# Wat is essentiële chronische zorg

## Kwalitatief onderzoek bij huisartsen en patiënten met een chronische aandoening

Dierickx Ellen – Universiteit Gent

De Smet Elise – Universiteit Gent

Willems Alexandra – Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Pauline Boeckxstaens – Universiteit Gent

Co-promotoren: Dr. Ellis Van Daele – Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2022 – 2023]

*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.*

## Abstract

**Context**: De covid pandemie zorgde er vanaf maart 2020 voor dat medische zorg in België anders moest georganiseerd worden. Er kwam een dwingend advies om alle niet-essentiële zorg uit te stellen of op een alternatieve manier te laten doorgaan. De reflectie die patiënten en professionals hier maken over chronische zorg, kan de kwaliteit van chronische zorg ten goede komen. Hoe werd de keuze gemaakt om bepaalde chronische zorg wel of niet te laten doorgaan, welke factoren werden hierbij in rekening gebracht en hoe werd dit ervaren door zowel arts als patiënt? Kortom, wat is essentieel bij chronische zorg?

**Methode**: Deze studie omvat een kwalitatieve analyse van semi-gestructureerde interviews bij vijftien huisartsen en vijftien chronische patiënten. De huisartsen werden door de drie arts-onderzoekers gerekruteerd. De patiënten werden geselecteerd door de deelnemende huisartsen. De interviews werden opgenomen om nadien te worden uitgeschreven en gepseudonimiseerd. Het coderen gebeurde aan de hand van triangulatie. De onderzoeksresultaten werden verwerkt op basis van thematische analyse.

**Resultaten**: Uit de interviews van zowel huisartsen als patiënten komen zeven gezamenlijke thema's naar voren. Ten eerste is de nabijheid van de huisarts met aandacht voor het psychisch welzijn cruciaal. Ten tweede wordt de huisarts ook aanzien als manager die het multidisciplinair team rond de patiënt aanstuurt. Daarnaast vinden de participanten het belangrijk dat de continuïteit van de zorg steeds gegarandeerd wordt. Er komt tevens naar voren dat de context, namelijk omgeving en levenswijze, van de patiënt een belangrijke rol speelt in zijn of haar chronische zorg. Ook aandacht besteden aan het functioneren van de patiënt is essentieel om zo de levenskwaliteit te verbeteren. De huisarts vormt een belangrijke pilaar om de patiënt te motiveren tot een gezonde levensstijl. Als laatste wordt de huisarts aanzien als clinicus, die de medische toestand en de medicatie van de chronische patiënt opvolgt.

**Conclusie**: Essentiële chronische zorg kan gedefinieerd worden aan de hand van zeven thema's. Daarbij staat nabijheid, het menselijke aspect en de vertrouwensband op de voorgrond. Daarnaast fungeert de huisarts als manager, garandeert hij/zij de continuïteit van zorg en heeft hij/zij aandacht voor de context van de patiënt, zijn levenskwaliteit en levensstijl. Ook het puur medische aspect, de huisarts als clinicus, is één van de zeven thema's. Om de chronische zorg in de toekomst verder te optimaliseren, kan nagegaan worden hoe deze thema's omgezet kunnen worden naar competenties en breder kunnen toegepast worden binnen de eerste lijn.

# Inhoudsopgave


Inleiding ..... 1
Vraagstelling ..... 1
Methode ..... 1
Resultaten ..... 2
- Nabijheid ..... 2
- Manager ..... 3
- Continuïteit ..... 3
- Context ..... 4
- Levenskwaliteit ..... 5
- Levensstijl ..... 5
- Clinicus ..... 6

Bespreking ..... 6
- Nabijheid in de hoofdrol ..... 7
- Zeven thema's binnen essentiële chronische zorg ..... 7
- Sterktes en beperkingen van het onderzoek ..... 8
- Aanbevelingen voor verder onderzoek ..... 8

Besluit ..... 9
Referenties ..... 9
Bijlagen ..... 10
- Persoonlijke reflectie – Ellen Dierickx ..... 10
- Persoonlijke reflectie – Elise De Smet ..... 11
- Persoonlijke reflectie – Alexandra Willems ..... 13

# Wat is essentiële chronische zorg?

Kwalitatief onderzoek bij huisartsen en patiënten met een chronische aandoening

## Inleiding

Begin 2020 raakte de wereld in de ban van een nieuwe infectieziekte. COVID19 had een ware pandemie tot gevolg en bracht in sneltempo grote veranderingen in onze maatschappij en gezondheidszorg teweeg. De angst voor besmetting zorgde ervoor dat heel wat zorg werd uitgesteld, zowel door hulpverleners als door patiënten. Dit werd duidelijk aangetoond door de onderzoeken van het Vlaams Patiëntenplatform (1,2). Consultaties, technische onderzoeken, therapeutische handelingen, operaties, screeningsonderzoeken en zo verder werden voor onbepaalde tijd op de langere baan geschoven. Alternatieven drongen zich op: telefonisch advies en videoconsultaties maakten al snel deel uit van het nieuwe normaal. Nooit eerder werd op een dergelijke manier praktijk gevoerd.

Niet-essentiële zorg moest uitgesteld worden, maar op welke manier worden dergelijke beslissingen genomen? Welke zorg is niet essentieel en welke zorg is dat wel? Zowel patiënten als artsen konden moeilijk een antwoord op deze vragen formuleren. De reflectie die hieruit voortvloeit, kan de kwaliteit van chronische zorg ten goede komen.

Tijdens de covid pandemie werd de huisartsgeneeskunde geconfronteerd met het gebrek aan conceptuele klaarheid over chronische zorg, een onderdeel dat steeds meer van belang wordt. Desondanks bestaat er in de literatuur nog steeds geen duidelijke definitie van wat chronische zorg nu exact inhoudt en wordt er nog steeds in het duister getast bij de vraag ‘Wat is essentiële chronische zorg?’ (3).

Wat is bekend?

- Chronische zorg wordt steeds belangrijker in de huisartsgeneeskunde.
- Er is een gebrek aan conceptuele klaarheid over chronische zorg.

Wat is nieuw?

- Kwalitatief onderzoek vanuit het standpunt van zowel huisartsen als patiënten.
- Er is een hoofdrol weggelegd voor de nabijheid van de huisarts.

In dit onderzoek wordt samen met enkele huisartsen en patiënten op zoek gegaan naar verheldering van dit onderwerp.

## Vraagstelling

In dit artikel wordt op zoek gegaan naar een definitie van chronische zorg en de essentiële aspecten hieraan. Wat is nu essentiële chronische zorg?

## Methode

Deze kwalitatieve studie (periode november 2021 – mei 2022) analyseert via semigestructureerde interviews de visie van huisartsen en patiënten over de definitie van essentiële chronische zorg. Het Ethisch Comité UZ Gent keurde deze studie goed onder volgende registratienummers: BC – 10334/10335/10336.

De huisartsen werden op vrijwillige basis gerekruteerd door de drie arts-onderzoekers. De geïnterviewde patiënten, allen met een of meer chronische aandoening(en), werden geselecteerd door hun behandelende

huisartsen. Patiënten jonger dan achttien jaar en wilsonbekwame patiënten werden niet opgenomen in het onderzoek. Interviews werden afgenomen tot datasaturatie bereikt werd. Aan het begin van elk interview ondertekenden de deelnemers het geïnformeerd toestemmingsformulier.
Na elk interview werden de vragenlijsten voor de volgende interviews zo nodig aangepast. Audio-opnames van de interviews werden woordelijk uitgeschreven en vervolgens gepseudonimiseerd.
De onderzoeksresultaten werden verwerkt op basis van thematische analyse. Triangulatie werd toegepast: twee van de drie arts-onderzoekers codeerden onafhankelijk van elkaar de interviews van de derde arts-onderzoeker. De aangebrachte coderingen werden in meerdere consensusvergaderingen vergeleken, waarbij verschillen besproken werden en zo een consensus bereikt kon worden.

## Resultaten

In dit onderzoek werden vijftien huisartsen en vijftien patiënten geïnterviewd. De meerderheid van de deelnemers zijn afkomstig uit een landelijk gebied. De gemiddelde leeftijd van de artsen is 44 jaar. Een grote meerderheid werkt in een duo- of groepspraktijk, twee artsen werken solo. De gemiddelde leeftijd van de patiënten is 69 jaar, mannen en vrouwen gelijk verdeeld (tabel 1).
De patiënteninterviews waren zeer anekdotisch en verhalend, waardoor overkoepelende thema's moeilijker te destilleren waren dan bij de artseninterviews. Hierdoor werd beslist om de centrale thema's uit de artseninterviews te halen. Nadien werden de patiënteninterviews naar dezelfde thema's gecodeerd. Vooral nabijheid en de huisarts als vertrouwenspersoon komen sterk op de voorgrond. De thema's worden gestaafd met quotes uit zowel de artsen- als de patiënteninterviews.

### Nabijheid

*Ik denk dat ik eerder wel het belang heb gezien van hoeveel deugd het kan doen voor de mensen om gewoon eens binnen te springen. Niet altijd voor die grote, zuivere geneeskunde, maar voor dat menselijk contact, voor dat babbeltje. Dus het heeft mij wel doen beseffen dat je als huisarts heel waardevol kan zijn gewoon in het menselijk contact.* (Arts 1)

De nabijheid en het menselijk aspect van de huisarts komen in de meeste interviews sterk naar voren. Hierbij geven meerdere huisartsen het belang aan van een goede babbel met de patiënt door middel van de cruciale vraag '*Oe ist?*'. Zo wordt op zoek gegaan naar hoe het echt met de patiënt

| | Huisartsen | Patiënten |
|---|---|---|
| Aantal | 15 | 15 |
| Gemiddelde leeftijd (jaar) | 44 | 69 |
| Aantal mannen/vrouwen | 7/8 | 7/8 |
| Praktijktype: solo/duo/groep | 2/6/7 | 3/6/6 |
| Landelijke ligging | 9 | 9 |

Tabel 1: Demografische gegevens

gaat en probeert de huisarts de patiënt te ondersteunen. Een luisterend oor bieden komt ook sterk naar voren, zodat de patiënt zich gehoord voelt. Patiënten geven tevens aan dat de vertrouwensband met de huisarts essentieel is. Dit zorgt ervoor dat patiënten een lagere drempel ondervinden om over hun problemen te spreken.

*Het allerbelangrijkste is dat er geluisterd wordt. Dat ik gehoord word. En dat jullie dan, want jullie hebben ervoor gestudeerd, beslissen of er verder gegaan moet worden of niet. En dat kan alleen maar als er een vertrouwensband is. Een verhaal is voor mij belangrijker dan een bloeddruk meten.* (Patiënt 4)

### Manager

De huisarts wordt aangeduid als de spilfiguur in een breder netwerk van zorgprofessionals binnen de zorg voor de patiënt. Artsen hechten belang aan een goede samenwerking met apotheek, OCMW, sociaal assistenten en mantelzorgers.

