Hoe huisartsen de zorg voor patiënten met multimorbiditeit aanpakken: een kwalitatief onderzoek

Wildemeersch Famke, Universiteit Gent

Promotor: Boeckxstaens Pauline MD PhD, Universiteit Gent

Co-promotor: Van Daele Ellis MD, Universiteit Gent

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2020 – 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.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave 1

Abstract 3

Introductie 4

Methode 6

Resultaten 7

Thema 1: Structuur 7

1.1 Elektronisch medisch dossier 7

1.2 Ziekte specifieke richtlijnen 8

1.3 Praktijkrichtlijnen 8

1.4 Informeren van de patiënt 8

Thema 2: Dynamiek 9

2.1 Het 'type' patiënt 9

2.2 Soort morbiditeit 9

2.3 Psychosociale context 9

2.4 Waarden en voorkeuren van de patiënt 10

Thema 3: Gedeelde zorg 10

3.1 Overleg 10

3.2 Multidisciplinaire samenwerking 11

3.3 Netwerk van de patiënt 11

Thema 4: Longitudinale zorg 11

4.1 Vertrouwensrelatie 11

4.2 Stapsgewijs 12

4.3 Follow-up 12

Discussie 13

Conclusie 15

Dankwoord 16

Referenties 17

Bijlagen 19

Bijlage 1. Advies Commissie voor Medische Ethiek 19

Bijlage 2. Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemer 21

Bijlage 3. Interviewgids 24

Bijlage 4. Lijst chronische aandoeningen 26

Bijlage 5. Goedgekeurd protocol 28

Abstract

Inleiding

Multimorbiditeit is prevalent in de huisartsenpraktijk en een groeiende uitdaging voor de gezondheidszorg. Multimorbiditeit heeft een negatieve invloed op het lichamelijk en geestelijk welzijn van patiënten, de levenskwaliteit en mortaliteit. Huisartsen beschrijven meerdere uitdagingen bij de zorg voor patiënten met multimorbiditeit. Inzicht in de aanpak van multimorbiditeit door huisartsen kan ons zaken leren en bijdragen aan het identificeren van houvasten voor jonge huisartsen.

Methodologie

Deze kwalitatieve studie is gebaseerd op semigestructureerde interviews met huisartsen tewerkgesteld in West- of Oost-Vlaanderen (n=14). De Ariadne principes (ontwikkeld door Muth et all., 2014) werden gebruikt als interview techniek, als hulpmiddel om de deelnemende artsen te helpen reflecteren over patiënten casussen en zo meer diepgang te creëren in de interviews. De opgenomen en anoniem uitgeschreven interviews werden door eenzelfde onderzoeker gecodeerd en thematisch geanalyseerd.

Resultaten

Uit de data werden vier overkoepelde thema's geïdentificeerd bij de aanpak van multimorbiditeit: Structuur, dynamiek, gedeelde zorg en longitudinale zorg. Ondanks het ontbreken van richtlijnen aangepast aan multimorbiditeit, blijken huisartsen toch structuur te implementeren in hun aanpak. Dit op verschillende vlakken: op vlak van het medisch dossier, ziekte specifieke richtlijnen, praktijkrichtlijnen en het informeren van de patiënt. Evenwel blijken huisartsen heel dynamisch te zijn in hun denken en handelen. Op basis van verschillende factoren gaan huisartsen zorgvuldig een afweging maken: het type patiënt, de soort morbiditeit, de psychosociale context of de prioriteiten van de patiënt. Samenwerking met collega huisartsen, paramedici en het netwerk van de patiënt blijkt voor huisartsen een grote meerwaarde te zijn bij de aanpak van multimorbiditeit. Tenslotte bevestigt dit onderzoek dat de zorg voor patiënten met multimorbiditeit een longitudinaal proces in de tijd is welke een consequente opvolging vereist en regelmatige herevaluatie met bijstellen van het behandelplan.

Discussie

Bij de zorg voor patiënten met multimorbiditeit blijkt een 'one-size-fits-all' aanpak utopisch. Desondanks benadrukken huisartsen het belang van een bepaalde attitude, waarbij het implementeren van structuur kan zorgen voor systematiek binnen het labyrint multimorbiditeit. Patiëntgerichte zorg (PCC) wordt algemeen erkend als een kernwaarde binnen de huisartsgeneeskunde. Bij patiënten met multimorbiditeit blijkt deze benadering een nog grotere waarde te hebben. De zorg voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen vraagt, in verschillende aspecten, tijd. Aanpassingen aan het gezondheidszorgsysteem die de factor tijd ondersteunen kunnen de kwaliteit van zorg voor patiënten met multimorbiditeit ten goede komen.

