Informatieoverdracht over de palliatieve patiënt in de huisartsenwachtpost (Aalst)

Els Van Hecke, Universiteit Gent

Promotor: Peter Pype, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

Co-promotor: Fien Mertens, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Informatieoverdracht over de palliatieve patiënt in de huisartsenwachtpost (Aalst)

Auteurs:

Van Hecke Els[1], Mertens Fien[2], Pype Peter[2] en Buys Christine[3]

[1] Huisarts-in-opleiding, Universiteit Gent, België

[2] Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent, België

[3] Huisarts, Hofstade, België

Abstract

Context: Bij palliatieve patiënten is continuïteit van zorg essentieel om de kwaliteit van leven te optimaliseren. Gezien de recente evoluties in de organisatie van de huisartsgeneeskunde, komen palliatieve patiënten steeds vaker bij de wachtarts terecht, die zelden voldoende informatie beschikbaar heeft om optimale zorg te bieden. Wat de drijfveren en remmende factoren zijn voor behandelende artsen om informatie beschikbaar te stellen over hun palliatieve patiënten is echter tot op heden onduidelijk.

Methode: Om te onderzoeken wat de ervaringen zijn omtrent de informatieoverdracht werden 10 semigestructureerde, face-to-face interviews bij huisartsen van de huisartsenwachtpost van Aalst uitgevoerd. De interview transcripten werden thematisch geanalyseerd, waarna de kwalitatieve gegevens open gecodeerd en vervolgens axiaal en selectief gecodeerd werden om een enquête op te stellen voor de huisartsen van de huisartsenwachtpost Aalst.

Resultaten: 60/112 huisartsen van de wachtpost werden geïncludeerd. De meest gebruikte methodes waren: papieren dossiers, privételefoonnummer achterlaten en de palliatieve equipe betrekken. Patiëntgebonden factoren spelen geen belangrijke rol in het beschikbaar stellen van informatie. Hoewel de artsen zichzelf positief inschatten als behandelende arts, stellen ze als wachtarts vast dat er onvoldoende informatie beschikbaar is om optimale zorg te bieden. Er is vraag naar optimalisatie van de informatieoverdracht. Hoewel de exacte vorm en inhoud hiervan nog bepaald moet worden, mag de huisartsenwachtpost hier een centrale rol in spelen.

Besluit: Hoewel er bereidheid is om informatie beschikbaar te stellen over palliatieve patiënten naar de wachtarts, lijkt dit in de praktijk echter ontoereikend. Gebruik van een standaard template aangepast aan de palliatieve setting en de betrokkenheid van de huisartsenwachtpost verhogen kunnen mogelijke oplossing bieden om de continuïteit van zorg te verbeteren voor palliatieve patiënten.

Inleiding

Uit epidemiologisch onderzoek blijkt dat 54,9% van de Belgische bevolking overlijdt ten gevolge van chronische ziekten zoals kanker (26,3%) en hart- en vaatziekten (28,6%) (1). Bij meer dan driekwart is de huisarts betrokken bij de 'end-of-life' zorg (2).

Naast de betrokkenheid van de eigen huisarts bij de zorg van de palliatieve patiënt, is continuïteit van de huisartsgeneeskundige zorg van groot belang. Deze continuïteit van zorg steunt op twee pijlers. Enerzijds is er interpersoonlijke of relationele continuïteit wat gedefinieerd wordt als de mogelijkheid hebben om geholpen te worden door een gekende hulpverlener. Anderzijds is er informationele continuïteit, wat gedefinieerd wordt als de overdracht van belangrijke informatie - over voorgaande gebeurtenissen en omstandigheden - tussen verschillende hulpverleners over eenzelfde patiënt. Deze continuïteit bij het levenseinde is gekoppeld aan een hogere tevredenheid van de patiënt over de kwaliteit van zorg, minder aanmeldingen op spoed en meer overlijdens thuis (3). In Vlaanderen wordt de continuïteit van huisartsgeneeskundige zorg in steeds meer steden en gemeenten voorzien aan de hand van huisartsenwachtposten. Relationele continuïteit kan uiteraard niet gegarandeerd worden bij gebruik van de huisartsenwachtpost. Consultatie tijdens de wacht werd ervaren als onpersoonlijk en niet persoon- gecentreerd, hetgeen ertoe kan leiden dat sommige palliatieve patiënten liever wachten tot de dag nadien. Anderzijds is informationele continuïteit erg belangrijk voor palliatieve patiënten bij gebruik van een wachtpost, waarbij de patiënt vaak verwacht dat de wachtarts beschikt over up-to-date informatie betreffende hun dossier (4,5). Leydon *et al.* (4) observeerde dat palliatieve patiënten die zich 'gekend' voelen, zich veiliger en zekerder voelen. Ook ervaarden de patiënten het als 'moeilijk' om hun medicatie en hun vaak complexe gezondheidsproblemen te moeten beschrijven aan een vreemde arts.

Elke Vlaamse wachtpost is gebonden aan een huishoudelijk reglement, zoals opgesteld door de orde der artsen. Zo voorziet een wachtpost in Vlaanderen permanentie voor week- en weekendwachten. Tijdens het uitoefenen van die wachtdienst wordt van elke huisarts verwacht steeds de deontologische regels van de code van de plichtenleer na te leven, opgesteld door de Nationale

Raad van de Orde. Dit houdt onder meer in dat, zonder gegronde reden, een vroeger gestelde diagnose niet mag betwijfeld worden, noch de reeds ingestelde therapie onderbroken of veranderd mag worden. Daarenboven draagt de behandelende arts - volgens de orde der artsen - de verantwoordelijkheid voor zijn palliatieve patiënt ook buiten de werkuren en is het hun verantwoordelijkheid om de nodige informatie beschikbaar te stellen voor de wachtarts.
Ondanks dit advies blijkt dat een optimale informatieoverdracht in de praktijk niet steeds het geval is. Studies uit Engeland en Nederland toonden dat respectievelijke 2,1% en 0,75% van alle telefonische contacten tijdens de wachtdienst afkomstig waren van palliatieve patiënten (5,6). Cijfers betreffende beschikbare informatie ter plaatse bij die palliatieve patiënt verschillen van land tot land. Studies uit Nederland geven eerder percentages rond de 1,2% beschikbaarheid van informatie naar de wachtarts, terwijl studies uit het Verenigd Koninkrijk cijfers rond de 25% beschikbaarheid tonen (5–7). Uit de literatuur blijkt dat de meerderheid van de Belgische palliatieve patiënten thuis wenst te overlijden en slechts de absolute minderheid in een ziekenhuis of palliatieve eenheid (8). Desondanks komen ziekenhuis opnames frequent voor in de terminale fase. Tot 2/3e van de terminale patiënten in België wordt minstens éénmaal gehospitaliseerd in de laatste 3 maanden van het leven (9,10). De gemiddelde patiënt verblijft dan ongeveer 3 weken in het ziekenhuis. Uit retrospectief onderzoek bij 319 huisartsen bleek dat 24% van de ziekenhuisopnames van palliatieve patiënten in de laatste 3 maanden van hun leven, eigenlijk vermeden kon worden (11). Daarnaast weten we dat de kans op overlijden in een ziekenhuis groot is (72%) als de patiënt in de laatste 3 maanden wordt opgenomen, hoewel minder waarschijnlijk als de huisarts de voorkeur van de patiënt, betreffende locatie van overlijden, kent (10). Uit cijfers van studies van de Vlaamse bevolking blijkt dat 54% van de Vlaamse bevolking in het ziekenhuis overlijdt en slechts 35,5% thuis (12,13).

Tijdens ziekenhuisopnames worden vaak agressievere en levensverlengende handelingen uitgevoerd, die in contrast staan met de palliatieve nood en voorkeur van de palliatieve patiënt. Verkorten van de duur en verminderen van de frequentie van de ziekenhuisopnames is hierdoor zeer belangrijk. Terminale patiënten wensen vaak niet meer opgenomen te worden, waardoor het

begrijpelijk is dat een dergelijke opname extreme stress met zich meebrengt. Ook werd bij overdracht van de patiënt naar een ziekenhuis waargenomen dat niet alle informatie even correct werd doorgegeven naar dat ziekenhuis, en meer bepaald informatie omtrent de voorkeur van de patiënt zoals bijvoorbeeld een NTR beleid (10).