*Automatisch kom je dan ook bij samenwerking, bijvoorbeeld is de samenwerking met de apotheek goed in verband met medicatielijsten, is de samenwerking met de thuisverpleging goed want zij zetten de medicatie klaar, de partners kennen bij chronische zorg. Als je ze niet kent, dan kan je niet deftig samenwerken.* (Arts 15)

Patiënten vertellen over de rol van de huisarts in het doorverwijzen naar specialisten of paramedici zoals verpleegkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten en psychologen. Het aanreiken van hulp aan huis, zoals poetshulp en maaltijden aan huis, behoort volgens verschillende patiënten tot het takenpakket van hun huisarts.

*Ik ben nog nooit rechtstreeks naar een specialist geweest. Ik zie de huisarts als een tussenpersoon die mij, als dat nodig zou zijn, doorverwijst naar de correcte persoon. Hoe kan ik anders weten bij wie ik terecht zou moeten komen van die specialisten.* (Patiënt 9)

Een van de huisartsen geeft aan een aantal verantwoordelijkheden te willen overdragen naar een praktijkassistent, bijvoorbeeld de meer routinematige zaken zoals het nemen van parameters en het afnemen van bloedafnames. Een deel van de patiënten en huisartsen zijn van mening dat ook de patiënt zelf een rol te vervullen heeft en eigen verantwoordelijkheden heeft. Hiertoe behoort het beheer van de agenda en tijdig aanvragen van voorschriften. Het leggen van verantwoordelijkheden bij de patiënt kent zijn voor- en tegenstanders.

*Het eigen proces mee in handen kunnen pakken, soms is dat niet goed. (...) Bij mij is het soms nodig dat iemand anders zegt van nu moet het zo en niet anders.* (Patiënt 13)

*Dat is wel iets waar ik mezelf nog een beetje op de vingers kan tikken. Dat ik nog vaak, of te vaak, het gevoel heb van ik moet het hier allemaal onder controle houden, terwijl die actieve participatie veel belangrijker zal worden.* (Arts 10)

### Continuïteit

Het garanderen van continuïteit van de zorg blijkt zowel voor huisartsen als patiënten van cruciaal belang te zijn binnen de chronische zorg. In het bepalen van het opvolgschema houden huisartsen rekening met ziekte-inzicht, therapietrouw en zelfstandige

zelfzorg. Zo halen meerdere huisartsen aan patiënten met een slechte compliance van naderbij te willen opvolgen. In dialoog gaan met de patiënt om zo rekening te houden met diens verwachtingen, is ook van belang.

*Natuurlijk speelt ook de opvatting van de patiënt een rol. Hoeveel ziektebesef is er, hoeveel zelfzorg is er op vlak van opvolging, therapietrouw. Het is een beetje de mix van dit alles die gaat bepalen hoe jij in samenspraak met je patiënt gaat beslissen hoe kordaat, hoe frequent gaan we ze opvolgen.* (Arts 9)

Patiënten die op consultatie opgevolgd worden, krijgen vaak de verantwoordelijkheid van de arts om zelf hun vervolgafspraak te maken. In de meeste gevallen is dit op het moment dat de medicatievoorschriften op zijn, vandaar dat sommige huisartsen het belang aanhalen van het voorschrijven van medicatie voor een bepaalde periode rekening houdende met de gezondheidstoestand van de patiënt.

*Zo hebben we in de praktijk ook een aantal chronische aandoeningen gelabeld van kijk jij moet om de drie maand, jij moet om de vier maand en jij moet om de zes maand eens bij de huisarts zijn. Niet meer het systeem van, zijn je pillen op, je moet komen. Meer het systeem van kijken hoe lang de patiënt moet voort kunnen met zijn medicatie.* (Arts 15)

De meerderheid van de patiënten die op huisbezoek gezien worden, houden vast aan een vastgelegd - meestal maandelijks - opvolgschema en hechten vooral belang aan de mogelijkheid tot het tussendoor contacteren van de arts. Volgens verschillende huisartsen is dit strikt schema medisch gezien niet steeds noodzakelijk, maar biedt dit de mogelijkheid aandacht te besteden aan het ontdekken van nieuwe problemen, preventie en het mentale welzijn van de patiënt.

*Ik denk dat wij altijd een schema in ons hoofd moeten houden van dat en dat is belangrijk en dat moet zeker. Ik vind dat niets uitgesteld kan worden. Het is niet altijd nodig eh dat je binnengaat, maar je creëert wel de ruimte om nieuwe dingen te ontdekken of dat er nieuwe dingen aangebracht worden.* (Arts 5)

## Context

De huisarts staat dicht bij de patiënt en kent zijn of haar omgeving en levenswijze. Dit wordt mede gefaciliteerd door huisbezoeken. Uit de interviews blijkt echter dat het merendeel van de huisartsen geen grote voorstander zijn van huisbezoeken. Argumenten als ‘tijdsinefficiënt’ en ‘onpraktisch’ worden aangehaald. Toch benadrukt een aantal huisartsen ook de meerwaarde van een huisbezoek.

*Langs de ene kant werk je veel praktischer, sneller, gemakkelijker op de consultatie. (...) Je verliest ook veel minder tijd, want je moet niet rondrijden. Langs de andere kant kan een huisbezoek ook wel veel leren vind ik. (...) Bijvoorbeeld een COPD-patiënt, als je daar binnenkomt en je ziet dat het huis vol ligt met tapijten en er lopen tien poezen rond en de partner zit daar binnen te roken, dan weet je ook waarom die COPD niet onder controle is.* (Arts 1)

*Door de mens medisch en psychisch zo goed mogelijk te begeleiden en te kijken of de patiënt goed omringd is van zorg op gelijk welke manier. Kan hij het zelf of heeft hij extra ondersteuning nodig van een verpleegkundige of een poetsvrouw of moeten er maaltijden zijn?* (Arts 2)

Mobiliteit is een van de redenen die het frequentst naar voren komt om te kiezen voor een huisbezoek in plaats van een consultatie in de praktijk. Voor mensen die nog moeilijk te been zijn of patiënten die niet meer met de auto of fiets kunnen rijden, wordt er steeds een huisbezoek ingepland. Wat hiermee samenhangt is 'frailty'. Uit de interviews blijkt dat er vaker op huisbezoek gegaan wordt bij de eerder fraîle patiëntenpopulatie.

*Leeftijd is natuurlijk belangrijk, mobiliteit is belangrijk, mensen die schrik beginnen te krijgen om hun fiets te pakken of hun auto te pakken om tot hier te komen, of die niet meer kunnen om andere fysische redenen… dan zie je die meer thuis.* (Arts 12)

## Levenskwaliteit

*Essentiële chronische zorg heeft eigenlijk als doel van de patiënten met chronische pathologie zo lang mogelijk zo gezond mogelijk thuis te houden. Zodanig dat die patiënt zo lang mogelijk zelfstandig kan zijn, ambulant kan zijn, zijn plan kan trekken, zelf naar Delhaize of Colruyt kan gaan, zijn kinderen kan zien, zijn kleinkinderen kan zien. Een zo normaal mogelijk leven leiden, buiten alle instellingen.* (Arts 12)

Een thema dat volgens de participanten van dit onderzoek zeker niet mag ontbreken is levenskwaliteit. Binnen dit thema wordt er gesproken over verschillende onderwerpen. Zowel huisartsen als patiënten hechten belang aan het zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, met de nodige aanpassingen. De meeste patiënten verwachten dat de huisarts hen hierin kan ondersteunen, medisch, maar ook op praktisch vlak.

Ook het aanpakken van de eenzaamheidsproblematiek verhoogt de levenskwaliteit van de patiënt. Patiënten zien sociaal contact als een onderdeel van hun behandeling. Ze voelen zich hierdoor mentaal beter en ervaren ook een invloed op hun pijnbeleving. Patiënten verwachten dat de huisarts adviezen kan geven om de eenzaamheidsproblematiek onder handen te nemen.

*Daar moet ook een link zijn voor het welzijn van die alleenstaanden of ouderen of koppels. En eigenlijk, dat is ook geneeskunde. 'Mensen kom naar buiten.' (...) Je kan veel doen zonder dat er één pilletje aan te pas komt als huisarts. Maar dat is weten wat er in het dorp te doen is. Beleving. Dat is medicatie.* (Patiënt 14)

## Levensstijl

Uit de interviews blijkt dat ook levensstijlmaatregelen een belangrijk onderdeel zijn binnen de zorg van een chronische patiënt. Nochtans geven de meeste artsen aan dat het niet altijd even gemakkelijk is om mensen te motiveren tot levensstijlveranderingen. Sommige artsen grijpen de bespreking van de bloedresultaten aan om levensstijladviezen.

*Ik denk dat je geen goede chronische zorg kan bieden zonder aandacht te besteden aan levensstijlmaatregelen. Het ene gaat volgens mij niet zonder het andere, want bloeddruk wordt ook beïnvloed door levensstijl. Zelfs depressies worden beïnvloed door levensstijl, iemand die depressief is moet je buiten krijgen, die moet gaan wandelen, die moet zijn hoofd kunnen leegmaken, die moet bewegen. Gezonde voeding kan volgens mij ook helpen om je beter in je vel te voelen.* (Arts 1)

De meerderheid van de patiënten geeft aan dat levensstijl een belangrijk onderdeel is van hun chronische zorg. Ze verwachten dat

de arts hen hierop wijst, maar beseffen dat de verantwoordelijkheid om bijvoorbeeld effectief te stoppen met roken of meer te bewegen bij hen ligt.

*Ik denk eigenlijk wel dat het belangrijk is om bij chronische patiënten in te zetten op een gezonde levensstijl omdat ik denk dat hun prognose en levensverwachting hierdoor wel beter wordt.* (Patiënt 12)

### Clinicus

Bij het analyseren van de interviews werd duidelijk dat de huisartsen meer spreken over hun rol als clinicus dan de patiënten. Globaal gezien worden wel dezelfde onderwerpen aangesneden. Het nakijken van de parameters is voor zowel huisartsen als patiënten belangrijk, bijvoorbeeld bloeddruk, pols, saturatie en gewicht. Klinisch en technisch onderzoek horen ook thuis binnen dit thema: auscultatie van hart en longen, inspectie van oedemen, bloedonderzoek. Enkele artsen wensen hierbij beroep te doen op de evidence-based richtlijnen, en proberen deze zo goed mogelijk toe te passen. Een derde grote pijler binnen het klinische luik is medicatiegebruik en -toezicht.

