op bezoek gaat voor toedienen van medische zorgen.
- Multimorbiditeit: het optreden van meer dan één (chronische) aandoening bij éénzelfde individu.
- GMD in de praktijk.

EXCLUSIECRITERIA

- < 4 patiëntencontacten per jaar.
- Verblijf in WZC of instelling.
- Levensverwachting < 6 maanden.
- Wilsonbekwame personen.
- Personen met dementie.

TIJDSCHEMA

De studie bestaat uit een prospectief observationeel onderzoek. Na goedkeuring van dit onderzoek door het ethisch comité zullen de personen uit de studiepopulatie, zie 3.3, uitgenodigd worden door de behandelende arts om deel te nemen aan deze studie. Een informatiebrief zal hen overhandigd worden.

Bij aanvang van de studie zal aan de patiënt gevraagd worden om het geïnformeerde toestemmingsformulier te ondertekenen na alle vragen/ bemerkingen te hebben uitgeklaard. Op dit moment wordt ook het medicatieschema geregistreerd.

Bij aanvang van de studie wordt aan de patiënt uitgelegd wat zorgdoelen zijn, na literatuuronderzoek bepaald, en wat de bedoeling is van deze zorgdoelen te bespreken. In de komende 4 patiëntencontacten wordt met de patiënt op de op voorhand vastgelegde manier de zorgdoelen besproken en maakt de behandelende arts aanpassingen indien nodig geacht aan het medicatieschema. Bij elk patiëntencontact op huisbezoek wordt het nieuwe medicatieschema geregistreerd (zie bijlage 2) en de duur van het huisbezoek. Na deze 4 patiëntencontacten wordt opnieuw het medicatieschema geregistreerd. Deze fase zal 4-5 maanden in beslag nemen.

Van het moment dat de registratie bij alle deelnemende personen beëindigd is, worden door de onderzoeker de START-STOPP criteria toegepast op de medicatieschema's bij aanvang van de studie. Deze aanpassingen worden vergeleken met het verkregen schema na handelen van de behandelende arts.

De derde stap in dit onderzoek is een analyse van beide verkregen resultaten en het uitvoeren van een kwalitatieve vergelijking tussen deze beide resultaten ten opzichte van de verschillende geneesmiddelencategorieën volgens de ATC- classificatie gebaseerd op niveau 1 en 2, respectievelijk de anatomische en therapeutisch hoofdgroep.

RESULTATEN

Na afloop van de onderzoeksperiode zal een analyse worden gemaakt tussen het verkregen schema na bespreking van de zorgdoelen en het verkregen schema na START-STOPP analyse.

Er wordt een analyse gemaakt op basis van de geneesmiddelen categorieën en de verschillen die waargenomen worden tussen beide manieren van werken. Als laatste punt wordt bestudeerd of de aangegeven methode haalbaar is om in de praktijk uit te voeren.

WERKBELASTING

WERKBELASTING VOOR DE BEHANDELENDE ARTS

- Bevragen van de zorgdoelen bij de patiënt in de huisbezoeken volgend op de aanvang van de studie.
- Noteren van aanpassingen in het medisch thuisdossier tijdens de huisbezoeken gedurende de onderzoeksperiode.

WERKBELASTING VOOR DE ONDERZOEKER

- Bevragen van de zorgdoelen bij de patiënt in de huisbezoeken volgend op de aanvang van de studie.
- Noteren van aanpassingen in het medisch thuisdossier tijdens de huisbezoeken gedurende de onderzoeksperiode.
- Toepassen van de START-STOPP criteria op de medicatieschema's van de deelnemende personen.