Bij palliatieve patiënten is er een duidelijke discrepantie tussen de nood aan continuïteit van zorg en de voor een wachtarts beschikbaarheid van informatie. De doelstelling van deze studie is inzicht verwerven in redenen van deze discrepantie waardoor we aangrijpingspunten kunnen detecteren ter verbetering van de informatieoverdracht en aanbevelingen kunnen formuleren voor de toekomst. Onze onderzoeksvraag is hierbij: Wat zijn de barrières en facilitators in het ter beschikking stellen van informatie over de palliatieve patiënt naar de wachtpost en dit specifiek in de wachtpost van Aalst?

Methodologie

Er werd een gemengde methode gehanteerd, waarbij zowel kwalitatief (interviews) als kwantitatief onderzoek (enquête) werd uitgevoerd bij de huisartsen van het wachtgebied Aalst. Dit onderzoek kadert in een masterproef binnen de opleiding master-na-master in de huisartsgeneeskunde. Goedkeuring door de commissie medische ethiek werd verkregen, waarbij het Belgisch registratienummer B670201731774 werd toegekend aan de studie.

Sample

Interviews

10 huisartsen uit verschillende praktijkvormen (solo-, duo- en groepspraktijk/ wijkgezondheidscentrum) en van verschillende leeftijden werden geselecteerd. Deze artsen werden telefonisch uitgenodigd om deel te nemen aan een semigestructureerd, face-to-face interview aan de hand van een topiclijst. De semigestructureerde interviews vonden plaats tussen juni en augustus 2017 en bestonden uit twee delen. Het eerste deel trachtte te achterhalen welke methoden gebruikt worden als behandelende arts om informatie achter te laten voor de wachtdoende arts, wat voor hen hiervoor de voornaamste stimulansen of belemmerende factoren zijn om een bepaalde methoden te gebruiken, evenals wat voor hen de meest ideale manier zou zijn om informatie over te brengen aan de wachtdoende huisarts en hoe dit volgens hen geïmplementeerd zou kunnen worden. Met het tweede luik werd gepolst naar de ervaringen omtrent de beschikbaarheid van informatie over palliatieve patiënten als wachtdoende arts sinds de invoering van de wachtpost van Aalst in 2013. Deze interviews werden audio opgenomen en getranscribeerd,

Enquêtes

Aan de hand van de resultaten van de interviews werden de enquêtes opgesteld. Deze bestond uit ja-nee vragen en een Likert-scale (1-10 en 1-5). De enquêtes werden gedistribueerd tijdens de LOK-vergaderingen tussen november 2017 en januari 2018. Een informed consent werd getekend door alle deelnemende artsen. Indien de artsen afwezig waren bij de LOK-vergadering werd de vragenlijst met informed consent per post verzonden. Er werden geen reminders verzonden indien geen antwoord ontvangen werd.

Analyse

Interviews

De interview transcripten werden thematisch geanalyseerd. Twee onderzoekers (EVH en FM) hebben individueel drie transcripten gelezen en gedoceerd waarna door beide samen de categorieën werden gekozen en besproken die gebruikt zouden worden voor het opstel van de enquêtes. EVH heeft op basis hiervan de laatste zeven interviews gedoceerd. De kwalitatieve gegevens werden open gecodeerd en vervolgens axiaal en selectief gecodeerd door middel van Nvivo11. De betekenis van de resultaten werden bediscussieerd met EVH, FM, PP.

Enquêtes

De gegevens van de enquêtes werden geanalyseerd door middel van Excel (versie 2016) en SPSS (versie 25). De betekenis van de resultaten werden bediscussieerd met EVH, FM, PP.

Resultaten

Deelnemers (tabel 1):

Er werden tien semigestructureerde interviews afgenomen van huisartsen werkzaam in het wachtgebied Aalst. Hiervan waren 5, 1 en 4 artsen werkzaam in respectievelijk een solo-, duo- en groepspraktijk of wijkgezondheidscentrum.

Voor het tweede luik van de studie werden huisartsen gerekruteerd tijdens 6 LOK-vergaderingen. Hiermee werden 62 van de 112 artsen werkzaam in het wachtgebied Aalst bereikt. 60 (96,8%) van de 62 huisartsen namen deel aan de enquête.

Interviews:

De huisarts als behandelende arts

De verschillende methoden die huisartsen aangaven te gebruiken om informatie over te brengen over hun palliatieve patiënt naar de wachtarts waren: Sumehr, inzetten van een palliatief thuiszorgteam, privételefoonnummer achterlaten, papieren dossier achterlaten.

Belangrijke barrières om een Sumehr te gebruiken waren: geen internet of laptop beschikbaar hebben bij een huisbezoek, gebrek aan praktische kennis omtrent het gebruik, de beperkte toepasbaarheid voor palliatieve patiënten, twijfels over privacy voor de patiënt, de lage gebruiksvriendelijkheid.

'*'t spel marcheert niet of niet goed en het is ook veel te omslachtig e.' (*HA3, man, 63j)

*'En ja, de sumehrs dat zou mooi zijn e maar die worden niet altijd opgeladen e. Da gaan gebruiken bij palliatieve patiënten is misschien net te openbaar ofzo.' (*HA 4, V, 33j)

'*Ma dan moe je weer passen want bij palliatieve patiënten komde aan huis, ge hebt nie altijd uwen laptop mee, gebt daar ook geen internet, z'ebben daar geen wifi en waar moede dan beginnen zoeken e en mijn programma staat dus ook niet op mijnen ipad he***' (**HA1, V, 59j)

Enkele huisartsen meldden positieve ervaringen met een palliatief zorgteam. Redenen hiervoor waren de continue bereikbaarheid - zowel voor hen als voor de wachtarts - en de uitgebreide expertise die zij hanteren betreffende de zorg rond de palliatieve patiënt. De artsen gaven aan de

palliatieve equipe een belangrijke mediator te vinden om informatie over te brengen naar de wachtarts indien deze bij hun palliatieve patiënt wordt geroepen.

'*Als ge een palliatieve equipe betrokken hebt, dan is het inderdaad niet moeilijk e, dan kan je daar contact mee nemen en met hen overleggen, dan weet je snel wat er te doen valt of wat dat er kan gebeuren.'* HA 10, M, 58j

Het merendeel van de artsen gaf aan hun telefoonnummer achter te laten bij de palliatieve patiënt. Hierbij wordt verwacht dat het telefoonnummer door de palliatieve patiënt, de palliatieve equipe en de wachtarts indien nodig gebruikt wordt. Een aantal artsen gaf aan het zeer belangrijk te vinden bereikbaar te zijn voor de palliatieve patiënt, zowel 's nachts als tijdens het weekend.

'(…) bij de palliatieve patiënt, da staat in de wet, de wet van de patiënten rechten, dade verantwoordelijk blijft, wettelijk en juridisch gezien dade verantwoordelijk blijft, ook deontologisch er bovenop. Maar ook wettelijk e, da staat in de wet van de patiënten rechten. Veel collega's weten dat ook niet maar da's wel een beetje een probleem. (…) het is wettelijk dus je moet handelen binnen de wet dus je moet dat doen e. Als dat in de wet staat, of je daar nu akkoord mee bent of niet, je moet dat doen e.' HA3, M, 63j

De meest gebruikte methode om informatie beschikbaar te stellen voor de wachtarts, was bij alle ondervraagde artsen een papieren dossier beschikbaar bij de palliatieve patiënt. Deze bevat doorgaans uitsluitend een medicatielijst, soms een overzicht van de antecedenten en zelden een negatieve wilsverklaring.

Inzake hun eigen gedrag omtrent het beschikbaar stellen van informatie naar de wachtarts schatten velen hun gewoontes als positief in, alhoewel sommigen ook aangaven het in de praktijk toch nog beter te kunnen doen. Belemmerende factoren hiervoor waren voornamelijk tijdsgebrek of gebrek aan ervaring met palliatieve patiënten in hun praktijk.

'In de meest optimale wereld, wat dat er nog anders zou kunnen? Dat we meer tijd hebben. Dat we meer tijd hebben. Daar komt het hemt uiteindelijk op neer e. Tijd voor kwaliteit' HA 10, M, 58j

De huisarts als wachtarts

De huisartsen hebben duidelijk gemaakt dat er niet altijd informatie beschikbaar te hebben als ze als wachtarts bij een palliatieve patiënt komen.