*Medicatiecontrole, want daar gebeuren er veel fouten. Dingen die wegvallen of dingen die dubbel genomen worden als je dat niet bij elk voorschrift kan overlopen. Ik zeg vaak van pak eens je doos met je pillen en dan overloop ik eens.* (Arts 5)

*Ik heb effectief de lijst genomen en gezegd 'waarom dient dat' 'ahja oei je moet dat niet meer nemen'. Dat wordt te weinig gedaan, kritisch zijn ten opzichte van de medicatie.* (Patiënt 10)

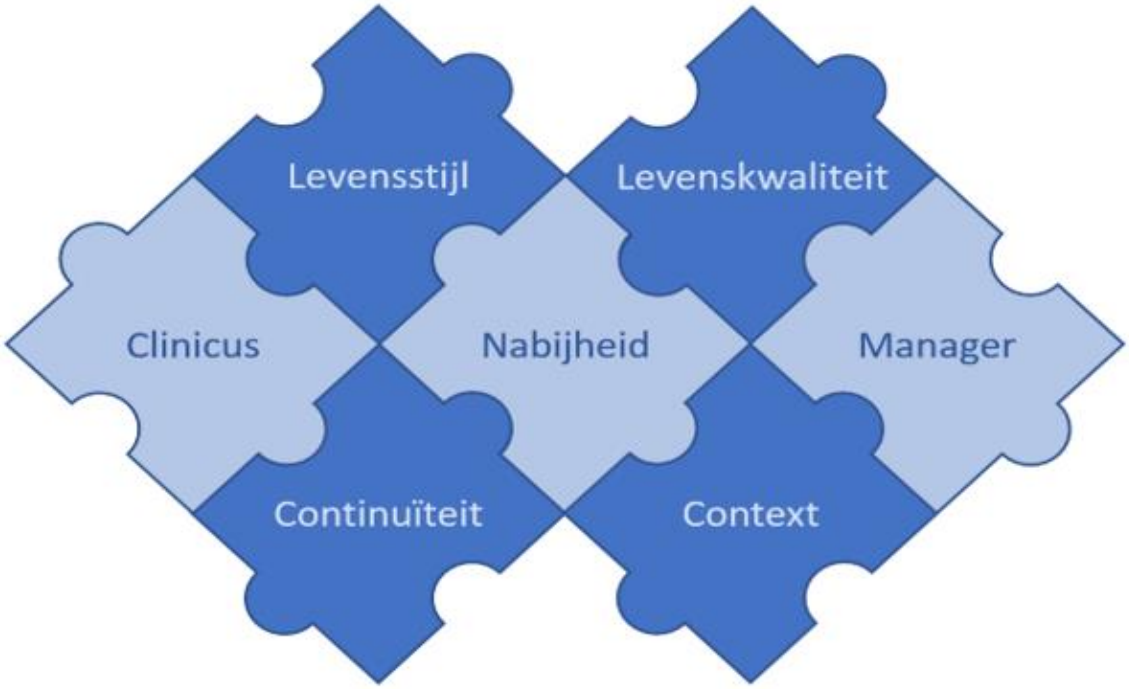
Er dient ook aandacht te zijn voor preventieve handelingen. Enkele huisartsen en patiënten halen uitstrijkjes, preventieve mammografieën, het bevolkingsonderzoek naar darmkanker en osteoporosescreening aan. Vaccinaties tegen influenza, pneumococcen en nu ook covid komen aan bod. Gezonde voeding, rookstop en voldoende beweging sluiten dit rijtje af. Thema's die bij sommige huisartsen aan bod komen zijn vroegtijdige zorgplanning en de zorgtrajecten. Enkele huisartsen geven aan dat zij naar eigen gevoel te weinig tijd kunnen besteden aan zorgplanning, terwijl ze daar wel veel belang aan hechten.

Tenslotte kwam het onderwerp zelfmonitoring aan bod. Enkele huisartsen sporen patiënten aan om een eigen bloeddrukmeter in huis te hebben, of zelf glycemiewaarden op te volgen. Ook het gebruik van apps, met herinneringen aan bijvoorbeeld tandartsbezoeken of bloedonderzoeken, werd door een arts aangehaald.

## Bespreking

Huisartsen worden geconfronteerd met een tekort aan een definitie van essentiële chronische zorg (3). Er komen zeven thema's naar voren uit de interviews: nabijheid van de huisarts, manager van het multidisciplinaire team, continuïteit van zorg, context van de patiënt met een chronische

Figuur 1: Thema's binnen essentiële chronische zorg




aandoening, levenskwaliteit en levensstijl en de huisarts als clinicus (figuur 1).

## Nabijheid in de hoofdrol

Zowel de geïnterviewde huisartsen als patiënten hechten veel belang aan de nabijheid van de huisarts. De vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt komt hierbij sterk naar voren, met de cruciale vraag 'Oe ist?'. Ook Lucassen en Terluin zagen dat huisartsen bij uitstek artsen zijn die oog hebben voor het verhaal van de patiënt en dat patiënten dit ook op prijs stellen.

Er wordt niet zozeer beroep gedaan op de huisarts als medicus, maar veel meer op de huisarts als vertrouwenspersoon (4).

## Zeven thema's binnen essentiële chronische zorg

Naast het thema 'nabijheid', kunnen er aan de hand van de huisartsen- en patiënteninterviews nog zes andere thema's binnen de chronische zorg worden gedefinieerd.

Zo wordt de huisarts aanzien als manager die het multidisciplinair team rond de patiënt aanstuurt. Een van de hoofdcompetenties binnen de Wonca Tree is 'primary care management', waarbij de huisarts onder andere verondersteld wordt de nodige doorverwijzingen te doen naar collega specialisten of paramedici (5). Ook de patiënt zelf wordt gezien als een schakel binnen zijn eigen team en is mee verantwoordelijk voor zijn zorg.

Zowel huisartsen als patiënten vinden het belangrijk dat de continuïteit van de zorg steeds gegarandeerd wordt. Huisartsen houden hierbij vooral rekening met ziekte-inzicht, therapietrouw en aanwezige zelfzorg om een geschikt opvolgschema vast te leggen. Gelijklopend met de studieresultaten uit het onderzoek van Ljungholm L. is patiëntgericht te werk gaan belangrijk om op lange termijn goede zorg te garanderen (6).

Dat de context van de patiënt een belangrijke rol speelt in zijn of haar chronische zorg komt ook naar voren. De huisarts leert de patiënt in zijn of haar omgeving kennen, voornamelijk door op huisbezoek te gaan. De context bepaalt ook of die huisbezoeken nodig zijn, bijvoorbeeld bij oudere of minder mobiele patiënten. Dit werd ook duidelijk uit de kwalitatieve studie van Theile G. en anderen (7).

Tevens is aandacht besteden aan het functioneren van de patiënt essentieel om zo de levenskwaliteit te verbeteren. Zowel huisartsen als patiënten hechten belang aan het zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, met de nodige aanpassingen. Ook het aanpakken van de eenzaamheidsproblematiek verhoogt de levenskwaliteit. De meeste patiënten verwachten dat de huisarts hen daarbij helpt. Ook in de literatuur wordt een duidelijke link gelegd tussen levenskwaliteit en chronische aandoeningen, en de rol die de huisarts hierin kan opnemen. Multimorbiditeit komt in elke huisartsenpraktijk voor en kan een nefaste impact hebben op zowel het mentale als het fysieke welzijn van deze patiënten. Het is voor huisartsen dan ook een grote uitdaging om hun levenskwaliteit zo goed mogelijk te houden (8,9).

De huisarts vormt ook een belangrijke pilaar om de patiënt te motiveren tot een gezonde levensstijl, ook al geven artsen aan dat dit niet altijd even gemakkelijk is. De huisarts dient over voldoende kennis te beschikken om correcte adviezen te geven en correcte doorverwijzingen te kunnen doen (10).

Tot slot wordt de huisarts aanzien als clinicus met de nodige medische kennis. Evidence-based richtlijnen dienen zo goed mogelijk toegepast te worden. Er wordt aandacht besteed aan het opvolgen van parameters, klinisch en technisch onderzoek, medicatietoezicht en preventieve handelingen zoals vaccinaties en screeningsprogramma's. C. Ritz en anderen leggen de nadruk niet zozeer op het stellen van een diagnose, maar eerder op een evenwicht vinden tussen evidence-based richtlijnen, de prioriteiten van de patiënt en het behouden van levenskwaliteit (11).

## Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Dusver is dit de eerste studie die zowel peilt naar het huisartsen- als het patiëntenperspectief op de definitie van essentiële chronische zorg. Deze studie betrekt een gevarieerde sample van huisartsen. Ondanks de relatief kleine onderzoekssample werd volledige datasaturatie bereikt.

Een eerste beperking van dit onderzoek is dat huisartsen, werkzaam in de praktijk waar de arts-onderzoekers stage liepen, de chronische patiënten hebben aangebracht. Dit leidt tot een risico op selectiebias. Een tweede beperking kan teruggevonden worden bij het coderen. Eerst werden de huisartsinterviews gecodeerd om nadien de gevonden thema's te gebruiken voor het coderen van de patiënteninterviews.

## Aanbevelingen voor verder onderzoek

Het verder uitwerken van chronische zorg binnen elk van deze domeinen is noodzakelijk om de zorg voor de patiënt in de toekomst verder te optimaliseren. Er dient nagekeken te worden hoe deze aanbevelingen in de huisartsenpraktijk kunnen worden toegepast en welke competenties en randvoorwaarden in de praktijk noodzakelijk zijn om deze thema's volwaardig tot ontplooiing te brengen. Dit onderzoek kan ook een basis zijn voor het verkennen van de rol van andere zorgverleners uit de eerste lijn. Onderzoek

naar een financiële tegemoetkoming voor de huisarts, om zich maximaal in te zetten voor de chronische zorg, kan een derde aanbeveling zijn.

## Besluit

De rol van de huisarts binnen essentiële chronische zorg kan gedefinieerd worden aan de hand van zeven thema's. Daarbij staan nabijheid, het menselijke aspect en de vertrouwensband op de voorgrond. Daarnaast fungeert de huisarts als manager, garandeert hij/zij de continuïteit van zorg, heeft hij/zij aandacht voor de context van de patiënt, alsook de levenskwaliteit en levensstijl. Tot slot fungeert de arts als clinicus.

## Referenties


1. Vlaams Patiëntenplatform vzw. Wordt zorg bij personen met een chronische aandoening uitgesteld wegens het coronavirus COVID-19? Heverlee: Vlaams Patiëntenplatform vzw; 2020. 27p.
2. Vlaams Patiëntenplatform vzw. Hoe verloopt de heropstart van de zorg voor personen met een chronische aandoening? Heverlee: Vlaams Patiëntenplatform vzw; 2020. 63p
3. Michielsen L, Bisschoff E, Schermer T et al. Primary healthcare competencies needed in the management of integrated and person-centred care for chronic illness and multimorbidity - Results of a scoping review. Research square. 2022. Doi: https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1081475/v1
4. Lucassen P, Terluin B. Alledaagse problemen: ook een zaak voor de huisarts. Huisarts Wet. 2001;44(12):550-2.
5. European Academy of teachers in general practice. The European definition of general practise/family medicine. WONCA Europe 2011. 11p.
6. Ljungholm L, Edin-Liljegren A, Ekstedt M et al. What is needed for continuity of care and how can we achieve it? – Perceptions among multiprofessionals on the chronic care trajectory. BMC Health Serv Res. 2022;22:686.
7. Theile G, Kruschinski C, Buck M et al. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. BMC Fam Pract. 2011;12:24. doi: 10.1186/1471-2296-12-24.
8. Makovski T, Schmitz S et al. Multimorbidity and quality of life: Systematic review and meta-analysis. Ageing Research Reviews. 2019;53:100903. doi: 10.1016/j.arr.2019.04.005.
9. Skou S, Mair F et al. Multimorbidity. Nat Rev Dis Primers. 2022;8:42. doi: 10.1038/s41572-022-00376-4doi.org/10.1038/s41572-022-00376-4
10. Znyk M, Polanska K, Wojtysiak P et al. Predictors of Counselling Related to a Healthy Lifestyle Carried Out by a General Practitioner. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2019; 16:4475. Doi:10.3390/ijerph16224475.
11. Ritz C, Sader J et al. Multimorbidity and clinical reasoning through the eyes of GPs: a qualitative study. study. Fam Med Com Health. 2021;8:e000798. doi: 10.1136/fmch-2020-000798

# Bijlagen

## Persoonlijke reflectie – Ellen Dierickx

*Verloop van het groepsproces en het persoonlijk aandeel hierin:*

Huisartsen-in-opleiding Elise De Smet, Alexandra Willems en ikzelf sloegen de handen in elkaar om samen een masterproef te schrijven. We studeerden samen aan Universiteit Gent. Het leek ons een leuk idee om te kiezen voor een groepswerk. Zo konden we elkaar intellectueel uitdagen, ondersteunen alsook motiveren. Initieel kende ik alleen Elise, maar ook met Alexandra leek het goed te klikken. We vormden met ons drie een uitmuntend team. Iedereen had zijn eigen unieke inbreng en elk van ons bracht nieuwe ideeën/inzichten aan.