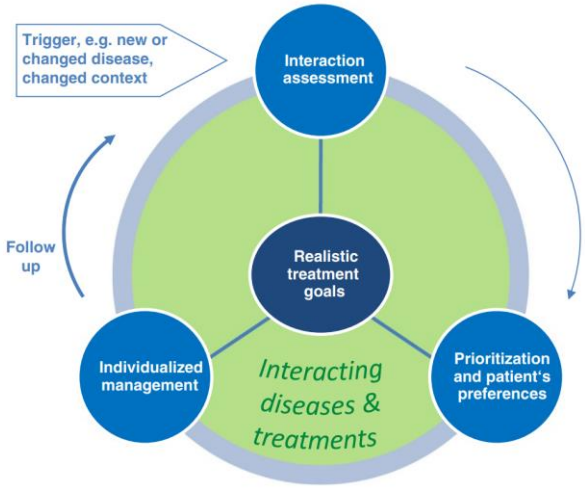
Introductie

Multimorbiditeit is een groeiende uitdaging voor de gezondheidszorg, gezien de vergrijzing van de bevolking en de stijgende prevalentie van chronische aandoeningen. Zo toont data uit de Intego (*Integrated computerised network*)-databank tussen het jaar 2000 en 2015 een relatieve toename in prevalentie van 89% en 80% bij Vlaamse 75-plussers, respectievelijk bij mannen en vrouwen (1).
De literatuur toont geen eenduidige definitie van multimorbiditeit, doch het meest frequent wordt multimorbiditeit beschreven als het samen voorkomen van twee of meer aandoeningen (2, 3).
Het gebrek aan een eenduidige definitie maakt bovendien dat er tussen studies een grote variatie is in prevalentiecijfers. Desalniettemin toont onderzoek een duidelijke associatie tussen een toename in prevalentie met een stijgende leeftijd en een grotere sociaaleconomische achterstand. Daarnaast blijkt de leeftijdsspecifieke prevalentie ook te zijn toegenomen. Bovendien staat duidelijk vast dat patiënten met meerdere chronische aandoeningen een aanzienlijk deel van de patiëntenpopulatie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg vertegenwoordigen (1, 4). De meest voorkomende aandoeningen blijken cardiometabole aandoeningen, mentale gezondheidsproblemen en pijn aandoeningen te zijn (5).

De zorg voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen is niet eenvoudig. Multimorbiditeit heeft een negatieve invloed op het lichamelijk en geestelijk welzijn van patiënten, de levenskwaliteit en mortaliteit. Multimorbiditeit is ook geassocieerd met een toegenomen gebruik van gezondheidszorg. De wetenschappelijke onderbouwing voor professionals is vandaag de dag voornamelijk ziekte-gericht georganiseerd. Deze ziekte-gerichte benadering is niet altijd ideaal om de complexe interactie tussen verschillende aandoeningen te begrijpen en optimaal aan te pakken.
Zo hebben patiënten met multimorbiditeit een onmiskenbaar groter risico op gefragmenteerde zorg, welke aanleiding kan geven tot inefficiënte en mogelijk schadelijke interventies. Daarenboven gebruiken patiënten vaak verschillende geneesmiddelen (polyfarmacie), wat gepaard gaat met een hoger risico op ongewenste effecten en interacties (6-9).
Een systematische literatuurstudie uit 2013 geeft aan dat huisartsen op vier gebieden problemen ondervinden bij de zorg voor patiënten met multimorbiditeit: a) desorganisatie en versnippering van de zorg, b) ontoereikendheid van de huidige ziektespecifieke richtlijnen, c) uitdagingen bij het leveren van patiëntgerichte zorg en d) belemmeringen bij gezamenlijke besluitvorming (10). Een meer recente en aanvullende systematische literatuurstudie uit 2020 bekrachtigt deze bevindingen (11).
De voorbije jaren is de bewustwording van multimorbiditeit en de erkenning van de impact ervan op patiënt en gezondheidszorg enorm toegenomen. Zo ontwikkelde het 'National Institute for Health and Care Excellence' (NICE) en de 'American Geriatrics Society' (AGS) richtlijnen rond de zorg voor patiënten met multimorbiditeit (12, 13). In 2019 vertaalde de AGS deze laatstgenoemde principes in een leidraad met begeleidende actiestappen voor clinici (14). Verder publiceerde in 2018 de Europese Joint Action CHRODIS[1], uitgaande van een consensus onder deskundigen, een geïntegreerd zorgmodel voor multimorbiditeit. Dit zorgmodel bestaat uit zestien componenten en werd beoordeeld door een diverse groep experten (9). Daarnaast ontwikkelde Muth et all. (2014) enkele

[1] The Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). Hierbij werd een geïntegreerd zorgmodel voor multimorbiditeit ontwikkeld dat in Europa kan toegepast worden.

ondersteunende principes voor het behandelen van multimorbiditeit in de eerste lijn. Hierbij wordt centraal een realistisch doel van de behandeling geplaatst. Deze is het resultaat van een grondige beoordeling van de interactie tussen aandoeningen en behandelingen, het stellen van prioriteiten rekening houdend met de voorkeur van de patiënt en geïndividualiseerde zorg (Figuur 1) (7).



Figuur 1: De Ariadne principes

Een systematische literatuurstudie uit 2020 toont dat, ondanks de uitdagingen, huisartsen zichzelf een belangrijke positie toeschrijven bij de aanpak van multimorbiditeit. De vertrouwensrelatie met de patiënt wordt gezien als de basis om inzicht te krijgen in de psychosociale context van de patiënt en zo geïndividualiseerde zorg te kunnen bieden (11). Een andere systematische literatuurstudie uit 2020 toont dat het klinisch redeneren van huisartsen bij multimorbiditeit analytisch en complex is, maar dat huisartsen dit zelf als intuïtief ervaren. Zo wordt het voortdurende proces beschreven van het stellen van prioriteiten en het continu afwegen van risico's tegenover voordelen voor de patiënt. Bij het nemen van therapeutische beslissingen blijkt het behouden en optimaliseren van de levenskwaliteit van de patiënt de belangrijkste doelstelling te zijn. Hierbij gaan huisartsen de zorg gaan individualiseren en een persoonsgerichte benadering gaan hanteren (15).

Via dit kwalitatief onderzoek willen we de aanpak van multimorbiditeit door huisartsen van naderbij bekijken. In dit onderzoekswerk wordt nagegaan welke vaardigheden en competenties huisartsen gebruiken bij de zorg voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen. Inzicht in de aanpak van multimorbiditeit door huisartsen kan ons zaken leren en bijdragen aan het identificeren van houvasten voor jonge huisartsen.

Methode

Deze kwalitatieve studie is gebaseerd op semigestructureerde interviews met Vlaamse huisartsen, tewerkgesteld in West- of Oost-Vlaanderen. De huisartsen werden willekeurig geselecteerd op basis van werkgebied, ervarenheid en patiëntenpopulatie, met als doel een zo divers mogelijke patiëntengroep te hebben. Huisartsen werden via mail en/of telefonisch uitgenodigd. Artsen die bereid waren deel te nemen, werden na geïnformeerde toestemming geïncludeerd. Anonimiteit en vertrouwelijkheid werd verzekerd.