'(…) maar ik weet alleen de frustratie van als je daar bij de patiënt zit en je soms met heel weinig informatie en weinig inzicht een beslissing maakt (…)' HA 10, M, 58j

'In de praktijk is dat toch nog een probleem, die informatieoverdracht.' HA4, V, 33j

'Als ge bij n'n (palliatieve) patiënt wordt geroepen, dan heb je niet altijd de gegevens die je nodig hebt.' HA5, M, 57j

'Dat er tijdens de wachtpost palliatieve patiënten moeten bezocht worden en dat je als arts toekomt en je weet van niets, totaal van iets.' HA9, V, 60j

Problemen die ze ondervonden waren vaak gebrek aan informatie, gebrek aan mogelijkheden om de behandelende arts te contacteren of soms de twijfel of ze de behandelende arts mochten opbellen zelfs al was het telefoonnummer beschikbaar.

Vaak contacteerden ze de palliatieve equipe als er onvoldoende informatie beschikbaar is. Sommige artsen gaven aan de patiënt te laten hospitaliseren als er onvoldoende informatie is. Een belangrijk gemis volgens sommige artsen was een negatieve wilsverklaring.

'Op de baan is het (de negatieve wilsverklaring) nog onvoldoende ingeburgerd.' HA1, V, 59j

'In de ideale gevallen is er een schriftje en zit dat (negatieve wilsverklaring) daarbij maar dat is heel zelden aanwezig eigenlijk.' HA7, V, 41j

Twee huisartsen gaven aan dat, zelfs als er een telefoonnummer beschikbaar is van de behandelende arts, ze dit niet altijd zullen gebruiken om bijkomende informatie te bekomen.

'En soms is het twijfelen e, van mag ik bellen, moet ik bellen, wil ik bellen.' HA 4, V, 33j.

'Soms zeggen de patiënten van 'we hebben onzen huisarts al gebeld en hij zegt dat hij aan de zee zit' en dan ga 'k ik hem ook niet meer bellen als 'm aan de zee zit eigenlijk.' HA 7, V, 41j.

Sommige artsen gaven aan toch meer betrokkenheid van de wachtpost te willen zien in de informatieoverdracht.

'*En eigenlijk als ik echt geen informatie krijg en er gebeurt iets met n'n patiënt, dan vliegt die binnen. Dan doe 'k 't sowieso.'* HA1, V, 59j

Enquêtes

De huisarts als behandelend arts

De meest frequent gekozen methodes om informatie beschikbaar te stellen naar de wachtarts waren: een medicatielijst achterlaten (9,0±1,22), het palliatief zorgteam betrekken (8,6±1,26) of een thuisdossier achterlaten (7,7±2,12). In mindere mate wordt een telefoonnummer achtergelaten (6,7±2,80), een Sumehr opgeladen (6,1±3,25) of een vertrouwenspersoon aangeduid (6,2±2,62). Een negatieve wilsverklaring ter plaatse laten (5,7±2,40), via de familie informatie doorgeven (5,3±2,19) of de wachtpost actief op de hoogte brengen van hun palliatieve patiënten (3,4±2,18) werden aangegeven minder frequent gedaan te worden.

56,7% van de ondervraagde huisartsen gaf aan een Sumehr op te laden van de eigen palliatieve patiënten. De belangrijkste belemmerende factoren om een Sumehr te gebruiken waren: voorkeur voor een papieren dossier (7,1±2,67), gebruiksonvriendelijkheid (7,1±2,18) en privacy voor de patiënt (6,8±2,45). In mindere mate speelt gebrek aan praktische kennis hierover (6,7±2,13) en beschikbaarheid van internet tijdens een huisbezoek (6,5 ± 2,35) hierin een rol. De artsen die aangaven dat ze geen Sumehr opladen van de eigen palliatieve patiënten waren matig bereid om dit in de toekomst wel te doen indien de praktische problemen van de Sumehr opgelost zouden worden (7,1±1,96).

De meerderheid (66,7%) van de huisartsen gaven aan dat ze steeds een telefoonnummer beschikbaar stellen bij een palliatieve patiënt voor de wachtdoende arts. Indien een palliatief zorgteam betrokken is, zal 79,7% nog via andere methoden informatie achterlaten. De artsen die aangaven dit niet te doen, gaven aan te verwachten dat het palliatief zorgteam gecontacteerd kan worden (7,5±1,81) en hiermee voldoende info beschikbaar is over hun patiënten (7,2±1,30).

Er werden weinig factoren aangegeven die de beslissing om informatie achter te laten, beïnvloeden. Sociale isolatie van de palliatieve patiënt kreeg een matig hoge score (7,0±2,08), terwijl de bewustzijnsgraad (5,3±2,02), geen eensgezindheid bij de familie (6,6±2,26), aanwezigheid van een familielid (5,3±1,99) en het

wel (6,5±2,10) of niet (5,4±2,14) op de hoogte van de palliatieve patiënt omtrent de prognose, minder belangrijk werden geschat. Artsen gaven hierbij aan een papieren dossier te gebruiken.
Indien de huisarts gedurende langer dan een weekend afwezig zullen zijn, zal de overgrote meerderheid (90,0%) meer geneigd zijn om informatie achter te laten voor de wachtarts. Hierbij genoot opnieuw het geschreven dossier de voorkeur (8,2±1,46), gevolgd door de wachtdoende collega actief op de hoogte te stellen van de palliatieve patiënt (7,6±2,12). Gebruik van de Sumehr (5,7±3,10) of een gsm-nummer achterlaten (5,6±2,90) wordt minst frequent gebruikt.

Voor een weekend gaf de meerderheid (60,3%) aan meer geneigd zijn om informatie achter te laten dan tijdens de week (25,4%). De motiverende en belemmerende factoren die tijdens de interviews werden aangebracht om meer informatie achter te laten tijdens het weekend of tijdens de week werden allemaal als niet belangrijk gescoord (*e.g.* grootte van het wachtgebied, rechtstreeks telefonisch contact door de patiënt of de wachtarts, onderlinge relatie/ afspraken met de collega's in het wachtgebied).

Hoewel de meeste huisartsen aangaven dat er geen grote impact is geweest van de komst van de huisartsenwachtpost op hun gedrag om informatie achter te laten, vond 55,0% dat de wachtpost in de toekomst een grotere rol zou moeten spelen om deze informatieoverdracht te optimaliseren.

55,0% van de huisartsen geeft aan de wens omtrent het levenseinde, en de medische informatie als één geheel te zien en niet als twee aparte entiteiten binnen de informatieoverdracht bij de palliatieve patiënt. Bijna alle artsen (98,3%) vinden de wens van de palliatieve patiënt omtrent het levenseinde belangrijk; 89,7% brengt deze wilsverklaring dan ook over aan de wachtarts als beschikbaar, waarbij een geschreven dossier opnieuw verkozen wordt. Ook wordt verwacht dat deze informatie beschikbaar is via de palliatieve verpleging/palliatief zorgteam of via telefonisch contact naar hen zelf als behandelende arts.

Belemmerende factoren om de wens van de patiënt door te geven, wordt door weinig factoren beïnvloed en is dus een individuele keuze van de arts zelf, los van omgevingsfactoren of patiëntgebonden factoren (vb. onenigheid binnen de familie, betrokkenheid van het palliatief zorgteam/verpleging, sociale isolatie, aanwezigheid van familie of de bewustzijnsgraad of de kennis omtrent de diagnose).

De huisarts als wachtdoende arts

De minderheid van de huisartsen (36,2%) gaf aan de Sumehr van een palliatieve patiënt te bekijken als wachtarts. Hierbij werd aangegeven dat voornamelijk een papieren dossier verwacht wordt (8,0±2,13). Ook is de beschikbaarheid van een laptop/internet tijdens een huisbezoek een belemmerende factor (respectievelijk 7,6±2,68 en 8,3±2,24).

Indien er onvoldoende informatie beschikbaar is, zal voornamelijk het palliatief zorgteam telefonisch gecontacteerd worden (8,4±1,49) en informatie gevraagd worden aan de (bewuste) patiënt of omstaanders (respectievelijk 8,1±1,48 en 7,4±1,77). De patiënt laten hospitaliseren scoorde het laagst (4,1± 1,78) De huisartsen gaven aan zelden de behandelende arts telefonisch te hebben kunnen bereiken (4,3 ±1,52).
Er zou volgens de huisartsen zelden voldoende medische informatie beschikbaar zijn voor de wachtarts over palliatieve patiënten (3,2±0,70), wat voornamelijk leidt tot onzekerheid (6,7±2,19) en frustratie (6,4±1,95). De wens van de patiënt omtrent het levenseinde zou ook zelden beschikbaar zijn voor de wachtarts (4,6±2,11).