Op het moment dat we een onderwerp moesten kiezen, was de medische wereld in de ban van de COVID19 pandemie. Tijdens onze stage als HAIO werd heel wat zorg uitgesteld, we maakten dit hierdoor van dichtbij mee. Het leek ons interessant om vanuit die optiek een onderwerp te kiezen. Welke zorg werd uitgesteld en welke niet? Van hieruit kon men zich de vraag stellen: Welke zorg is essentieel en welke niet?

Initieel wilden we ons onderzoek iets uitgebreider voeren en ons richten op verschillende types van zorg (acuut, chronisch, preventie) en daar op zoek gaan naar wat essentieel is. Echter na heel wat brainstormen, niet alleen onder ons drie maar ook met onze promotor prof. dr. Pauline Boeckxstaens en copromotor dr. Ellis Van Daele, kwamen we tot het besluit om ons verder te verdiepen in de chronische zorg. Als huisarts focust een belangrijk deel van je werk zich namelijk op chronische patiënten.

We besloten daarna, in overleg met onze promotor, unaniem om te opteren voor kwalitatief onderzoek. We wilden onderzoek doen aan de hand van diepte-interviews. We vonden het wel een leuk en innovatief idee om hierbij zowel huisartsen als chronische patiënten te betrekken. We gingen samen aan de slag en stelden een interviewgids op. We interviewden elk vijf huisartsen en vijf chronische patiënten waardoor het werk mooi verdeeld was. Het was wel een huzarenwerk om deze interviews helemaal uit te typen, maar ook hier deed iedereen mooi zijn eigen deel.
Ik vond het eigenlijk wel een fijne ervaring om diepte-interviews af te nemen bij zowel collega-huisartsen als patiënten. Het was enerzijds interessant de uiteenlopende visies van andere huisartsen te horen en zo eens stil te staan bij wat ikzelf, als huisarts-in-opleiding, eigenlijk belangrijk vind. Anderzijds vond ik de gesprekken met de patiënten zeker verrijkend. Tijdens de interviews kreeg je de kans om eens te horen hoe chronische patiënten zelf eigenlijk zorg ervaren en wat zij belangrijk vinden. Ze gaven vaak hun ongezouten mening en deden mij als HAIO eens kijken naar chronische zorg vanuit hun standpunt. Ik ervaar dit zeker als een meerwaarde voor mijn verdere carrière als huisarts.

Het ganse proces verliep eigenlijk enorm vlot. We vulden elkaar perfect aan. Iedereen hield zich tevens aan de tussentijdse deadlines waardoor we eigenlijk als een trein vooruitgingen. We wonen wat ver van elkaar waardoor we telkens online vergaderden, maar dit verliep eigenlijk wel

goed. We spraken vanaf de start geregeld af (quasi maandelijks) zodat we ons konden afstemmen op elkaar en onmiddellijk aan de slag gingen.

Niet alleen het afnemen en uittypen van de interviews was een groot werk, ook het analyseren nam veel tijd in beslag. We hadden echter een goed systeem gevonden waarbij we telkens de interviews van de andere twee HAIO's dienden te analyseren. Zo was ook hier het werk mooi verdeeld en was iedereen goed ingelezen in alle data. We deden het analyseren in verschillende étappes en spraken tussentijds geregeld af om de balans op te maken en te kijken waar we ons in de volgende interviews zeker moesten op focussen.

Na het uitvoeren van de thematische analyse vergaderden we over onze resultaten en beslisten we wat we eigenlijk wilden schrijven en zetten hierbij de grote lijnen reeds uit. Tijdens het uitschrijven werkten we in een gemeenschappelijk document waardoor iedereen elkaar mooi kon aanvullen. We schreven uiteindelijke alle drie ongeveer evenveel en dit verspreid over de verschillende delen van de thesis, waardoor we allemaal goed op de hoogte zijn. We kozen ervoor om alles uit te werken in de vorm van een artikel. Het was hierbij wel een uitdaging om ons tot het maximaal aantal woorden en zo echt tot de essentie te beperken.

Als ik terugkijk op het ganse proces ben ik zeer tevreden en zou ik direct opnieuw de handen in elkaar slaan met Elise en Alexandra. Iedereen werkte vol enthousiasme mee aan dit onderzoek en elk met onze eigen talenten brachten we dit tot een goed einde.

*Persoonlijke visie over de betekenis voor het werkveld:*
De gevonden onderzoeksresultaten sluiten eigenlijk nauw aan bij wat ikzelf als huisarts belangrijk vind. Dat nabijheid zo sterk naar voren komt, vind ik eigenlijk niet zo heel frappant. De vertrouwensrelatie is iets wat ik ook hoog in het vaandel draag. Voor mij vormt dit de basis van een goed patiëntencontact, dat de patiënten dit zelf ook zo ervaren, is voor mij eerder een bevestiging. Ik denk dat alle huisartsen tevens een ondersteunende rol kunnen spelen in de zorg voor de chronische patiënt en dat we hier in de toekomst nog meer moeten op inzetten. Het verder uitwerken van de gevonden thema's onder de vorm van zeven kerntaken is naar mijn mening belangrijk om een duidelijke missie betreffende chronische gezondheidszorg uit te stippelen. Zo kunnen we de zorg voor de chronische patiënt in de toekomst optimaliseren. Persoonlijk denk ik dat de huisarts tot op heden nog onvoldoende vergoed wordt om zich maximaal in te zetten op elk van deze zeven domeinen binnen de chronische zorg. Als je dit goed wilt doen, kost dit tijd en energie waarvoor je correct beloond dient te worden.

## Persoonlijke reflectie – Elise De Smet

*Verloop van het groepsproces en het persoonlijk aandeel hierin:*
Ik wou mij heel graag aansluiten bij een groepswerk. Ik vind een groepswerk absoluut een meerwaarde, op voorwaarde natuurlijk dat iedereen evenveel zijn steentje bijdraagt aan het project. Elk groepslid heeft zijn eigen talenten, je hoort verschillende visies, je werk wordt ook eens met andere ogen bekeken, je kan elkaar ondersteunen en stimuleren om het product tot een goed einde te kunnen brengen. Alexandra Willems en Ellen Dierickx kende ik elk afzonderlijk uit de opleiding geneeskunde aan de Universiteit Gent. Zij zijn twee aangename mensen op wie

je kan rekenen. Ik heb ons drie samengebracht en dit was de start van een zeer vruchtbare samenwerking.

Het onderwerp van onze thesis was redelijk snel beslist. Vanuit de voorgelegde onderwerpen waren er wel enkele die ons aanspraken, maar vooral de veranderende medische wereld door de COVID19 pandemie op dat moment, interesseerde ons het meest. Wij zaten midden in onze stage als HAIO toen de pandemie uitbrak en we zagen rondom ons dat zorg uitgesteld werd. Vanuit dat standpunt zijn we onze onderzoeksvraag gaan opstellen: welke zorg werd uitgesteld en welke niet?

Na het aanbrengen van onze onderzoeksvraag, kregen wij prof. dr. Pauline Boeckxstaens en dr. Ellis Van Daele als respectievelijk promotor en copromotor, toegewezen. De eerste meeting bestond vooral uit het verfijnen van de onderzoeksvraag. Initieel wilden wij ons onderzoek iets uitgebreider voeren en ons richten op verschillende types van zorg (acuut, preventief, chronisch). Op advies van onze promotor en copromotor, hebben we dit verengd tot enkel de chronische zorg. Het is immers een zeer belangrijk onderdeel binnen de huisartsgeneeskunde. Uiteindelijk kwamen we tot de onderzoeksvraag: wat is essentiële chronische zorg? Het leek ons zeer uitdagend aangezien er in de literatuur hier nog maar weinig van terug te vinden is.

Naar mijn gevoel verliep het literatuuronderzoek dan ook het moeilijkst in dit hele proces. Enerzijds was er heel weinig te vinden rond dit onderwerp, anderzijds had ik, maar ook mijn twee mede-HAIO's weinig motivatie tot het zoeken van artikels. Dit is het onderdeel van het hele thesisproces die mij het minste aanspreekt. Zij hebben mij echter gemotiveerd om hier toch de tijd voor te nemen en het gewoon te doen. Je wilt hen immers niet teleurstellen en ook je deel van het werk doen. Een belangrijk onderdeel in een goede samenwerking, in mijn opinie.

Over de methode waren we het heel snel eens. We beslisten om een kwalitatief onderzoek met diepte-interviews uit te voeren. Over een vijftal maanden waren alle interviews afgerond. Iedereen heeft hier evenveel in geparticipeerd. We hebben elk vijf huisartsen en vijf chronische patiënten geïnterviewd. Ik vond dit het leukste deel van de thesis. De persoonlijke ervaringen van zowel toekomstige collega's als chronische patiënten, vond ik zeer interessant. Ondertussen zaten we regelmatig samen om de reeds gedane interviews te analyseren. Op die manier konden toekomstige interviews eventueel nog aangevuld worden met de reeds verzamelde data. Er werd gewerkt met korte deadlines. Dit zorgde ervoor dat we het niet konden laten liggen of op de lange baan konden schuiven. Doordat we met drie werkten, voelde ik wel dat ik dit niet kon uitstellen want je wou de andere twee niet teleurstellen en ook je deel gedaan hebben. Iedereen heeft alle interviews gelezen. Ofwel zelf afgenomen en uitgetypt ofwel geanalyseerd. Onze tactiek was om telkens het interview van de twee mede-HAIO's te analyseren. Zo wist iedereen waarover het ging en werd er ook nog eens met een andere bril naar het interview gekeken dan degene die het interview heeft afgenomen.

Doordat we redelijk ver uit elkaar wonen en het grootste deel van het analyseren gebeurde tijdens onze ziekenhuisstage, beslisten we om telkens online samen te komen via een Teams-meeting. Dit verliep altijd zeer vlot.