Data verzameling

Gegevens werden verzameld via één-op-één semigestructureerde interviews. Een interviewgids werd ontwikkeld door de onderzoeker (F.W.) en geverifieerd door een tweede onderzoeker met expertise in multimorbiditeit (zie bijlage 3). Deze maakt gebruik van de Ariadne Principes, ontwikkeld in 2014 door Muth et all., als interview techniek om de deelnemende artsen te helpen reflecteren en zo meer diepgang te creëren in de interviews (7). Er werd uit praktische overwegingen gekozen voor de Ariadne principes, gezien deze specifiek werden ontwikkeld voor gebruik tijdens huisarts consultaties, minder omvangrijk zijn en als een visueel stappenplan werden geformuleerd.

Via het bespreken van patiënten casussen, werd getracht inzicht te krijgen in het klinisch redeneren van de arts bij multimorbiditeit. Hiervoor werd aan de deelnemende huisartsen gevraagd om op voorhand twee tot drie patiënten met multimorbiditeit te selecteren. De geselecteerde patiënten zijn minstens 18 jaar oud en hebben twee of meer chronische aandoeningen uit een vooraf samengestelde lijst (bijlage 4). Deze lijst van chronische aandoeningen is gebaseerd op eerder onderzoek en omvat chronische aandoeningen die worden verondersteld langdurig eerstelijnszorg nodig te hebben (COPILOT studie[2]) (16). De huisartsen ontvingen de samengestelde lijst op voorhand, zodat er geen onduidelijkheid was omtrent de mogelijke aandoeningen. Er werd gevraagd geen patiënten te selecteren die voldoen aan de exclusie criteria (terminaal ziek, verstandelijke beperking, diagnose dementie, ernstige visuele/auditieve beperking, onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal).

Alle interviews werden afgenomen door een huisarts-onderzoeker (F.W.). De interviews duurden ongeveer één uur, vonden online of live in het kabinet van de arts plaats, werden opgenomen en letterlijk uitgeschreven.

Analyse

Data werd geanalyseerd volgens een inductieve methodiek en thematisch georganiseerd. Zodoende werd elk transcript eerst nauwkeurig nagelezen. Er werd gebruik gemaakt van het softwareprogramma NVivo (Software versie 1.7, *QSR International*) om codes toe te kennen aan elk nieuw concept, of data toe te wijzen aan bestaande codes. Codes werden vervolgens samengebundeld, hernoemd of in een hiërarchische relatie geplaatst om thema's te vormen.

[2] De COPILOT studie is een lopende studie uitgaande van een groep Nederlandse huisartsen met een bottom-up benadering. Het studie protocol werd gepubliceerd in 2019. Het doel van de studie is het ontwikkelen van een nieuwe eerstelijnsbenadering voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen. Voor deze studie werd, via verschillende brainstorm sessies, een lijst met meerdere chronische ziekten ontwikkeld. De lijst omvat chronische aandoeningen die worden beschouwd als 'aandoeningen die chronisch eerstelijnszorg nodig hebben'. De aandoeningen zijn gecodeerd aan de hand van de *International Classification of Primary Care* (ICPC).

Resultaten

Veertien huisartsen werden geïnterviewd voor deze studie (n=7 vrouw, n=7 man, gemiddelde leeftijd= 47 jaar). Eén huisarts is werkzaam als een solo-arts, vijf in een duo-praktijk, zes in een groepspraktijk en twee huisartsen in een Wijkgezondheidscentrum. Twee van de geïnterviewde huisartsen hebben een academische functie aan de universiteit. Tabel 1 geeft een samenvatting weer van de algemene kenmerken.

Tabel 1: Demografische kenmerken van de deelnemende huisartsen

Code	Geslacht	Leeftijd	Praktijkvorm
P1	V	54	Monodisciplinair, groepspraktijk
P2	M	65	Multidisciplinair, groepspraktijk
P3	M	29	Multidisciplinair, groepspraktijk
P4	V	63	Monodisciplinair, duo-praktijk
P5	V	49	Wijkgezondheidscentrum
P6	V	28	Multidisciplinair, duo-praktijk
P7	M	37	Monodisciplinair, duo-praktijk
P8	M	47	Monodisciplinair, groepspraktijk
P9	V	36	Monodisciplinair, duo-praktijk
P10	M	59	Monodisciplinair, solo arts
P11	M	70	Monodisciplinair, groepspraktijk
P12	V	37	Monodisciplinair, duo-praktijk
P13	M	41	Monodisciplinair, groepspraktijk
P14	V	30	Wijkgezondheidscentrum

Uit de data werden vier overkoepelende thema's geïdentificeerd: *Structuur*; *Dynamiek*; *Gedeelde zorg* en *Longitudinale zorg.*

Thema 1: Structuur

Deelnemende huisartsen probeerden op verschillende manieren structuur te creëren in de aanpak van multimorbiditeit.

1.1 Elektronisch medisch dossier

De meeste huisartsen benadrukten hierbij het belang van dossierbeheer en hoe een optimaal gebruik van het elektronisch medisch dossier (EMD) kan helpen om het overzicht te behouden.

"Je hebt het dossier nodig. Je kan wel zeggen 'ik ken hem vrij goed en ik ken hem al 15 jaar, ik heb al die zaken die daar in staan meegemaakt, dus ik weet ze wel', maar ik zou bij god niet meer weten dat hij ook een melanoom heeft". (P13)

Hierbij wordt het gebruik van verschillende functies beschreven, zoals het correct coderen van diagnosen, het belang van een onderscheid te maken tussen actieve en passieve zorgelementen, het correct registeren van de medicatie of gebruik maken van de planningsmodule in het EMD. Binnen deze onderzoeksgroep blijkt de ene arts hierin wat strikter te zijn dan de andere, maar desondanks wordt het belang van een goed medisch dossier wel unaniem naar voor geschoven.