Als wachtarts wordt er vaak extra informatie achtergelaten voor de behandelende arts (6,8±2,15). Aanwezigheid van informatie bij de palliatieve patiënt werd aangegeven een belangrijke motivator te zijn om ook informatie achter te laten. Het invoeren van de wachtpost werd aangegeven geen toename van informatieoverdracht te geven betreffende de palliatieve patiënt (4,5±1,68).

Discussie

Deze studie omtrent palliatieve patiënten onderzocht enerzijds welke methode huisartsen gebruiken om informatie beschikbaar te stellen naar de wachtarts en anderzijds wat hiervoor de remmende of stimulerende factoren zijn die ervaren worden. Bijkomend werden de ervaringen met deze informatieoverdracht vanuit het standpunt van de wachtdoende huisarts bevraagd.
Meer dan de helft van de huisartsen werkzaam in het wachtgebied Aalst nam deel aan de enquête.

De patiëntgebonden factoren die aan bod kwamen tijdens de interviews werden als niet belangrijk gescoord door de huisartsen in de enquêtes. Echter lijkt de intentie om informatie achter te laten wel aanwezig te zijn. De ondervraagde huisartsen gaven aan dat er weinig factoren zijn die hun beslissing beïnvloeden om informatie achter te laten. Dit zowel betreffende medische informatie als de wens omtrent het levenseinde, dewelke door de huisartsen eerder als één geheel ervaren wordt. Vermoedelijk is het beschikbaar stellen van deze informatie eerder een individuele keuze van de arts zelf, waarbij arts gebonden of relatie gebonden factoren een belangrijke rol spelen (14). Verder onderzoek is noodzakelijk om deze hypothese te onderzoeken.
Twee derden van de huisartsen die de enquêtes hebben ingevuld stellen steeds een telefoonnummer beschikbaar bij hun palliatieve patiënten, hoewel velen aangaven dit niet te zien als een manier om informatie over te brengen naar de wachtarts. Hierdoor is het onduidelijk of hun telefoonnummer bij de palliatieve equipe/verpleging of bij de patiënt thuis beschikbaar is en door wie het telefoonnummer gebruikt dient te worden. Een aantal artsen gaven aan dat, ondanks het telefoonnummer van de behandelende arts beschikbaar is, de wachtdoende arts hier niet altijd gebruik van wilt maken. Er is dus een discrepantie te zijn tussen goede communicatie over de palliatieve patiënt en het behouden van een goede relatie met de collega huisartsen.

Hoewel het invoeren van een huisartsenwachtpost in Aalst volgens de ondervraagde artsen geen impact heeft gehad op de beschikbaarheid van medische informatie of informatie over de wensen van de patiënt omtrent het levenseinde, gaf meer dan de helft van de huisartsen aan dat de wachtpost in de toekomst een grotere rol zou moeten spelen om deze informatieoverdracht te optimaliseren. Dit is in lijn met voorgaande studies omtrent de huisartsenwachtpost. Huisartsen

gaven hierbij aan te verwachten dat de huisartsenwachtpost de continuïteit van de zorg bevordert en zij zien dit dan ook als een meerwaarde voor de huisarts (15,16).

In het weekend zijn huisartsen meer geneigd om informatie achter te laten voor de wachtarts dan tijdens de week. Indien de huisartsen langer dan een weekend afwezig zijn, laat bijna elke arts informatie achter voor de wachtarts.

De meest gebruikte methoden om informatie over te brengen naar de wachtarts waren: een lokaal papieren dossier, via de palliatieve equipe/verpleging of het achterlaten van een telefoonnummer. Een Sumehr wordt echter niet frequent gebruikt.

Dat het geschreven papieren dossier ter plaatse bij de palliatieve patiënt de meest gekozen vorm is om medische informatie en informatie over de wens van de patiënt rond het levenseinde is opvallend gezien de meeste artsen reeds elektronische dossiers gebruiken (17). Hoewel onderzoek heeft aangetoond dat een thuisdossier door palliatieve patiënten geaccepteerd wordt als manier van informatieoverdracht lijkt het gebrek aan een consistente evaluatiemethode voor de nood om een dergelijk formulier op te stellen of up te daten een belangrijke barrière (5). Echter is de aanwezigheid van een gestandaardiseerde template als thuisdossier – dewelke de diagnose, medicatie, patiënten inzicht en wilsverklaring bevat – een stimulerende factor voor huisartsen om informatie achter te laten bij de palliatieve patiënt, zeker wanneer zij zelf niet 24 uur op 24 uur beschikbaar zijn (18).

Gebruik van de palliatieve equipe/verpleging om medische informatie, alsook de wens van de patiënt omtrent het levenseinde over te brengen naar de wachtarts werd aangegeven als een frequent gebruikte methode. Ook nemen de wachtdoende artsen zelf snel contact op met de palliatieve equipe/verpleging indien deze is ingeschakeld. Onderzoek door Pype *et al.* (19) heeft reeds de meerwaarde van het palliatief netwerk voor de Belgische huisartsen aangetoond, waarbij de competentie en expertise van de palliatieve netwerkverpleegkundigen een grote meerwaarde bieden en hierdoor vaak betrokken worden in het nemen van beslissingen.

De meeste huisartsen gaven te kennen zelden een Sumehr te gebruiken bij hun palliatieve patiënten. Hiervoor lijkt de gebruiksvriendelijkheid en twijfels omtrent privacy belangrijke remmende factoren te zijn. Opvallend hierbij is dat de artsen aangaven niet bereid te zijn om een Sumehr te

gebruiken indien alle vermelde problemen opgelost zouden zijn. Deze bevinding wordt ondersteund door andere studies waarbij de beschikbaarheid tijdens een huisbezoek, bezorgdheid omtrent de administratieve last en privacy, tijdsgebrek, ongebruiksvriendelijke technologie en terughoudendheid om patiënten als palliatief te bestempelen, de belangrijke barrières zijn (5,18,20).

Hoewel een medicatielijst vaak beschikbaar is bij een palliatieve patiënt, is dit vaak ontoereikend voor een wachtarts. Zelden zou een ingevulde negatieve wilsverklaring beschikbaar zijn, terwijl alle huisartsen aangaven om de wens omtrent het levenseinde duidelijk te maken naar de wachtarts voornamelijk via het papieren dossier. Echter gaven de artsen wel aan de palliatieve verpleging/equipe te zien als een belangrijke actor om de wens omtrent het levenseinde over te brengen naar de wachtarts, of via telefonisch contact met hen als behandelende arts. Conform met deze bevindingen gaven de artsen aan dat ze als wachtarts – indien er onvoldoende informatie beschikbaar is bij de palliatieve patiënt - voornamelijk het palliatief netwerk telefonisch zullen contacteren of informatie proberen te verkrijgen via de patiënt of omstaanders. De behandelende arts of thuisverpleegkundige contacteren lijkt dan weer een grotere drempel te zijn. Ook werd aangegeven dat de behandelende arts zelden telefonisch te bereiken is. Het gebrek aan kritische informatie werd dan ook aangegeven als een bron voor frustratie en onzekerheid. Uit voorgaand onderzoek blijkt dat huisartsen die als wachtarts bij een palliatieve patiënt worden geroepen zich soms aan hun lot overgelaten voelen en het gevoel hebben de brokstukken te moeten lijmen ’s nachts, tijdens het weekend of tijdens vakanties betreffende palliatieve problemen (21).

Artsen uit onze studie gaven aan als wachtarts bijna altijd informatie achter te laten voor de behandelende arts na een wachtbezoek. De aanwezigheid van informatie bij die palliatieve patiënt (door de behandelende arts of door de verpleging) blijkt daarbij een extra motivator te zijn. Er is dus een wederkerigheid om informatie beschikbaar te stellen.