Het contact met onze promotor en copromotor verliep ook zeer goed. Ze waren steeds bereikbaar bij vragen. Het was voor ons de eerste keer dat wij een kwalitatief onderzoek hebben uitgevoerd. Zij hebben ons hier zeer goed in begeleid, vooral op de manier waarop we het best gingen analyseren. In het begin was het wat zoeken, maar dankzij hun feedback, hadden we het snel onder de knie. We hebben enkele keren online samengezeten, maar ook eens in real life. Verder contact verliep vooral via mail. Met de feedback die we kregen gingen we dan ook meteen aan de slag. Er werd meteen een nieuw moment onder ons drie vastgelegd om aanpassingen aan het document door te voeren, zodat we dit niet zouden uitstellen.

Dankzij de goede samenwerking en de strikte deadlines, zijn wij nooit in tijdsnood geraakt. Het script was enkele maanden voor de deadline af waardoor we ons op het einde enkel nog moesten concentreren op de lay-out en de details. Ik ben zeer tevreden over ons eindproduct, maar vooral op de samenwerking tussen ons drie. Ik zou het meteen opnieuw met hen doen.

*Persoonlijke visie over de betekenis voor het werkveld:*

Chronische zorg vind ik een zeer belangrijk, en misschien wel, samen met preventie, het belangrijkste onderdeel binnen de huisartsengeneeskunde. Net na het afstuderen als basisarts, had ik dit nog niet helemaal door. Het is pas tijdens de HAIO-stage dat ik heb gemerkt dat dit zeer belangrijk is en het interesseert mij ook enorm. Ik wil het ook heel graag goed doen voor die chronische patiënten. Het persoonlijk contact met de toekomstige collega's en chronisch patiënten tijdens de diepte-interviews vind ik dan ook een zeer grote meerwaarde in mijn eigen groei als huisarts. Het was zeer leerrijk om de persoonlijke ervaringen en meningen van zowel huisartsen als chronische patiënten te horen. Als je start als huisarts, weet je dat je degene bent die de patiënt het beste kent in zijn thuisomgeving en de patiënt gezien hebt in zijn verschillende levensfases, maar dat dit ook voor de patiënt zo belangrijk is, vond ik het mooiste resultaat uit onze thesis. Het feit dat nabijheid zo hoog op de prioriteitsladder staat, vind ik fantastisch. Dit is uiteindelijk waar ik voor wil staan als huisarts: je patiënt door en door kennen, ondersteunen op medisch maar ook psychosociaal vlak en er zijn voor die patiënt, letterlijk.

## Persoonlijke reflectie – Alexandra Willems

Verloop van het groepsproces en persoonlijk aandeel hierin

Al voor de start als HAIO begon ik na te denken over welke onderwerpen interessant zouden kunnen zijn voor de laatste thesis die we als geneeskundestudent zouden schrijven. Bij dit brainstormen kwam ik al snel terecht bij Elise, een studente waarmee ik reeds eerder regelmatig contact had. Zij had reeds contact gehad met Ellen onder hetzelfde motto en zo geschiedde ons groepje van drie. Ik kende Ellen vooraf niet, maar al gauw bleek dat we goed met elkaar zouden opschieten en dat we allemaal dezelfde state of mind hadden: namelijk niet bij de pakken blijven zitten en er vanaf het begin stevig invliegen. Het groepje was gevormd, nu het onderwerp nog zoeken.

In de periode dat we startten als HAIO in de praktijk, zaten we in volle covid pandemie. De grootste lockdowns waren net achter de rug, maar er heerste nog steeds veel onwetendheid over het virus en er werd veel zorg uitgesteld. We merkten alle drie dat dit in de praktijk voor wrevel zorgde, zowel bij de artsen als bij de patiënten. Het was een tijd met veel onzekerheden. We

besloten dan ook rond dit thema te werken: uitstel van zorg door de covid pandemie. Ons doel was om een onderzoek te voeren die later ook bruikbaar zou kunnen zijn, dus een onderzoek dat breder ging dan de covid pandemie zelf. Heel vloeiend kwamen we op die manier terecht bij chronische zorg, aangezien de patiënten met een chronische aandoening typisch de patiënten waren bij wie zorg uitgesteld werd. Acute zaken gingen meestal wel gewoon door. Initieel wilden we het onderwerp nog breder houden, en ook preventieve handelingen over de algemene bevolking mee betrekken, maar we moesten ervoor zorgen dat onze onderzoeksvraag niet té breed werd. Ik maakte een Google drive in waarin we al onze documenten konden verzamelen: gaande van de aanvraag Ethisch Comité tot de uiteindelijke tekst van de thesis.

Na het vinden van een groepje studenten met hetzelfde doel en een goed onderwerp restte de vraag hoe we dit alles gingen aanpakken. Zouden we enquêtes uitsturen of eerder gaan voor kwalitatief onderzoek. Dit laatste was duidelijk veel passender voor deze onderzoeksvraag, zeker omdat we een nieuw topic aansneden, een topic met slechts weinig wetenschappelijke evidence. Door samen te brainstormen, ook samen met de promotor Prof. dr. Boeckxstaens en co-promotor Dr. Van Daele, kwamen we snel tot een gezamenlijk besluit: we zouden diepte interviews doen bij zowel huisartsen als patiënten om hun mening over dit topic te weten te komen. In het begin had ik wat stress rond het gegeven kwalitatief onderzoek. We leerden hierover wel tijdens onze lessen, maar zelf had ik het nog nooit gedaan. We beslisten om een draaiboek te maken als leidraad voor de interviews, en elk vijf huisartsen en vijf patiënten te interviewen. Alledrie zochten we uit wat we juist wilden te weten komen en zo kwam onze interviewgids redelijk snel tot stand. Hierdoor verminderde de stress rond het afnemen van interviews voor mij. We kwamen regelmatig online samen om onze bevindingen en ervaringen uit te wisselen. Als elk van ons een interview gedaan had, bespraken we of we extra vragen hadden gesteld, of het draaiboek moest aangepast worden, welke klemtonen er gelegd werden in de interviews. Op die manier konden we dynamischer een volgend interview voorbereiden. Er was een constante en interessante wisselwerking. Deze periode was misschien wel de meest intensieve periode van ons thesisproces: interviews afnemen, vele uren uittypen, gedachten wisselen over de besproken topics. Nadien volgde het coderen, waarbij we telkens de interviews van de andere HAIO's analyseerden en zo duidelijk inzicht kregen in wat er gezegd werd in de andere interviews. Op deze manier wisten we alle drie perfect welke inhoud besproken werd, en wanneer er data saturatie bereikt werd. Dit tweede grote luik van het thesisproces, het coderen, vergde veel tijd en energie. In het begin was het moeilijk onze weg hierin te vinden. We hadden alle drie geen ervaring met kwalitatief onderzoek. Gelukkig hadden we hierbij de hulp van onze promotor en co-promotor, waarvoor ik heel dankbaar ben.

Na het afnemen, uittypen en coderen van de interviews, was het tijd om effectief onze thesis te schrijven. Aangezien we alle drie perfect de inhouden kenden, was het voor ons al snel duidelijk in welke structuur we onze thesis wouden schrijven. De topics waren afgelijnd, en het feit dat dit weleens interessant zou kunnen zijn om te publiceren, deed ons kiezen voor een layout als artikel dat gepubliceerd kon worden in een tijdschrift. Ook voor het effectief schrijven van de thesis werden de taken goed verdeeld, zodat iedereen ongeveer evenveel tekst zou schrijven. Ook hier bleef regelmatig overleg belangrijk.

Achteraf gezien ben ik blij dat ik mijn thesis met deze twee topdames kon schrijven. We hadden een duidelijke verdeling van het werk, een duidelijke visie over hoe we het wilden aanpakken en dezelfde work effort. Ik heb het gevoel dat we het werk gelijk verdeeld hebben en allemaal aan elk stuk evenveel bijgedragen hebben. Als ik nogmaals dergelijk project zou moeten of kunnen doen, dan zou ik direct dezelfde keuzes maken!

Persoonlijke visie over de betekenig voor het werkveld

Door te kiezen voor een topic binnen de chronische zorg, hebben we een groot deel van onze praktijkpopulaties aangedaan. Ik vond het interessant om zowel collega huisartsen als patiënten met een chronische aandoening bezig te horen over hun visie over chronische zorg. Waar hechten huisartsen belang aan bij de opvolging van een patiënt met chronische aandoening? Wat vinden patiënten belangrijk? En vooral: zijn er grote verschillen tussen beide visies? Ik was alvast niet verrast door de verschillende topics die aan bod kwamen tijdens de interviews, en ik ben blij met het feit dat de nabijheid van de huisarts zo sterk naar voren komt. Ikzelf hecht veel belang aan dit onderwerp. Naast het pure medische van onze job, is ook de menselijke en persoonlijke band met de patiënt belangrijk, zéker met de patiënt met een chronische aandoening die nauw opgevolgd moet worden.

Ik neem mee dat alle zeven de topics beschreven in onze thesis belangrijk zijn binnen de zorg voor een patiënt en in het bijzonder een patiënt met een chronische aandoening. Het is niet mogelijk om elk aspect tijdens elke consultatie te belichten, maar het zou wel mooi zijn als elk jaar elk aspect minstens eenmalig besproken zou worden tijdens een consultatie. Afhankelijk van de patiënt en de pathologie zal het ene thema natuurlijk meer naar voren komen dan het andere, maar het blijft belangrijk om aan alles te blijven denken. Door deze thesis te schrijven is dit mij nog duidelijker geworden. Ik hoop dat ik later de tijd zal blijven maken voor al deze topics en dat ik op die manier de visie van mij als arts kan laten overeenstemmen met de visie van de patiënt. Alleen op deze manier kan optimale zorg geboden worden.