1.2 Ziekte specifieke richtlijnen

Huisartsen bevestigden de uitdaging om meerdere ziekte-specifieke richtlijnen te combineren bij een patiënt met multimorbiditeit. Desondanks toont dit onderzoek dat huisartsen wel belang hechten aan de ziekte-specifieke richtlijnen. De meeste huisartsen benadrukten dat de aanpak van multimorbiditeit start bij het kennen van de ziekte-specifieke richtlijnen. Deze vormen de wetenschappelijke basis waaruit dan gerichte aanpassingen kunnen gemaakt worden.

"Ik denk dat het wel start met een richtlijn te kennen van een bepaalde pathologie, in de zin welke medicatie er wordt voorgesteld, welk plan van aanpak. … Als je dat als basis kent, kan je daarop verder bouwen." (P7)

Sommige huisartsen gaven ook eerlijk aan dat ze wisten dat een bepaald aspect van de aanpak niet volledig volgens de richtlijnen is. Een afwijking bleek daarbij veelal een bewuste keuze te zijn, met kennis van de sterkst onderbouwde wetenschappelijke evidentie in het achterhoofd.

1.3 Praktijkrichtlijnen

Sommige huisartsen vermeldden uitgeschreven praktijkrichtlijnen ontwikkeld te hebben voor bepaalde chronische aandoeningen. Zo worden er binnen de praktijk afspraken gemaakt per pathologie over hoe vaak de patiënt op controle dient te komen en met welk tijdsinterval welke laboratoriumonderzoeken gedaan moeten worden. Sommige praktijken gebruiken het EMD om interne controles te doen en voor bepaalde patiëntengroepen zaken te gaan inplannen (bv seizoen vaccinatie). Sommige huisartsen hebben protocollen uitgewerkt om per maand een bepaald onderwerp te gaan belichten (vb. medicatiereview, osteoporose). Op die manier trachten de huisartsen, elk op hun eigen manier, wat systematiek te brengen in de chronische zorg.

"We zijn aan het werken om alles van chronische zorg volledig in een protocol te gieten. We hebben een lange lijst met zaken die je bij een chronische patiënt moet opvolgen (valrisico, osteoporose etc.), alles van assessment zit daar ook in, alsook vaccinaties, nazicht van de medicatielijst. Dan gaan we dit opsplitsen in maanden. Zo gaan we elke maand een topic bekijken." (P6)

1.4 Informeren van de patiënt

Huisartsen beschreven dat ze het belangrijk vonden om de patiënt, op een ongecompliceerde manier, te informeren over de beslissingen die werden genomen: welke zaken tegen elkaar werden afgewogen, waarom een bepaalde keuze werd gemaakt en wat zal moeten worden opgevolgd. Huisartsen beschreven dat het actief betrekken van de patiënt een positieve invloed heeft op de vertrouwensrelatie en zo ook op de therapietrouw. Het maken van duidelijke afspraken met de patiënt bleek voor velen een extra hulp bij het behouden van het overzicht.

"Ik haal eigenlijk wel aan wat de zaken zijn waar we rekening mee moeten houden. Ik probeer dat in simpele mensentaal uit te leggen zodat de mensen ook begrijpen waar het over gaat. Dat ze ook begrijpen waarom, zoals in dit geval, een regelmatige opvolging van de nierfunctie nodig is en waarom die gewichtscontrole thuis nodig is. Ik merk door hen mee te laten gaan in dat denkproces, dat patiënten veel beter snappen waarom ik bepaalde beslissingen neem en dat ze veel beter therapietrouw gaan zijn." (P9)

Thema 2: Dynamiek

Ondanks de structuur die deelnemende huisartsen proberen in te bouwen binnen de zorg voor multimorbide patiënten, zijn ze niet rigide in hun denken en handelen. Dit onderzoek toont dat huisartsen steeds weloverwogen en zorgvuldig afwijken van een bepaalde richtlijn. We merken op dat huisartsen steeds een balans maken en zeker niet intuïtief te werk gaan. Er zijn verschillende factoren die hun handelen beïnvloeden.

2.1 Het 'type' patiënt

Huisartsen beschreven dat hun manier van omgaan met de patiënt en hun beleid beïnvloed wordt door persoonlijke kenmerken van de patiënt. Huisartsen stemmen zich af op de persoon die voor hen zit, om ervoor te zorgen dat de patiënt mee is in het verhaal en niet vroegtijdig afhaakt. De huisartsen benadrukten dat dit meestal wel wat achtergrondkennis van de patiënt vereist, doch sommige artsen beschreven deze sociale vaardigheid als een soort 'aanvoelen'.

"Ik probeer niet de schoolmeester bij hem uit te hangen. Bij een schoolmeester moet je dat wel doen, maar bij hem moet je dat niet doen." (P10)

"We kameleon'en ook wel vaak als arts. De man die hier heel deftig gekleed en mooi rechtop zit en die zijn verhaal heel rechtuit uitlegt, dan ga ik me als huisarts ook een beetje gaan rechtzetten en ook iets meer gaan structureren. Een koppel die hier al lachend binnenkomt, dan ga je voelen: ik ga hier een boodschap brengen, maar ik ga die boodschap ergens moeten wegsteken in een verhaaltje." (P13)

2.2 Soort morbiditeit

Huisartsen beschreven dat de morbiditeit zelf ook bepaalt in welke mate wordt afgeweken van een richtlijn. Bij bepaalde pathologieën is er meer ruimte om de zorg aan te passen aan de patiënt dan bij andere. Sommige aandoeningen vereisen ook meer toelichting dan andere.