CONTACT INFORMATIE

ONDERZOEKER

Vandeputte Jolien

Praktijk: Mandellaan 127
8800 Roeselare

0494/ 75 23 01

Jolien.vandeputte@gmail.com

PROMOTOR

Prof. Dr. Jan De Lepeleire

Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde
Kapucijnenvoer 33 blok J- bus 7001
3000 Leuven
016/ 37 72 92 of 016/ 37 66 21
Jan.delepeleire@med.kuleuven.be

CO-PROMOTOR

Dr. Pauline Boeckxstaens

Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
De Pintelaan 185, 6K3
9000 Gent
09/ 332 33 12
Pauline.boeckxstaens@ugent.be

8.2 GUNSTIG ADVIES ETHISCH COMITÉ

17-4-2016 Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven ... - Jolien Vandeputte

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "Bevorderen van medicatie veranderingen na bespreken van zorgdoelen bij patiënten in thuiszorgsituatie" (mp11734)

Martine Goossens <martine.goossens@med.kuleuven.be>

vr 1-4-2016 16:44

Aan: Jan De Lepeleire <jan.delepeleire@med.kuleuven.be>;

CC: Jolien Vandeputte <jolien.vandeputte@student.kuleuven.be>;

English version below

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Bevorderen van medicatie veranderingen na bespreken van zorgdoelen bij patiënten in thuiszorgsituatie" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Bevorderen van medicatie veranderingen na bespreken van zorgdoelen bij patiënten in thuiszorgsituatie" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

https://owa.student.kuleuven.be/owa/#viewmodel=ReadMessageItem&ItemID=AAMkADFlODg1Y2I0LWZlYTctNGQ5ZI05ZDA1LTI0YTU3NTgzMmM5YQ... 1/1

9 BIJLAGES

9.1 INFORMATIEBRIEF VOOR DE PROEFPERSOON

Graag stel ik mij even voor. Ik ben Vandeputte Jolien, huisarts in opleiding aan de Universiteit Gent. Voor mijn masterproef heb ik besloten een praktijkverbeteringsproject uit te voeren. Met zo'n project willen we de kwaliteit van uw zorg optimaliseren. Daarom zou ik graag nagaan of het bespreken van zorgdoelen veranderingen in uw medicatie kan teweeg brengen.

Door het ontvangen van deze brief wordt u uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek. Het is belangrijk dat u deze brief aandachtig leest alvorens u het formulier voor geïnformeerde toestemming ondertekent.

Dit onderzoek is volledig vrijwillig en vrijblijvend.

DOEL VAN DE STUDIE

Dit is een onderzoek uitgevoerd in uw huisartsenpraktijk met als einddoel de kwaliteit van uw zorg te verbeteren door samen met u na te gaan wat voor u belangrijk is aangaande uw zorg nu en in de toekomst. Door te luisteren naar uw zorgdoelen kan uw behandelende arts uw therapie helpen op punt te stellen. Daarom gaan we na een literatuuronderzoek samen uw zorgdoelen bespreken de komende 4 huisbezoeken. Het is mogelijk dat uw huisarts veranderingen zal doorvoeren na overleg met u in uw medicatie. Dit om uw zorg te verbeteren naar uw behoeftes.

DUUR VAN DE STUDIE

De registratie zal ongeveer 4 tot 5 maanden in beslag nemen. Tijdens de eerste 4 huisbezoeken na het ondertekenen van toegevoegd formulier zullen uw zorgdoelen besproken worden. Er zal van u niet verwacht worden dat u op andere momenten beschikbaar blijft. Indien er onduidelijkheden zijn, is het mogelijk dat de onderzoeker telefonisch met u contact opneemt.

VRIJWILLIGE DEELNAME

U beslist vrijwillig om deel te nemen aan dit onderzoek en u heeft het recht om te weigeren deel te nemen. Deze beslissing zal niets veranderen aan de kwaliteit van uw zorg. Ook tijdens het onderzoek mag u beslissen om niet langer deel te nemen aan het onderzoek zonder hiervoor verantwoording te moeten afleggen.

Als u beslist om deel te nemen aan deze studie, zal gevraagd worden om uw deelname schriftelijk te bevestigen door het ondertekenen van de geïnformeerde toestemming. U zal ook een exemplaar van deze brief krijgen.