***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

WAT IS ESSENTIËLE CHRONISCHE ZORG: PERSPECTIEVEN VAN HUISARTSEN EN PATIËNTEN

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


**PROMOTOR**

- NAAM: DE SUTTER AN
- FUNCTIE: PROF. DR.
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN, VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09/322.36.28
- E-MAIL: AN.DESUTTER@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: WILLEMS SARA

**CO-PROMOTOR**

- NAAM: BOECKXSTAENS PAULINE
- FUNCTIE: DOCTOR-ASSISTENT
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN, VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09/332.36.28
- E-MAIL: PAULINE.BOECKXSTAENS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: WILLEMS SARA

**CO-PROMOTOR**

- NAAM: VAN DAELE ELLIS
- FUNCTIE: DR.
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN, VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09/332.36.28
- E-MAIL: ELLIS.VANDAELE@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: WILLEMS SARA

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

- NAAM: DE SMET ELISE
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0470/45.31.77
- E-MAIL: ELODSMET.DESMET@UGENT.BE

- NAAM: DIERICKX ELLEN
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0478/56.13.87
- E-MAIL: ELLEN.DIERICKX@UGENT.BE

- NAAM: WILLEMS ALEXANDRA
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0486/21.32.28
- E-MAIL: ALEXANDRA.WILLEMS@UGENT.BE

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

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: SABBE EVELINE
- ADRES: WERKHUIZENSTRAAT 17, 8870 IZEGEM
- TELEFOONNUMMER: 051/69.56.42
- E-MAIL: KLIMOP@HUISARTSIZEGEM.BE
- TYPE-PRAKTIJK: DUOPRAKTIJK

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: VANKEIRSBILCK MARIEKE
- ADRES: AZALEALAAN 83, 8890 MOORSLEDE
- TELEFOONNUMMER: 056/50.58.92
- E-MAIL: MARIEKE@DOKTER-MARIEKE.BE
- TYPE-PRAKTIJK: DUOPRAKTIJK

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: BARZEELE JOKE
- ADRES: KAPELAANSTRAAT 17, 8978 WATOU
- TELEFOONNUMMER: 057/21.75.55
- E-MAIL: DOKTERBARZEELE@HETGRENSLAND.BE
- TYPE-PRAKTIJK: DUOPRAKTIJK

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: VANHEE LANDER
- ADRES: HENDRIK DEBERGHSTRAAT 37B, 8640 VLETEREN
- TELEFOONNUMMER: 057/40.00.20
- E-MAIL: LANDER.VANHEE@GMAIL.COM
- TYPE-PRAKTIJK: GROEPSPRAKTIJK

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DE BOCK GREET
- ADRES: NEDERENAMESTRAAT 149, 9700 OUDENAARDE
- TELEFOONNUMMER: 055 31 12 03
- E-MAIL: INFO@MEDINED.BE
- TYPE-PRAKTIJK: GROEPSPRAKTIJK

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: VERMEULEN SOFIE
- ADRES: SPEUREWEG 27 9830 SINT-MARTENS-LATEM
- TELEFOONNUMMER: 09/336 03 08
- E-MAIL: INFO@DOKTERVERMEULEN.BE
- TYPE-PRAKTIJK: SOLOPRAKTIJK

## 5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

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

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

- START ONDERZOEK: 01/08/2021 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 30/09/2023

## 7. SOORT ONDERZOEK

- ❑ **PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK**
  - ❑ VERZAMELEN VAN PATIËNTENGEGEVENS, 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.**

## INLEIDING

BEGIN 2020 RAAKTE DE WERELD IN DE BAN VAN EEN NIEUWE INFECTIEZIEKTE. IN EEN MUM VAN TIJD VERSPREIDDE HET CORONAVIRUS ZICH OVER DE HELE WERELD. DIT ZORGDE VOOR EEN WARE SWITCH IN HET DAGELIJKSE LEVEN EN EEN GEHEEL ANDERE MANIER VAN ORGANISATIE VAN DE ZORG.

HET VLAAMS PATIËNTENPLATFORM DEED IN APRIL 2020 IN HET KADER VAN COVID19 ONDERZOEK NAAR UITGESTELDE ZORG BIJ PERSONEN MET EEN CHRONISCHE AANDOENING (1). IN JUNI 2020 BEKEEK HET VLAAMS PATIËNTENPLATFORM HOE DE HEROPSTART VAN DE ZORG VERLIEP (2). LATER VOLGDEN ECHTER NOG HEROPFLAKKERINGEN VAN HET VIRUS MET TELKENS OPNIEUW NOOD AAN ALTERNATIEVE MANIEREN VAN CONSULTATIE VOEREN EN OPNIEUW UITSTELLEN VAN ZORG. IN OKTOBER 2020 ONTVING HET VLAAMS PATIËNTENPLATFORM GETUIGENISSEN HOE MENSEN DE AFGELOPEN MAANDEN TIJDENS DE CORONACRISIS ERVAARDEN. ZE ILLUSTREREN OOK HOE DIT EEN IMPACT HEEFT (HAD) OP HUN ZORG (3).

HEEL WAT ARTSEN EN PATIËNTEN HADDEN MOEITE MET DEZE AANPASSING EN WISTEN NIET GOED HOE ZE ER HET BEST MEE KONDEN OMGAAN. DE PANDEMIE ZETTE DE MEDISCHE WERELD ALS HET WARE OP ZIJN KOP EN DIT BRACHT HEEL WAT VRAGEN EN ONZEKERHEDEN MET ZICH MEE.

VELE VRAAGSTUKKEN EN DENKOEFENINGEN KOMEN HIERUIT VOORT. WAT IS ER GEBEURD EN HOE IS MEN HIERMEE OMGEGAAN? ER BESTAAT GEEN TWIJFEL DAT DE ACUTE ZORG IN ALLE OMSTANDIGHEDEN MOET KUNNEN DOORGAAN, MAAR WAT MET DE CHRONISCHE ZORG? WELKE PATIËNTEN MOETEN ACTIEF OPGEVOLGD WORDEN EN WELKE MOGEN WAT MEER LOSGELATEN WORDEN? WAT VINDT DE PATIËNT ZELF, EN WELKE ZORG PRIMEERT VOOR DE HUISARTS? HOE KAN MEN IN DE TOEKOMST NOG BETER OMGAAN MET DERGELIJKE PANDEMIEËN? WELKE LESSEN KAN MEN HIERUIT TREKKEN? MET ANDERE WOORDEN HOE KAN MEN DE CHRONISCHE ZORG, ZOWEL VOOR HUISARTS ALS PATIËNT, NOG BETER ORGANISEREN?

## ONDERZOEKSVRAAG

WAT IS NU ESSENTIËLE ZORG BIJ CHRONISCHE PATIËNTEN? WELKE LESSEN IN KADER VAN OPVOLGING VAN EEN CHRONISCHE PATIËNT IN HET ALGEMEEN KAN MEN TREKKEN UIT DE AFGELOPEN COVID-PERIODE?

## METHODE

KWALITATIEVE STUDIE AAN DE HAND VAN DIEPTE-INTERVIEWS BIJ PATIËNTEN EN HUISARTSEN WERKZAAM TIJDENS COVIDPANDEMIE EN FOCUSGROEPEN MET HUISARTSEN WERKZAAM TIJDENS DE COVID PANDEMIE.

PROEFPERSONEN: WILSBEKWAME PATIËNTEN MET EEN CHRONISCHE AANDOENING, GEZONDE HUISARTSEN WERKZAAM TIJDENS DE COVIDPANDEMIE.

AANTAL: PURPOSIVE SAMPLING TOT DATASATURATIE

RECRUTERING VAN CHRONISCHE PATIËNTEN ZAL UITGEVOERD WORDEN DOOR DE PRAKTIJKOPLEIDERS VAN DE HAIO-ONDERZOEKERS, DE RECRUTERING VAN HUISARTSEN DOOR DE HAIO-ONDERZOEKERS EN DE FOCUSGROEPEN WORDEN DOOR DOMUS MEDICA SAMENGESTELD.

ELK INTERVIEW ZAL NAAR SCHATTING ONGEVEER 60 MINUTEN DUREN. BIJ VOORKEUR ZULLEN DE INTERVIEWS FACE-TO-FACE DOORGAAN. WANNEER DE GEZONDHEIDSSITUATIE (M.B.T. COVID-19) DIT ECHTER NIET TOELAAT OF WANNEER DEELNEMERS HET VERKIEZEN, KAN HET INTERVIEW OOK VIRTUEEL, VIA EEN VIDEOVERGADERING, PLAATSVINDEN. HIERVOOR WORDT GEBRUIK GEMAAKT VAN MICROSOFT TEAMS. DE AUDIO VAN DE INTERVIEWS ZAL WORDEN OPGENOMEN OM NADIEN TE WORDEN UITGESCHREVEN EN GEPSEUDONIMISEERD. NA VERWERKING WORDEN DE OPNAMES VERNIETIGD. DE ONDERZOEKSRESULTATEN ZULLEN VERWERKT WORDEN O.B.V. THEMATISCHE ANALYSE. HIERVOOR WORDT GEBRUIK GEMAAKT VAN NVIVO ALS KWALITATIEF DATAVERWERKINGSPROGRAMMA.

## RESULTATEN

WE VERWACHTEN EEN ANTWOORD TE VINDEN OP DE VRAAG 'WAT IS ESSENTIËLE ZORG BIJ EEN CHRONISCHE PATIËNT NU PRECIES?'. DIT ZOWEL VANUIT HET STANDPUNT VAN DE HUISARTS ALS VAN DE PATIËNT.

## WINST VAN HET PROJECT

HET OPTIMALISEREN VAN DE ZORG EN OPVOLGING VAN EEN CHRONISCHE PATIËNT, UITGAANDE VAN DE VERWORVEN DEFINITIE VAN ESSENTIËLE ZORG. DEZE STUDIERESULTATEN ZULLEN ZOWEL DE HUISARTS ALS DE CHRONISCHE PATIËNT TEN GOEDE KOMEN.

**BRONNEN**


1. VLAAMS PATIËNTENPLATFORM VZW. WORDT ZORG BIJ PERSONEN MET EEN CHRONISCHE AANDOENING UITGESTELD WEGENS HET CORONAVIRUS COVID-19? HEVERLEE: VLAAMS PATIËNTENPLATFORM VZW; 17 APRIL 2020.
2. VLAAMS PATIËNTENPLATFORM VZW. HOE VERLOOPT DE HEROPSTART VAN DE ZORG VOOR PERSONEN MET EEN CHRONISCHE AANDOENING? HEVERLEE: VLAAMS PATIËNTENPLATFORM VZW; 19 JUNI 2020.
3. VLAAMS PATIËNTENPLATFORM VZW. WORDT ZORG VOOR PERSONEN MET EEN CHRONISCHE AANDOENING WEER MEER UITGESTELD? HEVERLEE: VLAAMS PATIËNTENPLATFORM VZW; 20 NOVEMBER 2020.


## 9. IS HET ONDERZOEK

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

## 10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

INDIEN JA

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

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

FACULTEIT GENEESKUNDE UNIVERSITEIT GENT

## 12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

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

   PATIËNTEN LIJDEND AAN : EEN CHRONISCHE AANDOENING (AANDOENING > 6M), MAAR WILSBEKWAAM EN COGNITIEF IN STAAT OM ZELF EEN GESPREK AAN TE GAAN.

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

C. AANTAL PROEFPERSONEN: PURPOSIVE SAMPLING TOT DATASATURATIE BEREIKT IS

D. LEEFTIJD : 18-99 JAAR

E. GESLACHT : M, V, X

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? DE PATIËNTEN WORDEN GERECRUTEERD DOOR DE PRAKTIJKOPLEIDERS VAN DE HAIO-ONDERZOEKERS. DE HUISARTSEN WORDEN GERECRUTEERD DOOR DE HAIO-ONDERZOEKERS. DE HUISARTSEN DIE DEELNEMEN AAN DE FOCUSGROEPEN WORDEN GERECRUTEERD DOOR DOMUS MEDICA.