"Er zijn twee soorten klachten: klachten waarbij de arts 'baas' is (vb. een lelijke tonsillitis), dan vraag ik niet aan de patiënt "wat denk jij?". Op zo'n momenten ben ik baas. Bij veel andere zaken probeer ik patiënten mee te doen denken over hun aandoeningen." (P1)

Daarnaast beschreven huisartsen dat de prevalentie binnen de huisartspraktijk van bepaalde aandoeningen een invloed heeft op hoe vanzelfsprekend artsen het vinden om aanpassingen te maken.

"Het is een complex probleem, maar het is ook een probleem dat veel voorkomt. Dus ik denk als je als huisarts een tijdje bezig bent, dat je daar ook wel je weg in vindt en dat het voor een stuk ook aanvoelen is wat moeten we geven, waar moeten we aanpassen… dat wordt gemakkelijk." (P9)

2.3 Psychosociale context

Zorg op maat betekent voor huisartsen dat er rekening wordt gehouden met de psychosociale context van de patiënt.

"Naast een medisch dossier heeft een patiënt vaak nog andere 'dossiers', zoals een sociaal dossier. Een patiënt is meer dan zijn ziekte." (P2)

Huisartsen beschreven dat psychische factoren van de patiënt, zoals eenzaamheid en angst, het behandelplan kunnen beïnvloeden. Daarnaast gaven de huisartsen aan rekening te houden met andere factoren zoals de thuissituatie van de patiënt, cultuurgebonden factoren, de aan- of afwezigheid van sociale steun voor de patiënt en de gezondheidsvaardigheden van de patiënt zoals hun ziekte-inzicht of gebruik van gezondheidszorg.

"Ik heb het vooral wat breder getrokken. Eigenlijk rookt hij nog altijd, we hebben dit al meerdere keren besproken dat dit natuurlijk niet helpend is voor zijn COPD (en dyspnoe nvdr). We hebben al een aantal keer geprobeerd om rookstop in te voeren maar dat is niet gelukt. De belangrijkste drempels zijn dat hij geen dag invulling heeft, eenzaam is en dus daardoor zijn 'kas opvreet' en de ene sigaret na de andere rookt." (P14)

2.4 Waarden en voorkeuren van de patiënt

Huisartsen beschreven het belang van de waarden en voorkeuren van de patiënt bij de zorg voor patiënten met multimorbiditeit. Zo vermeldden de artsen bij de zorg rekening te houden met wat de patiënt belangrijk vindt. Een goed gesprek hierover bleek voor de artsen aldus van grote waarde te zijn.

Wanneer gevraagd werd naar het behandeldoel bij een patiënt, werden zelden klinische parameters vernoemd. Vaak werd het algemeen functioneren van de patiënt, zelfredzaamheid, een veilige thuisomgeving, de mobiliteit van de patiënt of het comfort van de patiënt vermeld. Factoren die de levenskwaliteit van de patiënt ten goede komen, werden dus vaak als behandeldoel vooropgesteld. De harde eindpunten volgens de ziekte-specifieke richtlijnen werden zeker niet opzijgezet, maar er werd wel nagegaan of het strikt naleven ervan geen negatieve invloed heeft op hun welbevinden.

"Het is niet ons doel om onze patiënten zo lang mogelijk in leven te houden, maar wel om ervoor te zorgen dat in de tijd dat ze er zijn goed zijn." (P1)

"'Add life to years instead of years to life'. Het behandeldoel is in feite de kwaliteit van leven." (P13)

"Cholesterol staat bij mij bij ouderen zeker niet bovenaan op het lijstje, maar diabetes dan weer wel omdat dit aanleiding kan geven tot een beperking van het zelfstandig functioneren. In datzelfde kader ga ik een bloeddruk nooit super laag zetten, omdat ze dan kunnen vallen." (P1)

Thema 3: Gedeelde zorg

We stellen vast dat samenwerken voor huisartsen belangrijk is om optimale zorg te voorzien. Via het gebruik van de sociale kaart trachten huisartsen extra ondersteuning te bieden aan de patiënt met meerdere chronische aandoeningen. Samenwerken maakt de zorg overzichtelijker en minder intensief voor huisartsen.

3.1 Overleg

Huisartsen vertelden dat, bij moeilijke patiënten casussen, overleg een extra houvast kan zijn. Zowel overleg met mede-collega's, als andere zorgverleners of de familie van de patiënt werden vermeld. Anderen hun inbreng bleek voor huisartsen voornamelijk waardevol wanneer ze zelf minder goed wisten hoe een bepaalde casus aan te pakken.

"En overleg natuurlijk. Als er van die moeilijkere casussen zijn, dan overleg ik dat wel eens van 'ik zou dat doen' of 'ik zou dat doen'. Dat aftoetsen maakt natuurlijk ook dat je uw weg daarin leert vinden." (P9)

3.2 Multidisciplinaire samenwerking

Een groot deel van de huisartsen bracht het belang van een multidisciplinaire omkadering ter sprake. Ze gaven aan dat samenwerken met andere disciplines extra ondersteunend kan zijn voor zowel de patiënt als voor ons als arts.

"Ik denk dat dit (multimorbiditeit nvdr.) een uitdaging is naar de toekomst toe, waarbij ik me vragen stel of je dit als monodisciplinaire huisartsenpraktijk kan blijven dragen. Ik denk dat er mensen met andere skills zijn die dit heel goed kunnen ondersteunen, naar populatie management toe bijvoorbeeld. Als huisarts kan je het allemaal doen, zeker en vast … maar in de ideale wereld zijn we daar toch wat voor ondersteund." (P7)

Huisartsen vermeldden onder andere de samenwerking met psychologen, verpleegkundigen, interculturele bemiddelaars en kinesitherapeuten. Huisartsen trachtten via een multidisciplinair zorgoverleg meer zorg op maat van de patiënt te creëren. Wanneer echter de neuzen niet in dezelfde richting staan, kan dit volgens artsen de zorg nog complexer maken.