Sterktes van deze studie zijn de grote en representatieve populatie van huisartsen die wilde deelnemen aan de studie, evenals de hoge participatiegraad. Het gekozen studiedesign liet toe om gerichte enquêtes op te stellen aan de hand van factoren die huisartsen uit hetzelfde wachtgebied

zelf aangaven. Een bijkomende sterkte is dat de artsen zowel bevraagd werden naar zowel de rol van behandelende als wachtdoende arts. Een zwaktes van de studie is het ontbreken van een tweede reeks interviews, waarmee de belangrijkste factoren nog extra uitgelicht konden worden en het ontbreken van de arts en relatie gerelateerde factoren die kunnen meespelen in de beslissing om informatie beschikbaar te stellen.

In conclusie, de informatieoverdracht tussen behandelende en wachtdoende huisartsen speelt een belangrijke rol in kwaliteit van de zorg voor palliatieve patiënten. Echter lijkt de informatieoverdracht vaak nog onvoldoende, wat een belangrijke impact heeft op de kwaliteit van leven nabij het levenseinde. De meerderheid van de ondervraagde huisartsen verkiest een papieren dossier en een palliatief zorgteam om informatie beschikbaar te stellen over hun palliatieve patiënten en verwacht ook dat deze methode gebruikt wordt als wachtdoende arts om informatie te verkrijgen. Technische problemen belemmeren het gebruik van de semirecent ingevoerde Sumehrs. Gezien huisartsen doorgaans bereid zijn om informatie beschikbaar te stellen over hun palliatieve patiënten, is er tot op heden vaak onvoldoende informatie voor wachtdoende artsen. Het gebruik van een standaard template aangepast aan de palliatieve setting en het verhogen van de betrokkenheid van de huisartsenwachtpost kunnen oplossing bieden om de continuïteit van zorg te garanderen voor palliatieve patiënten.

Referenties

1. Algemene Directie Statistiek en economische informatie. Overlijdens naar oorspronkelijke doodsoorzakengroep, geslacht en leeftijdsgroep. België, 2009.
2. Van den Block L, Deschepper R, Bossuyt N, Drieskens K, Bauwens S, Van Casteren V, et al. Care for Patients in the Last Months of Life. Arch Intern Med [Internet]. 2008 Sep 8 [cited 2017 Aug 14];168(16):1747. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18779461
3. Adam R, Wassell P, Murchie P. Why do patients with cancer access out-of-hours primary care? A retrospective study. Br J Gen Pract [Internet]. 2014 Feb 1 [cited 2017 Aug 20];64(619):e99–104. Available from: http://bjgp.org/cgi/doi/10.3399/bjgp14X677158
4. Leydon GM, Shergill NK, Campion-Smith C, Austin H, Eyles C, Baverstock J, et al. Discontinuity of care at end of life: a qualitative exploration of OOH end of life care. BMJ Support Palliat Care [Internet]. 2013 Dec [cited 2017 Aug 20];3(4):412–21. Available from: http://spcare.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjspcare-2012-000266
5. Asprey A, Richards SH, Wright C, Seamark C, Seamark D, Moxon J. Transferring information to an out-of-hours primary care service for patients with palliative care needs: an action research study to improve the use of handover forms. Prim Health Care Res Dev [Internet]. 2013 Jan 7 [cited 2017 Aug 20];14(1):7–20. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1463423611000600
6. Burt J, Shipman C, Barclay S, Marshall N, Stimson A, Young J. Continuity within primary palliative care: an audit of general practice out-of-hours co-operatives. J Public Health (Bangkok) [Internet]. 2004 Sep 1 [cited 2018 Jan 2];26(3):275–6. Available from: https://academic.oup.com/jpubhealth/article-lookup/doi/10.1093/pubmed/fdh161
7. Schweitzer B, Blankenstein N, Slort W, Knol DL, Deliens L, Van Der Horst H. Writing information transfers for out-of-hours palliative care: a controlled trial among GPs. Scand J Prim Health Care [Internet]. 2016 Apr 2 [cited 2017 Dec 5];34(2):186–95. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/02813432.2016.1163036
8. Houttekier D, Cohen J, Van den Block L, Bossuyt N, Deliens L. Involvement of Palliative Care

Services Strongly Predicts Place of Death in Belgium. J Palliat Med [Internet]. 2010 Dec [cited 2017 Aug 14];13(12):1461–8. Available from: http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/jpm.2010.0279

9. Pivodic L, Pardon K, Miccinesi G, Vega Alonso T, Moreels S, Donker GA, et al. Hospitalisations at the end of life in four European countries: a population-based study via epidemiological surveillance networks. J Epidemiol Community Health [Internet]. 2016 May [cited 2017 Aug 14];70(5):430–6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26584859
10. Van den Block L, Deschepper R, Drieskens K, Bauwens S, Bilsen J, Bossuyt N, et al. Hospitalisations at the end of life: using a sentinel surveillance network to study hospital use and associated patient, disease and healthcare factors. BMC Health Serv Res [Internet]. 2007 Dec 8 [cited 2017 Dec 5];7(1):69. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17488520
11. De Korte-Verhoef MC, Pasman HRW, Schweitzer BP, Francke AL, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L. General practitioners' perspectives on the avoidability of hospitalizations at the end of life: A mixed-method study. Palliat Med [Internet]. 2014 Jul 2 [cited 2017 Dec 5];28(7):949–58. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24694377
12. Broad JB, Gott M, Kim H, Boyd M, Chen H, Connolly MJ. Where do people die? An international comparison of the percentage of deaths occurring in hospital and residential aged care settings in 45 populations, using published and available statistics. Int J Public Health [Internet]. 2013 Apr 15 [cited 2017 Aug 14];58(2):257–67. Available from: http://link.springer.com/10.1007/s00038-012-0394-5
13. De Roo ML, Miccinesi G, Onwuteaka-Philipsen BD, Van Den Noortgate N, Van den Block L, Bonacchi A, et al. Actual and Preferred Place of Death of Home-Dwelling Patients in Four European Countries: Making Sense of Quality Indicators. Stemmer SM, editor. PLoS One [Internet]. 2014 Apr 8 [cited 2017 Aug 14];9(4):e93762. Available from: http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0093762

14. den Herder-van der Eerden M, Hasselaar J, Payne S, Varey S, Schwabe S, Radbruch L, et al. How continuity of care is experienced within the context of integrated palliative care: A qualitative study with patients and family caregivers in five European countries. Palliat Med [Internet]. 2017 Dec [cited 2018 Mar 25];31(10):946–55. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216317697898
15. Van Wijnsberghe T. Tevredenheid en attitude van huisartsen over wachtdiensten en huisartsenwachtposten. ICHO; 2011.
16. Mertens F, Van Pottelbergh H, Pierreux K, Pierreux J-P, Brisaert G, Beerens G, et al. Wachtpost faciliteert kringwerking...en omgekeerd. Huisarts Nu. 2017;46(6):283–4.
17. Meeus P, Van Aubel X, Daubie M. [GP practice in Belgium: strengths and weaknesses. Potential improvement by electronic patient record]. Rev Med Brux [Internet]. 2012 Sep [cited 2018 Mar 25];33(4):407–15. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23091949
18. Kiely F, Murphy M, O'Brien T. Information transfer to out-of-hours co-operatives: a survey of general practitioners' views in relation to palliative patients. BMJ Support Palliat Care [Internet]. 2013 Dec [cited 2018 Mar 7];3(4):405–11. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24950520
19. Pype P, Symons L, Wens J, Van den Eynden B, Stess A, Cherry G, et al. Healthcare professionals' perceptions toward interprofessional collaboration in palliative home care: a view from Belgium. J Interprof Care [Internet]. 2013 Jul 27 [cited 2018 Mar 13];27(4):313–9. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13561820.2012.745488
20. Allsop MJ, Kite S, McDermott S, Penn N, Millares-Martin P, Bennett MI. Electronic palliative care coordination systems: Devising and testing a methodology for evaluating documentation. Palliat Med [Internet]. 2017 May 9 [cited 2018 Mar 13];31(5):475–82. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27507636
21. Taubert M, Nelson A. Out-of-hours GPs and palliative care-a qualitative study exploring information exchange and communication issues. BMC Palliat Care [Internet]. 2010 Dec 12 [cited 2018 Mar 7];9(1):18. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20704741