Indien u nog vragen heeft omtrent het onderzoek, kan u steeds terecht bij Dr. Vandeputte Jolien op het nummer van de praktijk.

VOORDEEL

Door dit onderzoek wordt getracht uw medicatie te optimaliseren volgens uw zorgnoden.

MOGELIJKE RISICO'S

Indien deelname aan dit onderzoek vragen bij u oproept, staat uw behandelende arts ter beschikking om hierover te spreken.

VERTROUWELIJKHEID

Het onderzoek is 100% vertrouwelijk. De informatie wordt enkel medegedeeld met uw behandelende arts. Bij de analyse worden uw gegevens gecodeerd. Dit wil zeggen dat alleen uw behandelende arts uw identiteit kan achterhalen.

Ook bij bespreking van de resultaten of bij publicaties naar aanleiding van deze studie zal uw naam niet genoemd worden.

COMMISSIE VOOR ETHIEK

Dit onderzoek is goedgekeurd door een onafhankelijke commissie voor ethiek

Alvast bedankt voor uw medewerking,

Dr. Vandeputte Jolien

9.2 FORMULIER VOOR DE SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING

DEELNEMENDE PROEFPERSOON

Ik, ondergetekende,

Naam:.....Voornaam:.....
Geboortedatum:.....

verklaar hierbij de bijgevoegde informatiebrief te hebben gelezen en geïnformeerd ben over het doel, de duur, de aard en eventuele voordelen/ risico's van de studie. Ik weet wat er van mij verwacht wordt tijdens dit onderzoek. Ik heb voldoende tijd gekregen om erover na te denken en dit onderzoek te bespreken met mijn behandelende arts of familieleden. Ik heb de mogelijkheid gekregen extra vragen te stellen en heb antwoorden gekregen. Door ondertekenen van dit document, stem ik in om vrijwillig en vrijblijvend deel te nemen aan dit onderzoek.

Ik heb begrepen dat tijdens deze studie mijn gegevens zullen verzameld en verwerkt worden. De verwerking van de informatie zal door de arts-onderzoeker op die manier gebeuren dat de vertrouwelijkheid verzekerd is overeenkomstig met de Belgische wetgeving ter zake.

Ik heb twee documenten ontvangen nl. de informatiebrief en de gedateerde en ondertekende geïnformeerde toestemming voor deelname aan deze studie.

Het staat mij vrij om mijn toestemming terug in te trekken, zonder dat ik dit moet verantwoorden en zonder nadelige invloed op mijn zorg.

Handtekening Datum

ARTS DIE DE INFORMATIE VERSTREKT

Ik, ondergetekende ……, arts-onderzoeker/ behandelende huisarts bevestig hierbij dat ik de nodige informatie betreffende deze studie mondeling heb gegeven, dat ik een exemplaar van de informatiebrief en een kopie van het gedateerde en ondertekende toestemmingsformulier heb overhandigd.

Ik bevestig dat ik geen druk heb uitgeoefend op de deelnemer om zijn/ haar toestemming te verkrijgen en dat ik bereid ben om op elk ogenblik aanvullende vragen te beantwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Handtekening Datum

9.3 INFORMATIEBRIEF BIJ HET WERKINSTRUMENT

Op verschillende momenten moeten we keuzes maken. De ene keuze mogelijkheid kan zowel verbetering betekenen, als tegelijkertijd ook nadelig zijn. Ook bij beslissingen over uw gezondheid staan we vaak voor zo'n keuzes.

Daarom zouden we graag met u een oefening doen om na te gaan wat voor u belangrijk is.