3.3 Netwerk van de patiënt

Huisartsen beschreven het belang van het netwerk van de patiënt, zowel bij de huidige zorg als de verdere ondersteuning. Naast de hulpverleners, werden voornamelijk de partner en de kinderen van de patiënt vermeld. Een goed omkaderde patiënt wordt idealiter van dichtbij opgevolgd zodat problemen snel opgemerkt en aangepakt kunnen worden.

"Hoe ik de geneeskunde zie is dat de patiënt centraal staat. Al de andere zitten er rond, de familie, de andere zorgverleners, zijn vrouw, zijn kinderen… wat wij doen is de patiënt centraal stellen en zorgen dat hij zich goed in zijn vel voelt met de beperkingen die hij heeft." (P11)

Thema 4: Longitudinale zorg

De zorg voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen gaat verder dan het stellen van de diagnose. De aanpak van multimorbiditeit blijkt op verschillende vlakken een longitudinaal proces in de tijd.

4.1 Vertrouwensrelatie

Huisartsen vertelden vaak dat door het feit dat ze de patiënt al geruime tijd kennen, er door de jaren heen een soort vertrouwensrelatie is opgebouwd. Met de loop der tijd leer je de patiënt in zijn geheel kennen en verwerf je als arts ook een bepaalde plaats bij de patiënt. Het creëren van die vertrouwensrelatie zorgt er voor dat je als arts beter weet hoe je een bepaalde patiënt moet gaan benaderen en wat ze belangrijk vinden. Daarnaast zorgt de vertrouwensrelatie ervoor dat patiënten openhartiger zijn en het medisch advies van jou als arts iets meer gaat doorwegen.

"Als je nog geen band hebt met die patiënt, dan gaan ze ook andere dingen zeggen dan dat je ze wel kent denk ik. Als je iemand eenmalig ziet, en je mag dan nog zo empathisch zijn en goed bevragen

wat die patiënt verwacht. Ik denk als je de achtergrond niet hebt en je hebt het vertrouwen nog niet van de patiënt, dan is dat ook een heel ander beeld dat je krijgt dan dat je de langere weg aflegt." (P14)

4.2 Stapsgewijs

Voor huisartsen is multimorbiditeit zeker niet iets dat binnen één consultatie dient afgerond te worden. Huisartsen beschreven dat de zorg voor multimorbide patiënten stapsgewijs gebeurt.

"Het voordeel is ook in die chronische contexten dat je zit met een tijdslijn, het is niet dat je alles moet doen in één consultatie." (P12)

Huisartsen vertelden prioriteiten te stellen tijdens een consultatie, omdat het voor hen vaak niet haalbaar lijkt alle zaken tegelijk te behandelen. Wat op dat moment op medisch vlak het meest urgent lijkt, heeft voorrang op andere zaken. Naast de urgentie op medisch vlak, gaan artsen ook kijken naar wat prioriteit heeft voor de patiënt zelf. Wat de patiënt het belangrijkste vindt, wat het meeste impact heeft op zijn dagdagelijks functioneren. Artsen vertelden, in de mate van het mogelijke, dit ook mee te nemen in hun beslisproces. Echter, hoe ernstiger de pathologie, hoe minder ruimte er overblijft voor overleg met de patiënt.

"Je doet een inventarisatie van zaken waarbij er een aanpak wenselijk zou zijn. Echter, niet al die zaken zijn op elk moment even belangrijk. Het is ook niet altijd realistisch om alles van die verschillende zaken te gaan aanpakken, soms moet je daarin prioriteiten stellen. Die prioriteiten spreek je af met de patiënt en worden voor een stuk bepaald door de patiënt enerzijds, maar deze worden ook meebepaald door de arts zelf: zoals iets potentieel ernstig waar niet mee gewacht kan worden en die je iets sterker in de weegschaal gaat leggen." (P5)

Volgens de huisartsen wordt het tempo van het traject vaak bepaald door de patiënt zelf. Een (tussentijds) behandeldoel moet haalbaar zijn voor de patiënt. Hierbij blijkt het van groot belang te zijn om samen met de patiënt in overleg te gaan: wat is haalbaar voor de patiënt en wat niet.

"Voor haar is het belangrijk dat ze steeds het gevoel heeft dat ze 'au sérieux' genomen wordt en dat er rekening met haar gehouden wordt. Ik kan wel bepaalde suggesties doen, maar ik kan haar niet forceren. Ik kan alleen maar advies geven en aangeven waar er wat zou kunnen veranderen. Samen zijn we dan gaan kijken naar wat voor haar haalbaar is." (P5)

4.3 Follow-up

Verdere periodieke opvolging van de patiënt met multimorbiditeit blijkt voor het merendeel van de huisartsen van groot belang. Het zorgt ervoor dat je als arts kan controleren of de ingestelde behandeling lukt en of er ergens moet worden bijgeschaafd. Huisartsen vertelden dat een goede periodieke opvolging ervoor zorgt dat je niet pas gaat herevalueren wanneer er zich een probleem voordoet.
Sommige artsen vertelden een duidelijk onderscheid te maken tussen een consult omwille van een acute gebeurtenis en een follow-up consult. Voor hen vervangt een acuut consult een gepland opvolgconsult niet.