Tabel 1. Overzicht karakteristieken van de deelnemende huisartsen

Interview	Geïnterviewde artsen					
Aantal	N=10		Geslacht	Leeftijd	Praktijk lokatie	Praktijkvorm
		1	V	59	landelijk	Solo
		2	M	51	Landelijk	groep
		3	M	63	Stedelijk	Solo
		4	V	33	Landelijk	groep
		5	M	57	Stedelijk	Solo
		6	V	49	Landelijk	solo
		7	V	41	Stedelijk	Groep/WGC
		8	M	59	Stedelijk	Groep
		9	V	60	Stedelijk	Solo
		10	M	58	Landelijk	Groep
Geslacht	Vrouw: 5/10 (50%) Man: 5/10 (50%)					
Leeftijd	53,1 ± 9,63					
Praktijklocatie	Landelijk: 4/10 (40%) Stedelijk: 6/10 (60%)					
Praktijkvorm	Solo: 5/10 (50%) Duo: 1/10 (10%) Groep: 4/10 (40%)					
Enquête						
	Ondervraagde artsen		Wachtgebied Aalst			
Aantal huisartsen + HAIO's	N=60		N= 112			
Leeftijd artsen	47,5 ± 14,54		47,2 ± 12,84			
Type praktijk	Solo: 28/59 (47,5%) Duo: 8/59 (13,6%) Groep: 23/59 (39,0%) Missing N=1		Solo: 47/112 (42,0%) Duo: 18/112 (16,1%) Groep: 47/112 (42,0%)			
Landelijk/stedelijk	Landelijk: 33/58 (56,9%) Stedelijk: 25/58 (43,1%) Missing N=2					
Geslacht	Vrouw: 29/59 (49,2%) Man: 30/59 (50,8%) Missing N=1		Vrouw: 64/112 (57,1%) Man: 48/112 (42,9%)			

Solo: solopraktijk, groep: groepspraktijk, duo: duopraktijk. Wachtgebied Aalst: overzicht van alle wachtdoende huisartsen in het grootwachtgebied Aalst. Landelijk/stedelijk: gerapporteerd door de individuele artsen zelf

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

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

INFORMATIEOVERDRACHT VAN DE PALLIATIEVE PATIËNT IN DE HUISARTSENWACHTPOST (AALST).

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

PROMOTOR

- NAAM: PYPE PETER
- FUNCTIE: DOCTORASSISTENT
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN- VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 36 10
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: PETER.PYPE@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: JAN DE MAESENEER

CO-PROMOTOR

- NAAM: MERTENS FIEN
- FUNCTIE: ASSISTENT
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN- VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 33 12
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: FIENTJE.MERTENS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: JAN DE MAESENEER

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

- NAAM: VAN HECKE ELS
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UGENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0494/77.10.11
- E-MAIL: ELS.VH@HOTMAIL.COM

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

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: BUYS CHRISTINE
- ADRES: KAREL VAN DER SLOTENSTRAAT 23, 9308HOFSTADE (AALST)
- TELEFOONNUMMER: 053/35.00.35
- E-MAIL: BUYS.CHRISTINE@TELENET.BE
- TYPE-PRAKTIJK: DUOPRAKTIJK (+ 1 HAIO)

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: …

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

- START ONDERZOEK: NA GOEDKEURING EC
- EINDE ONDERZOEK: 30/04/2018

7. SOORT ONDERZOEK

- ☐ **PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK**
  - ☐ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
  - ☐ **VRAGENLIJSTEN**
  - ☐ **INTERVIEW**

- ☐ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
  - ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
  - ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
    - ☐ WELKE PERIODE: ….

- ☐ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
  - ☐ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
    - ☐ FASE I
    - ☐ FASE II
    - ☐ FASE III
    - ☐ FASE IV
    - ☐ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
    - ☐ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
    - ☐ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
  - ☐ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE**,** BLOEDAFNAME, RX, …)
    - ☐ MEDICAL DEVICE
    - ☐ BLOEDAFNAME, RX, …

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

GEDURENDE EEN WACHT WORDT DE ARTS SOMS GECONFRONTEERD MET PALLIATIEVE PATIËNTEN DIE DOOR ANDERE HUISARTSEN OPGEVOLGD WORDEN. CORRECTE INFORMATIEOVERDRACHT TUSSEN ARTSEN IS HIERBIJ NOODZAKELIJK OM OPTIMALE ZORG TE KUNNEN BIEDEN VOOR PALLIATIEVE PATIËNTEN, OOK TIJDENS DE WACHTDIENST. IN DE HUISARTSENWACHTPOST VAN AALST BESTAAN ER HIERVOOR – BIJ NAVRAAG – TOT OP HEDEN NOG GEEN DUIDELIJKE RICHTLIJNEN. ECHTER IS HET BIJ DEZE PATIËNTEN VAN HET GROOTSTE BELANG OM OP DE HOOGTE TE ZIJN VAN DE STAND VAN ZAKEN BETREFFENDE DE MEDISCHE SITUATIE, DE INGESTELDE THERAPIE, DE BETROKKEN SPELERS, DE WENSEN VAN DE PATIËNT EN DE AFSPRAKEN DIE REEDS GEMAAKT ZIJN OMTRENT BEPAALDE MEDISCHE HANDELINGEN.

HET DOEL VAN DEZE STUDIE IS OM TE ACHTERHALEN WAT DE FACILITATORS EN BARRIÈRES ZIJN DIE DOOR DE HUISARTSEN VAN HET WACHTGEBIED AALST AANGEGEVEN WORDEN MET BETREKKING TOT HET BESCHIKBAAR STELLEN VAN RELEVANTE MEDISCHE INFORMATIE OVER HUN PALLIATIEVE PATIËNT VOOR DE WACHTPOST VAN AALST. TEVENS ZAL NAGEGAAN WORDEN HOE RELEVANT ZIJ DEZE FACTOREN VINDEN. HET UITEINDELIJKE DOEL IS OP BASIS HIERVAN EEN UNIFORME RICHTLIJN OP TE STELLEN OM KWALITATIEVE ZORG VOOR PALLIATIEVE PATIËNTEN TE GARANDEREN TIJDENS DE WACHTDIENST.

DE DATAVERZAMELING IS OPGEBOUWD UIT EEN KWALITATIEF EN KWANTITATIEF LUIK.
HET KWALITATIEVE LUIK POLST NAAR ALLE ERVAREN BARRIÈRES EN FACILITATORS DOOR DE HUISARTSEN VAN HET WACHTGEBIED AALST AAN DE HAND VAN TIEN INTERVIEWS BIJ ARTSEN UIT HET WACHTGEBIED AALST. HIERBIJ WORDEN ZOVEEL MOGELIJK BARRIÈRES EN FACILITATORS AAN HET LICHT GEBRACHT DIE DIE ARTSEN ERVAREN MET BETREKKING TOT HET BESCHIKBAAR STELLEN VAN MEDISCHE INFORMATIE OVER HUN EIGEN PALLIATIEVE PATIËNT VOOR DE WACHTPOST VAN AALST. DEZE ARTSEN ZULLEN GECONTACTEERD WORDEN DOOR VIA DE KRINGVERANTWOORDELIJKE EEN INFORMATIEBRIEF TE VERSPREIDEN. HIERBIJ ZULLEN WILLEKEURIG ARTSEN UIT SOLO-, DUO- EN GROEPSPRAKTIJKEN GEZOCHT WORDEN VAN ZOWEL STEDELIJKE ALS LANDELIJKE GEMEENTES UIT HET WACHTGEBIED AALST.
MET HET KWANTITATIEF LUIK ZAL ER VOORAL NAGAAN WORDEN HOE BELANGRIJK DIE FACILITATORS EN BARRIÈRES WORDEN ERVAREN DOOR DE HUISARTSEN VAN DE WACHTKRING AALST. OP BASIS VAN DE BEKOMEN BARRIÈRES EN FACILITATOREN, BENOEMD TIJDENS DE INTERVIEWS, WORDT EEN ENQUÊTE OPGESTELD. A.H.V. EEN SCHAAL VAN 1 (WEINIG BELANGRIJK) TOT 10 (ZEER BELANGRIJK) ZAL ER GEPEILD WORDEN NAAR DE BELANGRIJKHEID. DEZE VRAGENLIJST ZAL NA DE AFNAME VAN DE INTERVIEWS WORDEN OPGESTELD EN WORDEN VOORGELEGD AAN HET ETHISCH COMITÉ TER GOEDKEURING.

IN CONCLUSIE: DEZE STUDIE IS EEN KWALITEITSVERBETERPROJECT MET ALS DOEL DE BELANGRIJKSTE BELEMMERENDE EN MOTIVERENDE FACTOREN TE DUIDEN OM IN DE TOEKOMST OPTIMALISATIE VAN INFORMATIEOVERDRACHT MOGELIJK TE MAKEN TUSSEN ARTSEN BINNEN DE WACHTPOST VAN AALST BETREFFENDE DE PALLIATIEVE PATIËNT.