Een eerste voorbeeld van zo'n beslissing is het al dan niet nemen van medicatie voor de cholesterol. Het voordeel van het nemen van deze medicatie is uw risico op een hartprobleem te verlagen, maar sommige mensen krijgen last van nevenwerkingen als pijn in de benen en krampen. Mensen die deze nevenwerkingen ervaren hebben twee mogelijkheden met hun eigen voor- en nadelen:

- De medicatie doornemen. Dit betekent dat ze blijven leven met de bijwerkingen en de last, maar ze verlagen hun risico op hartproblemen.
- De medicatie stoppen. Dit betekent dat de bijwerkingen en de last onmiddellijk verdwijnen en dat ze zich terug goed voelen, maar dat ze hun risico op een hartprobleem of trombose niet langer verlagen.

Een tweede voorbeeld van zo'n beslissing bij een patiënt met hoge bloeddruk, hartproblemen en artrose is de duizeligheid die de patiënt ondervindt bij het nemen van de medicatie voor zijn bloeddruk. Hierdoor is hij bang om rond te stappen hoewel dit de klachten van zijn artrose doet verbeteren.

- De bloeddruk verlagende medicatie kan worden verminderd. Hierdoor is de patiënt minder duizelig, voelt hij zich veiliger en heeft hij minder pijn door de artrose omdat hij kan blijven rondstappen. Door het stoppen van de medicatie is er een kans dat zijn bloeddruk terug verhoogt en dat er hartproblemen ontstaan.
- Hij kan de medicatie verder nemen en het risico verlagen op hartproblemen. Maar de angst om te vallen neemt hierdoor niet af en de pijn neemt toe omdat hij bang is om rond te stappen.

Bij deze voorbeelden wordt de keuze gemaakt tussen het zich goed voelen op dit moment of het verlagen van het risico op problemen in de toekomst.

Kunt u zelf zo'n voorbeeld bedenken waarin u voor deze keuze gestaan hebt? Dit kan zowel gaan over uw gezondheid, maar ook over uw werk, uw hobby, uw familie, uw huis.

Opstarten van nieuwe medicatie zal er voor zorgen dat je langer leeft, maar tegelijkertijd is er een kans op bijwerkingen. Of het toevoegen van een geneesmiddel om uw klachten te onderdrukken en ervoor te zorgen dat u alle dagelijkse activiteiten nog kunt uitvoeren, kan ervoor zorgen dat je een ziekte krijgt die je leven verkort. Hiervoor is het belangrijk steeds na te gaan wat voor u het belangrijkste is alvorens een geneesmiddel of een therapie op te starten.

Om rekening te kunnen houden met uw wensen en voorkeuren willen we u vragen om de volgende zorgdoelen te rangschikken volgens belang.

- Levensverlenging: Dit wil zeggen alle hulp toedienen om langer te kunnen leven met het risico om meer afhankelijk te worden.
- Onafhankelijkheid bewaren: dit wil zeggen dat u alles wilt blijven doen zoals nu met de kans om minder lang te blijven leven.
- Verminderen of wegnemen van de pijn.
- Verminderen of wegnemen van andere symptomen (kort van adem zijn, duizeligheid of vermoeidheid).

De waarde 100 wilt zeggen dat dit voor u het belangrijkste is en dat u de 3 andere zorgdoelen zou opgeven om dit zorgdoel te verkrijgen. De waarde 0 wilt zeggen dat dit voor u niet belangrijk is en dat er geen rekening mee gehouden moet worden.

U mag twee zorgdoelen niet op dezelfde plaats rangschikken. Als u het ene zorgdoel hoger zet dan het andere wilt dit zeggen dat u bij het maken van uw beslissing het ene wilt opgeven om het andere te verkrijgen.

Bij de keuze tussen de zorgdoelen verminderen van pijn of verminderen van andere klachten willen we dat u denkt wat voor u het belangrijkste zou zijn indien u pijn zou hebben of andere klachten als duizeligheid of vermoeidheid.

U hebt alle tijd om deze 4 zorgdoelen te rangschikken. Wanneer u ze allemaal geplaats heeft, mag u ze nog steeds verplaatsen.