## 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 ? DE EIGEN PRAKTIJKOPLEIDER VAN DE HAIO-ONDERZOEKER KAN AANGESPROKEN WORDEN OM DEEL TE NEMEN AAN HET ONDERZOEK

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

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

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

- ❑ JA
- ❑ NEEN

## 14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

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

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

  ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

**16. VERZEKERING**

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

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

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

ANALOGE ONDERZOEKEN EN DE RESULTATEN ERVAN

1. VERHOEVEN V, TSAKITZIDIS G, PHILIPS H, VAN ROYEN P. WELKE KERNTAKEN HEEFT DE HUISARTS TIJDENS EEN PANDEMIE? RESULTATEN VAN EEN KWALITATIEF ONDERZOEK IN MAART 2020. *HUISARTS NU* 2021;50.

   GEDEELTELIJK

   RESULTAAT: EEN BELANGRIJKE LES VOOR DE PRAKTIJK IS DE IMPACT VAN UITSTEL VAN DE REGULIERE HUISARTSENZORG. IN HET BEGIN VAN DE PANDEMIE WAS ER VOORAL AANDACHT VOOR TRIAGE EN DE BEHANDELING VAN RESPIRATOIRE INFECTIES. MET ALS GEVOLG DAT DE NIET-COVID-PATHOLOGIE, ZOALS CHRONISCHE ZORG, IN HET GEDRANG KWAM. HUISARTSEN HEBBEN HIER HUN BEZORGDHEID OVER GEUIT.

2. VLAAMS PATIËNTENPLATFORM VZW. WORDT ZORG BIJ PERSONEN MET EEN CHRONISCHE AANDOENING UITGESTELD WEGENS HET CORONAVIRUS COVID-19? HEVERLEE: VLAAMS PATIËNTENPLATFORM VZW; 17 APRIL 2020.

   GEDEELTELIJK

   RESULTAAT: OMWILLE VAN DE CORONACRISIS IS EEN MEERDERHEID VAN DE ZORG BIJ PATIËNTEN MET EEN CHRONISCHE ZIEKTE, ZOWEL IN DE ZIEKENHUIZEN ALS IN DE EERSTE LIJN UITGESTELD. IN DE MEERDERHEID VAN DE GEVALLEN GEBEURDE DAT DOOR DE ZORGVERLENERS MAAR SOMS OOK DOOR PATIËNTEN ZELF.

   BIJ EEN AANZIENLIJK DEEL VAN DE UITGESTELDE ZORG GAVEN PATIËNTEN AAN DAT DIT MATIGE TOT ZWARE GEVOLGEN HEEFT. DAARNAAST BLIJKT DAT BIJ EEN GROTE MEERDERHEID VAN DE PATIËNTEN MET EEN PSYCHISCHE KWETSBAARHEID SYMPTOMEN WEER DE KOP OP STEKEN OF VERERGEREN, OMWILLE VAN DE CORONACRISIS.

   HET VERMOEDEN DAT NA DE CORONACRISIS EEN NIEUWE CRISIS WACHT, NAMELIJK ÉÉN WAARBIJ DE GEVOLGEN VAN UITGESTELDE ZORG ZULLEN MOETEN WORDEN OPVANGEN, WORDT MET DEZE BEVRAGING BEVESTIGD.

3. VLAAMS PATIËNTENPLATFORM VZW. WORDT ZORG VOOR PERSONEN MET EEN CHRONISCHE AANDOENING WEER MEER UITGESTELD? HEVERLEE: VLAAMS PATIËNTENPLATFORM VZW; 20 NOVEMBER 2020.
   GEDEELTELIJK
   RESULTAAT: DE GETUIGENISSEN DIE HET VLAAMS PATIËNTENPLATFORM ONTVING, TONEN HOE MENSEN DE AFGELOPEN MAANDEN TIJDENS DE CORONACRISIS ERVAARDEN. ZE ILLUSTREREN OOK HOE DIT EEN IMPACT HEEFT (HAD) OP HUN ZORG. ZO BLIJKT DAT ZOWEL PATIËNTEN ALS ZORGVERLENERS MOMENTEEL MINDER ZORG UITSTELLEN DAN TIJDENS DE EERSTE CORONAGOLF IN MAART-APRIL. DE ZORG DIE PLAATSVINDT, VOELT VOOR DE ENE PATIËNT ERG VEILIG AAN EN VOOR DE ANDER ZOUDEN ER MEER BESCHERMINGSMAATREGELEN VOORZIEN MOGEN WORDEN. EEN AANTAL PATIËNTEN MERKT OOK VERANDERINGEN IN DE KWALITEIT VAN ZORG DIE NOG GEBODEN WORDT TIJDENS DEZE TWEEDE CORONAGOLF. TOCH ZIEN WE DAT OOK NU VOORAL PATIËNTEN ZELF ZORG UITSTELLEN OMDAT ZE ANGST HEBBEN OM BESMET TE WORDEN. TEN SLOTTE WACHTEN PATIËNTEN TIJDENS DEZE TWEEDE CORONAGOLF OOK BANG AF OF HUN GEPLANDE OPERATIE NOG ZAL KUNNEN DOORGAAN OF WANNEER ZE RESULTATEN KUNNEN VERWACHTEN VAN EEN BELANGRIJKE TEST.

4. DANHIEUX K, BUFFEL V, PAIRON A ET AL. THE IMPACT OF COVID-19 ON CHRONIC CARE ACCORDING TO PROVIDERS: A QUALITATIVE STUDY AMONG PRIMARY CARE PRACTICES IN BELGIUM. BMC FAMILY PRACTICE. 2020;21:225
   GEDEELTELIJK
   RESULTAAT: DE COVID PANDEMIE VERANDERDE DE CONTINUÏTEIT VAN ZORG VOOR PATIËNTEN MET EEN CHRONISCHE AANDOENING DRASTISCH, WAT DE PIJNPUNTEN IN DE ORGANISATIE ERVAN BLOOTLEGDE. PATIËNTEN WERDEN DOOR DE HUISARTS NIET PROACTIEF GECONTACTEERD EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG WERD TERUGGESCHROEFD. PRAKTIJKEN MET VOORAF DUIDELIJKE STRUCTUREN IN MANAGEMENT VOOR PATIËNTEN MET CHRONISCHE ZORG DEDEN HET BETER. HET BELANG VAN GOEDE RISICOSTRATIFICATIE WERD DUIDELIJK EN WAS NODIG VOOR HET IDENTIFICEREN VAN PATIËNTENNODEN EN PLANNING VAN OPVOLGING.

WAAROM WORDT DE STUDIE HERNOMEN?

BOVENSTAANDE ARTIKELS SCHETSEN DE SITUATIE TIJDENS DE CORONAPANDEMIE EN DE GEVOLGEN VOOR DE PATIËNTEN MET EEN CHRONISCHE AANDOENING. HET DOEL VAN DEZE STUDIE IS OM DIT VERDER UIT TE DIEPEN DOOR ERVARINGEN NA TE VRAGEN BIJ ZOWEL HUISARTS ALS CHRONISCHE PATIËNT EN ZO CONCLUSIES TE TREKKEN IN HET KADER VAN OPVOLGING VAN EEN CHRONISCHE PATIËNT IN DE ALGEMENE PRAKTIJK.

## 18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

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

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

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

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

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:
- ❑ **WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT**
- ❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT. WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …
- ❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT. WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

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

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

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? …

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

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

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? …

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

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

NVT

**22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?**

- ❑ 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 : NVT

**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 : .....

NVT

## 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 : 12/5/21
NAAM : DE SMET ELISE MARIEKE
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 12/5/21
NAAM : SABBE EVELINE
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM: 7/5/21
NAAM: VANKEIRSBILCK
HANDTEKENING:

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 26/5/2021
NAAM : DIERICKX ELLEN
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 26/5/2021
NAAM : BARZEELE JOKE
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM: 26/5/2021
NAAM: VANHEE LANDER
HANDTEKENING:

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 19/5/21
NAAM : WILLEMS ALEXANDRA
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 19/5/21
NAAM : DE BOCK GREET
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM: 19/5/21
NAAM: VERMEULEN SOFIE
HANDTEKENING:

PROMOTOR

DATUM :
NAAM : DE SUTTER AN
HANDTEKENING :

Annie De Sutter (Signature)
Digitaal ondertekend door Annie De Sutter (Signature)
Datum: 2021.05.27 12:58:08 +02'00'

CO-PROMOTOR

DATUM : 26/5/2021
NAAM : BOECKXSTAENS PAULINE
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM : 27 mei 2021
NAAM : VAN DAELE ELLIS
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM : 28 MEI 2021
NAAM : WILLEMS SARA
HANDTEKENING :

VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID
EN EERSTELIJNSZORG
*UNIVERSITEIT GENT*
Prof. dr. S. WILLEMS – Vakgroepvoorzitter
*CAMPUS UZ GENT – 6K3*
Corneel Heymanslaan 10
B-9000 GENT
TEL. +32(0)9 332 36 28

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. An De Sutter
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

| contact | telefoon | e-mail | |
|---|---|---|---|
| Commissie voor medische Ethiek | +32 (0)9 332 41 81 | Ethisch.comite@uzgent.be | |
| **Ons kenmerk** | **Uw kenmerk** | **datum** | **pagina** |
| BC-10334 | NVT | 01/07/2021 | 1/3 |

**Betreft** : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"WAT IS ESSENTIËLE CHRONISCHE ZORG: PERSPECTIEVEN VAN HUISARTSEN EN PATIËNTEN Scriptie Elise De Smet"

**B.U.N.:** B6702021000622

* Begeleidende brief dd. 28/5/2021
* Adviesaanvraagformulier dd. 28/5/2021
* Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier: patient, huisarts, focusgroep Versie 1 dd. 28/5/2021
* Interview Guide: patiënt, huisarts, focusgroep Versie 1 dd. 28/5/2021
* Diverse Versie 1 dd. 28/5/2021 informatieformulier
* Rekruteringsmateriaal: Uitnodigingsbrief Versie 1 dd. 28/5/2021
* GCP certificaat dd. 28/5/2021
* Data Protection dd. 28/5/2021 AVG Register

**Advies werd gevraagd door:** Prof. Dr. An De Sutter

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 25/06/2021 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 25/06/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**

**Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).**

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 25/06/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 25/06/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**

**Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).**

° *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 effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
° *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

*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 effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

**Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee**

**Prof. dr. P. Deron**
**Voorzitter / Chairman**

**CC:** UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Ledenlijst op 25/06/2021

Voorzitter: Prof. dr. P. Deron
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

| Effectief lid | plaatsvervangend lid |
|---|---|
| Dr. G. VAN LANCKER<br>(UZG – klinisch farmacoloog, ♀) | Prof. Dr. S. ROTTEY<br>(UZG – klinisch farmacoloog, ♀) |
| Prof.dr. D. DE BACQUER<br>(UG - statisticus, ♂) | Prof. dr. P. COOREVITS<br>(UG - statisticus, ♂) |
| Dr. J. VAN ELSEN<br>(huisarts, ♂) | Dr. M. COSYNS<br>(huisarts, ♂) |
| Prof. dr. K. DE GROOTE<br>(UZG – kindercardioloog, ♀) | Prof.dr. P. SCHELSTRAETE<br>(UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀) |
| Prof.dr. W. NOTEBAERT<br>(UG – psycholoog, ♂) | Mr. W. SCHRAUWEN<br>(UZG – psycholoog, ♂) |
| Mevr. M. FOUQUET<br>(UZG – verpleegkundige, ♀) | Mevr. I. VLERICK<br>(UZG – verpleegkundige, ♀) |
| Dhr. C. DEMEESTERE<br>(UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂) | Dhr. G. DE SMET<br>(UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂) |
| Mevr. K. KINT<br>(UZG – apotheker, ♀) | Mevr. L. HUYS<br>(UZG – apotheker, ♀) |
| Dhr. B. VANDERHAEGEN<br>(UZG - moraaltheoloog, ♂) | Prof.dr. S. STERCKX<br>(UG - moraalfilosoof, ♀) |
| Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR<br>(UG - jurist, ♂) | Prof. Dr. T. GOFFIN<br>(UG - jurist, ♂) |
| Mevr. C. VANCAENEGHEM<br>(patiëntvertegenwoordiger, ♀) | Mevr. S. DE GROOTE<br>(patiëntvertegenwoordiger, ♀) |
| Prof. dr. P. DERON<br>(UZG – chirurg, ♂) | Prof.dr. W. CEELEN<br>(UZG – chirurg, ♂) |
| Prof. dr. R. PELEMAN<br>(UZG - internist/pneumoloog, ♂) | Prof.dr. H. VERSTRAELEN<br>(UZG – Vulva-arts, ♂) |
| Prof.dr. J. DECRUYENAERE<br>(UZG – internist/intensivist, ♂) | Dr. N. PETERS<br>(UZG – fertiliteitsarts, ♀) |
| Prof.dr. R. RUBENS<br>(UZG – internist/endocrinoloog, ♂) | Prof.dr. W. VAN BIESEN<br>(UZG – nefroloog, ♂) |
| Prof.dr. M. De MUYNCK<br>(UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀) | Dr. S. JANSSENS<br>(UZG – geneticus, ♀) |
| Prof. dr. K. DHONDT<br>(UZG – (kinder)psychiater, ♀) | Dr. L. GOOSSENS<br>(UZG – neonatoloog, ♀) |

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden. Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, werden d'office uitgesloten van beoordeling.

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. An De Sutter
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

| contact | telefoon | e-mail | |
|---|---|---|---|
| Commissie voor medische Ethiek | +32 (0)9 332 41 81 | Ethisch.comite@uzgent.be | |
| **Ons kenmerk** | **Uw kenmerk** | **datum** | **pagina** |
| BC-10335 | NVT | 01/07/2021 | 1/3 |

**Betreft** : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"WAT IS ESSENTIËLE CHRONISCHE ZORG: PERSPECTIEVEN VAN HUISARTSEN EN PATIËNTEN - Scriptie Ellen Dierickx"

**B.U.N.:** B6702021000623

- Begeleidende brief dd. 28/5/2021
- Adviesaanvraagformulier dd. 28/5/2021
- Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier Versie 1 dd. 28/5/2021 patiënt/huisarts/focusgroep
- GCP Prof. Dr. An De Sutter certificaat dd.22/2/2021
- Rekruteringsmateriaal versie 1 dd. 28/5/2021 Uitnodigingsbrief
- Diverse Versie 1 dd. 28/5/2021 informatieformulier
- Interview Guide Versie 1 dd. 28/5/2021 patient/huisarts/focusgroep

**Advies werd gevraagd door:** Prof. Dr. An De Sutter

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 25/06/2021 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 25/06/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**

**Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).**

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 25/06/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 25/06/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**

**Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).**

° *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 effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

° *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 effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

**Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee**



**Prof. dr. P. Deron**
**Voorzitter / Chairman**

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

**Ledenlijst op 25/06/2021**

Voorzitter: Prof. dr. P. Deron
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

| Effectief lid | plaatsvervangend lid |
|---|---|
| Dr. G. VAN LANCKER<br>(UZG – klinisch farmacoloog, ♀) | Prof. Dr. S. ROTTEY<br>(UZG – klinisch farmacoloog, ♀) |
| Prof.dr. D. DE BACQUER<br>(UG - statisticus, ♂) | Prof. dr. P. COOREVITS<br>(UG - statisticus, ♂) |
| Dr. J. VAN ELSEN<br>(huisarts, ♂) | Dr. M. COSYNS<br>(huisarts, ♂) |
| Prof. dr. K. DE GROOTE<br>(UZG – kindercardioloog, ♀) | Prof.dr. P. SCHELSTRAETE<br>(UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀) |
| Prof.dr. W. NOTEBAERT<br>(UG – psycholoog, ♂) | Mr. W. SCHRAUWEN<br>(UZG – psycholoog, ♂) |
| Mevr. M. FOUQUET<br>(UZG – verpleegkundige, ♀) | Mevr. I. VLERICK<br>(UZG – verpleegkundige, ♀) |
| Dhr. C. DEMEESTERE<br>(UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂) | Dhr. G. DE SMET<br>(UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂) |
| Mevr. K. KINT<br>(UZG – apotheker, ♀) | Mevr. L. HUYS<br>(UZG – apotheker, ♀) |
| Dhr. B. VANDERHAEGEN<br>(UZG - moraaltheoloog, ♂) | Prof.dr. S. STERCKX<br>(UG - moraalfilosoof, ♀) |
| Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR<br>(UG - jurist, ♂) | Prof. Dr. T. GOFFIN<br>(UG - jurist, ♂) |
| Mevr. C. VANCAENEGHEM<br>(patiëntvertegenwoordiger, ♀) | Mevr. S. DE GROOTE<br>(patiëntvertegenwoordiger, ♀) |
| Prof. dr. P. DERON<br>(UZG – chirurg, ♂) | Prof.dr. W. CEELEN<br>(UZG – chirurg, ♂) |
| Prof. dr. R. PELEMAN<br>(UZG - internist/pneumoloog, ♂) | Prof.dr. H. VERSTRAELEN<br>(UZG – Vulva-arts, ♂) |
| Prof.dr. J. DECRUYENAERE<br>(UZG – internist/intensivist, ♂) | Dr. N. PETERS<br>(UZG – fertiliteitsarts, ♀) |
| Prof.dr. R. RUBENS<br>(UZG – internist/endocrinoloog, ♂) | Prof.dr. W. VAN BIESEN<br>(UZG – nefroloog, ♂) |
| Prof.dr. M. De MUYNCK<br>(UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀) | Dr. S. JANSSENS<br>(UZG – geneticus, ♀) |
| Prof. dr. K. DHONDT<br>(UZG – (kinder)psychiater, ♀) | Dr. L. GOOSSENS<br>(UZG – neonatoloog, ♀) |

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden. Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, werden d'office uitgesloten van beoordeling.

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. An De Sutter
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

| contact | telefoon | e-mail | |
|---|---|---|---|
| Commissie voor medische Ethiek | +32 (0)9 332 41 81 | Ethisch.comite@uzgent.be | |
| **Ons kenmerk** | **Uw kenmerk** | **datum** | **pagina** |
| BC-10336 | NVT | 01/07/2021 | 1/3 |

**Betreft** : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"WAT IS ESSENTIËLE CHRONISCHE ZORG: PERSPECTIEVEN VAN HUISARTSEN EN PATIËNTEN - Scriptie Alexandra Willems"

**B.U.N.:** B6702021000624

- Begeleidende brief dd. 28/5/2021 Adviesaanvraagformulier dd. 28/5/2021
- Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier Versie 1 dd. 28/5/2021
  - patient
  - huisarts
  - focusgroep
- Diverse Versie 1 dd. 28/5/2021 informatieformulier
- Interview Guide Versie 1 dd. 28/5/2021
  - patient
  - huisarts
  - focusgroep
- Rekruteringsmateriaal Versie 1 dd. 28/5/2021 uitnodigingsbrief
- GCP certificaat dd. 22/2/2021 An De Sutter

**Advies werd gevraagd door:** Prof. Dr. An De Sutter

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 25/06/2021 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 25/06/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**

**Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).**

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 25/06/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 25/06/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**

**Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).**

° *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.*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

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

**Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee**

**Prof. dr. P. Deron**
**Voorzitter / Chairman**

**CC:** UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Ledenlijst op 25/06/2021

Voorzitter: Prof. dr. P. Deron
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

| Effectief lid | plaatsvervangend lid |
|---|---|
| Dr. G. VAN LANCKER<br>(UZG – klinisch farmacoloog, ♀) | Prof. Dr. S. ROTTEY<br>(UZG – klinisch farmacoloog, ♀) |
| Prof.dr. D. DE BACQUER<br>(UG - statisticus, ♂) | Prof. dr. P. COOREVITS<br>(UG - statisticus, ♂) |
| Dr. J. VAN ELSEN<br>(huisarts, ♂) | Dr. M. COSYNS<br>(huisarts, ♂) |
| Prof. dr. K. DE GROOTE<br>(UZG – kindercardioloog, ♀) | Prof.dr. P. SCHELSTRAETE<br>(UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀) |
| Prof.dr. W. NOTEBAERT<br>(UG – psycholoog, ♂) | Mr. W. SCHRAUWEN<br>(UZG – psycholoog, ♂) |
| Mevr. M. FOUQUET<br>(UZG – verpleegkundige, ♀) | Mevr. I. VLERICK<br>(UZG – verpleegkundige, ♀) |
| Dhr. C. DEMEESTERE<br>(UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂) | Dhr. G. DE SMET<br>(UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂) |
| Mevr. K. KINT<br>(UZG – apotheker, ♀) | Mevr. L. HUYS<br>(UZG – apotheker, ♀) |
| Dhr. B. VANDERHAEGEN<br>(UZG - moraaltheoloog, ♂) | Prof.dr. S. STERCKX<br>(UG - moraalfilosoof, ♀) |
| Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR<br>(UG - jurist, ♂) | Prof. Dr. T. GOFFIN<br>(UG - jurist, ♂) |
| Mevr. C. VANCAENEGHEM<br>(patiëntvertegenwoordiger, ♀) | Mevr. S. DE GROOTE<br>(patiëntvertegenwoordiger, ♀) |
| Prof. dr. P. DERON<br>(UZG – chirurg, ♂) | Prof.dr. W. CEELEN<br>(UZG – chirurg, ♂) |
| Prof. dr. R. PELEMAN<br>(UZG - internist/pneumoloog, ♂) | Prof.dr. H. VERSTRAELEN<br>(UZG – Vulva-arts, ♂) |
| Prof.dr. J. DECRUYENAERE<br>(UZG – internist/intensivist, ♂) | Dr. N. PETERS<br>(UZG – fertiliteitsarts, ♀) |
| Prof.dr. R. RUBENS<br>(UZG – internist/endocrinoloog, ♂) | Prof.dr. W. VAN BIESEN<br>(UZG – nefroloog, ♂) |
| Prof.dr. M. De MUYNCK<br>(UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀) | Dr. S. JANSSENS<br>(UZG – geneticus, ♀) |
| Prof. dr. K. DHONDT<br>(UZG – (kinder)psychiater, ♀) | Dr. L. GOOSSENS<br>(UZG – neonatoloog, ♀) |

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden. Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, werden d'office uitgesloten van beoordeling.