9. IS HET ONDERZOEK

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

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

INDIEN JA

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

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

FACULTEIT GENEESKUNDE UGENT (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : …

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

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

C. AANTAL PROEFPERSONEN: VOOR HET **KWALITATIEVE** DEEL (INTERVIEW) ZULLEN 10 HUISARTSEN GEZOCHT WORDEN DIE DEEL UITMAKEN VAN DE HUISARTSENWACHTKRING VAN AALST.
VOOR HET **KWANTITATIEVE** DEEL (ENQUÊTES) ZULLEN ALLE HUISARTSEN VAN DE HUISARTSENWACHTKRING AALST GECONTACTEERD WORDEN (110) EN WILLEN WE UITEINDELIJK 100 INGEVULDE ENQUÊTES BEREIKEN.

D. LEEFTIJD : >18 JAAR

E. GESLACHT : MANNEN EN VROUWEN

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? VOOR HET **KWALITATIEVE** DEEL (INTERVIEWS) ZULLEN 10 HUISARTSEN GEZOCHT WORDEN DIE DEEL UITMAKEN VAN DE HUISARTSENWACHTKRING VAN AALST. DIT ZAL GEBEUREN DOOR GEÏNTERESSEERDE HUISARTSEN TE CONTACTEREN PER DEELGEMEENTE VAN AALST, MET EEN ZO GROOT MOGELIJKE VARIATIE AAN PRAKTIJKSOORTEN (SOLO, DUO, GROEP) OM INTERESSE TE WEKKEN BIJ DE HUISARTSEN, ZAL VIA DE KRINGVOORZITTER EEN INFORMATIEBRIEF WORDEN RONDGESTUURD WAARNA GEÏNTERESSEERDE ARTSEN MIJ KUNNEN CONTACTEREN.
VOOR HET **KWANTITATIEVE** DEEL (ENQUÊTES) ZULLEN ALLE HUISARTSEN VAN DE HUISARTSENWACHTKRING AALST GECONTACTEERD WORDEN EN WILLEN WE UITEINDELIJK 100 INGEVULDE ENQUÊTES BEKOMEN. DEZE HUISARTSEN ZULLEN GECONTACTEERD WORDEN DOOR PERSOONLIJK LANGS TE GAAN TIJDENS DE LOK-VERGADERINGEN EN BIJ DE START VAN DEZE

VERGADERING UITLEG TE GEVEN OMTRENT DE BEVRAGING EN METEEN TER PLAATSE DE ENQUÊTES TE LATEN INVULLEN DOOR DE AANWEZIGE ARTSEN.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

- ☐ **JA**
- ☐ NEEN

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

SCHRIFTELIJK :

- ☐ **JA**
- ☐ NEEN

MONDELING :

- ☐ **JA**
- ☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

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

- ☐ JA
- ☐ **NEEN**

ZO JA, DOOR WIE ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NEE.

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

- ☐ JA
- ☐ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ☐ JA
- ☐ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ☐ JA
- ☐ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

- ☐ JA
- ☐ NEEN

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

- ☐ JA
- ☐ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

❑ **JA**
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

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

❑ **JA**
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT. NO FAULT VERZEKERING.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

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

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?
MANAMA THESIS 'HET THUISDOSSIER VOOR DE WACHTARTS: STAND VAN ZAKEN.' PLANCKE LIES. PROMOTOR DR. DIRK AVONTS. METHODE: Een literatuuronderzoek zocht naar welke inhoud het thuisdossier of SumEHR volgens de beschikbare richtlijnen en literatuurgegevens moet bevatten en de plaats ervan in het kader van e-Health. Een bevraging van de artsen in de wachtkring polste naar het papieren thuisdossier voor onze patiënten, hoe de artsen staan ten opzichte van het (elektronische) SumEHR en hoe belangrijk de inhoudelijke informatie van een thuisdossier of SumEHR wordt ervaren tijdens de wachtdienst. Conclusies: Dat artsen de aanwezigheid van een thuisdossier tijdens de wachtdienst nuttig vinden staat vast.
Voornamelijk bij patiënten met een complexere zorgvraag en –situatie is er nood aan meer informatie. Er is echter een grote discrepantie tussen het nut dat ervaren wordt van dit thuisdossier en het aantal artsen dat actief aan een thuisdossier voor hun eigen patiënten werken. Tevens bleek dat de artsen, in kader van de verdere informatisering van de gezondheidszorg, positief staan ten opzichte van het gebruik van een SumEHR tijdens de wachtdienst en dit zowel op de wachtpost als tijdens de mobiele wacht.
IN MIJN THESIS ZAL MEER SPECIFIEK WORDEN INGEGAAN OP DE BARRIÈRES EN FACILITATORS DIE DE WACHTDOENDE ARTSEN VAN DE WACHTPOST (AALST) ERVAREN BETREFFENDE INFORMATIEOVERDRACHT NAAR DE WACHTPOST EN DIT SPECIFIEK BETREFFENDE PALLLIATIEVE PATIËNTEN (VIA INTERVIEWS EN ENQUÊTES).

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

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

❑ JA
❑ **NEEN**

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

❑ **JA** – BETERE INFORMATIE-OVERDRACHT BETREFFENDE PALLIATIEVE PATIËNTEN BINNEN DE HUISARTSENWACHTPOST WAARDOOR VERBETERING VAN KWALITEIT VAN ZORG BUITEN DE UREN.
❑ NEEN

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

❑ JA
❑ **NEEN**

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

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

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

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

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

ER WORDEN GEEN BIJWERKINGEN VERWACHT VAN DE ENQUÊTE OF INTERVIEWS

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

❑ JA
❑ **NEEN: DE VRAGENLIJST HOUDT EEN ZEER BEPERKT RISICO IN.**

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? MEZELF

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

❑ JA
❑ **NEEN** DE INTERVIEWS ZULLEN GEBEUREN IN DE PRAKTIJK VAN DE ARTSEN ZELF – WAARNA DE ARTS ZIJN EIGEN ACTIVITEITEN ZOALS NORMAAL KAN HERVATTEN EENS IK HET INTERVIEW HEB AFGESLOTEN. DE ENQUÊTES ZULLEN GEBEUREN VLAK VOOR DE START VAN LOK VERGADERING WAARNA DE ARTSEN DE LOK VERGADERING ZOALS ANDERS KUNNEN HERVATTEN ZONDER MIJN AANWEZIGHEID.

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

❑ JA
❑ **NEEN**

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? NVT

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

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

…

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA
❑ NEEN

ZO JA: …

A. LANGS WELKE WEG ? …

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : …

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

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA

WELKE ? …

❑ NEEN

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

❑ JA
❑ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : …

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

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

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

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

❑ NIET VAN TOEPASSING
❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

❑ ERELOON:
❑ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

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

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM :
NAAM : DR. VAN HECKE ELS
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM :
NAAM : DR. BUYS CHRISTINE
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM :
NAAM : DR. PYPE PETER
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM :
NAAM : DR. MERTENS FIEN
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM : PROF. DR. DE MAESENEER JAN
HANDTEKENING :

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek (UZP074)

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Dr. Peter PYPE
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0298	15-mrt-17	Zie "CC"

BETREFT Advies voor monocentrische studie met als titel:
Informatieoverdracht van de palliatieve patiënt in de huisartsenwachtpost (Aalst) - MaNaMa Els Van Hecke
Belgisch Registratienummer: B670201731774
Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier (versie 1) dd. 28/02/2017 (volledig ontvangen dd. 07/03/2017) + aanpassingen ontvangen met het antwoord in adviesaanvraagformulier (versie 2 dd. 13/03/2017)
* Antwoord onderzoeker: ontvangen via mail dr. Els Van Hecke dd. 14/03/2017 in antwoord op opmerkingen EC dd. 10/03/2017
* Informatieformulier
  Informatiebrief enquête (versie 2) dd. 2/03/2017
* Informatieformulier
  Informatiebrief interview (versie 2) dd. 12/03/2017
* Toestemmingsformulier (versie 1) dd. 20/02/2017
* Topic lijst interview

Advies werd gevraagd door: Dr. P. PYPE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 15/03/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 15/03/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 15/03/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 15/03/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 21/03/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/03/2017

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

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

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0298	15-mrt-17	Zie "CC"

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

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Informatie-overdracht van de palliatieve patiënt in de huisartsenwachtpost

Beste collega van de wachtpost Aalst,

In het kader van de opleiding huisartsgeneeskunde, wil ik met mijn Manama-thesis (promoter: Dr. Pype Peter, co-promoter: Dr. Mertens Fien) achterhalen wat de bevorderende en belemmerende factoren zijn om informatie, over de palliatieve patiënten die u opvolgt, over te dragen naar de huisartsenwachtpost.