Discussie

Dit onderzoekswerk toont ons enkele inzichten in de aanpak van multimorbiditeit door Vlaamse huisartsen. Allereerst, gezien de complexiteit en verscheidenheid aan chronische aandoeningen, blijkt een '*one-size-fits-all*' benadering voor multimorbiditeit eerder utopisch. Desondanks wordt het belang van een bepaalde attitude naar voor geschoven. Multimorbiditeit vereist een globale benaderingswijze, waarbij we als arts moeten durven afstand nemen om naar het complete plaatje te kunnen kijken. Het inbouwen van structurele elementen blijkt belangrijk om het overzicht te behouden. Op praktijkniveau blijkt het optimaal gebruik van het EMD de belangrijkste houvast te zijn, waarbij het gebruik van verschillende functies wordt beschreven. Daarnaast blijkt het opstellen van praktijkprotocollen een hulp voor het inbouwen van systematiek. Praktijkprotocollen worden vaak opgesteld per chronische pathologie, doch soms zijn ze ruimer en gaan ze op populatieniveau per tijdsinterval een bepaald aspect van zorg gaan belichten. Op het niveau van de patiënt blijkt het informeren en educeren van de patiënt een belangrijke houvast. Op het niveau van de individuele aandoening blijven de ziekte specifieke richtlijnen van essentiële waarde.

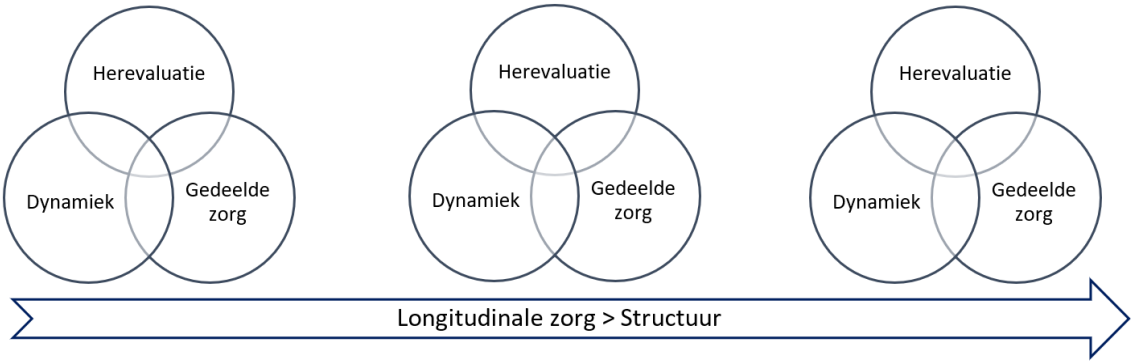
Patiëntgerichte zorg (*Patient-centred care*, PCC) wordt algemeen erkend als een kernwaarde binnen de huisartsgeneeskunde. Onderzoek toont aan dat PCC een positieve impact heeft op de uitkomst van enkelvoudige aandoeningen (17). Dit onderzoek toont dat ook in de context van multimorbiditeit PCC een prominente plaats inneemt. Zo houden huisartsen bij hun aanpak rekening met de psychosociale context van de patiënt, de waarden en voorkeuren van de patiënt, familie en vrienden. Deze stemmen overeen met enkele van de acht dimensies van PCC (gedefinieerd volgens het Picker instituut): voorkeur van patiënten, informatie en educatie, toegang tot zorg, fysiek comfort, emotionele ondersteuning, familie en vrienden, continuïteit en overgang, coördinatie van zorg (18). Afhankelijk van het 'type' patiënt, vereisen niet alle patiënten met multimorbiditeit dezelfde soort zorg en zijn niet alle dimensies van PCC van even groot belang voor alle patiënten. Zo omschrijft een kwalitatieve studie uit 2020 drie subgroepen van patiënten met multimorbiditeit, afhankelijk van hun functioneren, mentale gezondheid, de voorgeschiedenis en financiële middelen (19).

Onder wetenschappelijke onderzoekers, die zich toeleggen op multimorbiditeit, is er een duidelijke consensus dat professionals uit de eerstelijnszorg het best geplaatst zijn om patiënten met multimorbiditeit te behandelen. Dit om de reden dat de eerstelijnszorg veel belang hecht aan het leveren van persoonsgerichte, brede en continue zorg (3). Aan de andere kant toont deze studie dat het betrekken van andere zorgverleners bij de zorg voor een complexe patiënt een belangrijke ondersteunende factor is voor huisartsen. Een multidisciplinaire benadering werd reeds eerder door huisartsen als een waardevol element beschreven bij de zorg voor multimorbide patiënten (11, 20).
Dit onderzoekswerk toont dat bij het bepalen van het behandeldoel bij multimorbide patiënten, de levenskwaliteit vaak voorop wordt gesteld. Artsen maken doelgerichte beslissingen, waarbij rekening wordt gehouden met de waarden en persoonlijke doelstellingen van een patiënt. In de literatuur wordt hieromtrent de term '*Goal-oriented Person-centred care*' (Goal-PCC) gebruikt (17). Hiermee corresponderend beschrijft men in de literatuur de noodzaak aan een verschuiving van de klemtoon van "*What is the matter?*" naar "*What matters?*" (6). Reeds in 1996 werd *Evidence Based Medicine* (EBM) door Sackett gedefinieerd als het uitoefenen van geneeskunde met integratie van de beste evidentie uit onderzoek, de klinische ervaring van de arts en daarenboven de waarden van de patiënt (21). In 2021 ontwikkelde Swancutt et al. het SHERPA kader (*Shared Evidense Routine for a Person-*

centered Plan for Action), een communicatief hulpmiddel bij multimorbiditeit. De eerste onderzoeken tonen dat dit kader praktisch inzetbaar is bij de klinische besliskunde bij multimorbiditeit: het vereenvoudigt, zowel voor arts als patiënt, het identificeren van een behandeldoel en het samen plannen van zorg (22).