Gedurende een wacht wordt de arts soms geconfronteerd met palliatieve patiënten die door andere huisartsen opgevolgd worden. Correcte informatieoverdracht tussen artsen is hierbij noodzakelijk om optimale zorg te kunnen bieden voor palliatieve patiënten, ook tijdens de wachtdienst. Het is bij deze patiënten van het grootste belang om op de hoogte te zijn van de stand van zaken betreffende de medische situatie, de ingestelde therapie, de betrokken spelers, de wensen van de patiënt en de afspraken die reeds gemaakt zijn omtrent bepaalde medische handelingen. Binnen de huisartsenwachtpost van Aalst zijn hierover voorlopig nog geen duidelijke richtlijnen.

Het doel van deze studie is om te achterhalen wat de bevorderende en belemmerende factoren zijn die door de huisartsen van het wachtgebied Aalst aangegeven worden met betrekking tot het beschikbaar stellen van relevante medische informatie over hun palliatieve patiënt voor de wachtpost van Aalst. Tevens zal nagegaan worden hoe relevant zij deze factoren vinden. Het uiteindelijke doel is op basis hiervan een uniforme richtlijn op te stellen om kwalitatieve zorg voor palliatieve patiënten te garanderen tijdens de wachtdienst.

Tien collega's hebben reeds hun belemmerende en bevorderende factoren aangegeven via een interview. Hieruit werd de volgende vragenlijst opgesteld. De bedoeling van deze vragenlijst is dat U aangeeft hoe belangrijk U deze belemmerende en bevorderende factoren ervaart voor Uzelf en voor Uw praktijk met betrekking tot het ter beschikking stellen van informatie over Uw palliatieve patiënt naar de wachtarts. Het is voor dit onderzoek van groot belang dat de mening van elke individuele arts aan bod komt waardoor U vriendelijk uitgenodigd wordt om deze vragenlijst volgens Uw eigen oordeel in te vullen.

Vertrouwelijkheid

U kan de vragenlijst anoniem invullen, zodat Uw privacy gegarandeerd wordt.

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

Verzekering:

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt.
De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Indien U vragen heeft, kan U contact met mij opnemen via:

Mail: els.vh@hotmail.com

GSM: 0494/77.10.11

Deelname is uiteraard niet verplicht en deelname dient te gebeuren op vrijwillige basis,

Met vriendelijke groeten,

Dr. Els Van Hecke

HAIO

Toestemmingsverklaring
Informatie-overdracht van de palliatieve patiënt in de huisartsenwachtpost

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studies.

Ik stem erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

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

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.
De deelnemer kan zich op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen.

Gelezen en goedgekeurd,

Naam arts/onderzoeker:	Naam Deelnemer:
Datum:	Datum:
Handtekening:	Handtekening:

Informatie-overdracht van de palliatieve patiënt in de huisartsenwachtpost

Beste collega van de wachtpost Aalst,

In het kader van de opleiding huisartsgeneeskunde, wil ik met mijn thesis te achterhalen wat de bevorderende en belemmerende factoren zijn om informatie over palliatieve patiënten die u opvolgt, over te dragen naar de huisartsenwachtpost.

Gedurende een wacht wordt de arts soms geconfronteerd met palliatieve patiënten die door andere huisartsen opgevolgd worden. Correcte informatieoverdracht tussen artsen is hierbij noodzakelijk om optimale zorg te kunnen bieden voor palliatieve patiënten, ook tijdens de wachtdienst. In de huisartsenwachtpost van Aalst bestaan er hiervoor – bij navraag – tot op heden nog geen duidelijke richtlijnen. Echter is het bij deze patiënten van het grootste belang om op de hoogte te zijn van de stand van zaken betreffende de medische situatie, de ingestelde therapie, de betrokken spelers, de wensen van de patiënt en de afspraken die reeds gemaakt zijn omtrent bepaalde medische handelingen.

Het doel van deze studie is om te achterhalen wat de bevorderende en belemmerende factorenzijn die door de huisartsen van het wachtgebied Aalst aangegeven worden met betrekking tot het beschikbaar stellen van relevante medische informatie over hun palliatieve patiënt voor de wachtpost van Aalst. Tevens zal nagegaan worden hoe relevant zij deze factoren vinden. Het uiteindelijke doel is op basis hiervan een uniforme richtlijn op te stellen om kwalitatieve zorg te garanderen.

Graag had ik uw ervaringen hierover vernomen a.h.v. een interview. Hierbij zal verder worden ingegaan op de belemmerende factoren die U ervaart wanneer het gaat over de informatieoverdracht over Uw palliatieve patiënten. Tevens had ik ook graag gestaafd naar welke voordelen U hierin ziet om dit anders aan te pakken. Tijdens het interview zal worden gepeild naar uw visie. Dit interview duurt ongeveer een uur en zal gebeuren bij 10 artsen uit solo-, duo- en groepspraktijken uit het wachtgebied Aalst.

Uiteraard wordt alle informatie bekomen uit het interview met de grootste omzichtigheid behandeld en zal Uw privacy gerespecteerd worden. Zo zal Uw naam niet vermeld worden in de thesis en worden uw persoonlijke antwoorden enkel ingezien door de onderzoekers van de studie. Een informed consent zal vooraf getekend worden.

Vertrouwelijkheid

Tijdens het interview zal het gesprek audio (‘op band’) worden opgenomen. Nadien zullen transcripts gemaakt worden van de gesprekken (m.a.w. een letterlijke weergave). De audio's en transcripts worden bewaard voor analyse tot het aflopen van de studie.

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

Verzekering:

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt.
De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag.

Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Indien U wenst deel te nemen kan U contact met mij opnemen via:

Mail: els.vh@hotmail.com

- GSM: 0494/77.10.11

Deelname is uiteraard niet verplicht en deelname dient te gebeuren op vrijwillige basis,

Hopelijk tot binnenkort,

Met vriendelijke groeten,

Dr. Els Van Hecke

HAIO

Toestemmingsverklaring
Informatie-overdracht van de palliatieve patiënt in de huisartsenwachtpost

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studies.

Ik stem erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

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

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.
De deelnemer kan zich op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen.

Gelezen en goedgekeurd,

Naam arts/onderzoeker:	Naam Deelnemer:
Datum:	Datum:
Handtekening:	Handtekening:

Topic lijst interview

1. Werkt u in een solopraktijk/duopraktijk of groepspraktijk?
    a. Zou u zeggen dat u in een meer landelijke of meer stedelijke praktijk werkt?
2. Heeft u palliatieve patiënten die u zelf opvolgt?
3. Bent u als wachtdoende arts reeds bij een palliatieve patiënt van een collega geroepen? (10-15 minuten)
    a. Hoe ervaarde u het contact met deze palliatieve patiënt?
    b. Welke informatie omtrent deze patiënt had u nodig op dat moment?
        i. Op welke manier was deze informatie beschikbaar?
        ii. Verliep de informatie overdracht naar u als wachtarts vlot?
        iii. Merkt u verschillen tussen de verschillende artsen en zo ja, de welke?
4. Is een andere wachtdoende arts reeds bij uw eigen palliatieve patiënt geroepen? (25-35min)
    a. Hoe stelt u de informatie over uw palliatieve patiënt beschikbaar naar de wachtdoende arts?
        i. Waarom stelt u de informatie op deze manier beschikbaar?
    b. Wat kan volgens uzelf nog beter?
        i. Wat houdt u tegen om dit toe te passen?
    c. Hebt u reeds feedback gekregen van andere wachtdoende artsen omtrent de beschikbare informatie over uw palliatieve patiënt?
        i. Wat is uw mening hierover?
    d. Als een wachtdoende arts bij uw palliatieve patiënt is langs geweest, hoe komt u te weten welk beleid gekozen is of wat afgesproken is?
        i. Wat vind u van deze methoden van uw collega's?