De inzichten verkregen via dit onderzoekswerk lopen parallel met de principes beschreven in de NICE en AGS richtlijn omtrent multimorbiditeit (12, 13). Deze richtlijnen benadrukken om in overleg met de patiënt de levenskwaliteit voorop te stellen en de draaglast van behandelingen zo minimaal mogelijk te houden. Ook het belang van het identificeren van doelen, waarden en prioriteiten van de patiënt wordt benadrukt, met daarnaast het instellen van een geïndividualiseerd behandelplan. Er wordt in de richtlijnen niet letterlijk gebruik gemaakt van de termen doelgerichte en patiënt gerichte zorg, doch de kerngedachte is gelijklopend. In de NICE richtlijn wordt er bijzondere aandacht besteed aan een nazicht van medicatie en andere behandelingen, wat in dit onderzoekswerk minder uitgesproken naar voor komt.

De zorg voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen vraagt, in verschillende aspecten, tijd. Zo hechten huisartsen veel belang aan de longitudinale interpersoonlijke relatie en maken ze bij de zorg gebruik van de verworven kennis over en het vertrouwen met de patiënt. Daarnaast beschrijven huisartsen de zorg als een proces in de tijd, waarbij continu prioriteiten worden gesteld. Bovendien vereisen patiënten met meerdere chronische aandoeningen een regelmatige, proactieve opvolging. Figuur 2 tracht dit schematisch weer te geven. Deze bevindingen passen bij het proces beschreven als '*management reasoning*', voor het eerst vermeld in de literatuur door Cook et al. in 2019. Dit houdt in dat het klinisch redeneren verder gaat dan het stellen van de diagnose: dit soort longitudinaal redeneren vraagt een voortdurende herevaluatie van de zorg, waarbij in dialoog gaan met de patiënt van groot belang is (15, 23). Complexe, tijdsintensieve zorg is vandaag de dag moeilijk verenigbaar met het klassieke prestatiemodel. Aanpassingen aan het gezondheidszorgsysteem en financieringsmodel van de eerstelijnszorg die dit ondersteunen, kunnen de kwaliteit van zorg ten goede komen.



Figuur 2: Multimorbiditeit vereist een longitudinale zorg met regelmatige opvolging

Deze studie heeft enkele beperkingen. Allereerst zou de onderzoekspopulatie als klein kunnen beschouwd worden. Nochtans werd een thematische saturatie bereikt, het includeren van bijkomende huisartsen zou weinig invloed hebben gehad op onze resultaten. Desondanks kunnen we niet concluderen dat er buiten onze onderzoekspopulatie geen tegenstrijdige opvattingen bestaan. Ten tweede bleek de bereidheid om deel te nemen aan dit onderzoek het grootst bij artsen met een bijzondere interesse in multimorbiditeit. Dit kan het veralgemenen van de resultaten bemoeilijken, gezien ze mogelijks verschillen met deze van de algemene huisartsen populatie. Bijkomend dient vermeld te worden enkel huisartsen werden geïncludeerd werkzaam in West- en Oost-Vlaanderen (België), wat het veralgemenen van de resultaten kan bemoeilijken. Tenslotte werd de data geanalyseerd door één huisarts-onderzoeker, wat een invloed kan hebben op de objectiviteit van de interpretatie van de resultaten.

Conclusie

Multimorbiditeit vraagt een brede, integrale kijk en aanpak. Om een overzicht te creëren en om houvasten voor zichzelf in te bouwen, implementeren Vlaamse huisartsen bepaalde structurele elementen. Het EMD blijkt hierbij een belangrijke ondersteunende factor te zijn, daarnaast blijven de ziektespecifieke richtlijnen een belangrijke basis om op verder te bouwen. De aanpak van multimorbiditeit op zich kan echter moeilijk teruggebracht worden naar een veralgemeende richtlijn. Dit kwalitatief onderzoek benadrukt het belang van een persoonsgerichte en doelgerichte aanpak bij patiënten met multimorbiditeit. Daarnaast vereisen multimorbide patiënten een longitudinale aanpak in de tijd. Verder onderzoek kan bijdragen aan nieuwe inzichten omtrent de factor tijd: hoe deze beter kan geïmplementeerd en ondersteund worden door het gezondheidszorgsysteem.

Dankwoord

Graag wil ik van de gelegenheid gebruik maken om mijn promotor prof. Boeckxstaens en co-promotor dr. Van Daele te bedanken. Dankjewel om richting te geven aan deze masterproef en mij hulp te bieden wanneer het nodig was. Maar bovenal dankjewel voor jullie enthousiasme, jullie toewijding en jullie oprechtheid. Het was een eer om begeleid te worden door jullie.
Het schrijven van deze masterproef heeft mee vormgegeven aan mijn ontwikkeling als HAIO. Het heeft ervoor gezorgd dat ik over bepaalde aspecten van huisartsgeneeskunde meer ben gaan nadenken en het belang ervan ben gaan inzien. Hierbij hoop ik dat het resultaat van dit onderzoekswerk ook een positieve impact mag hebben op andere (jonge) artsen en de zorg voor patiënten.

Mijn grote erkentelijkheid gaat daarnaast uit naar mijn twee opleidingspraktijken. Dankjewel om te tonen wat goede huisartsgeneeskunde is. De ruimdenkendheid die heerst in beide praktijken had ik nodig om te evolueren tot de persoon die ik nu ben.

Daarnaast ben ik ook een grote bedanking verschuldigd aan mijn ouders en broer, voor de onvoorwaardelijke steun tijdens mijn studies. Tot slot wil ik ook mijn vriend Aaron bedanken, om er eenvoudigweg altijd voor mij te zijn.

Bedankt allemaal.

Referenties

1. van den Akker M, Vaes B, Goderis G, Van Pottelbergh G, De Burghgraeve T, Henrard S. Trends in multimorbidity and polypharmacy in the Flemish-Belgian population between 2000 and 2015. PloS one. 2019;14(2):e0212046.
2. Johnston MC, Crilly M, Black C, Prescott GJ, Mercer SW. Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews. European journal of public health. 2019;29(1):182-9.
3. Blarikom Ev. The emergence of multimorbidity as a matter of concern: a critical review. BioSocieties. 2022.
4. Cassell A, Edwards D, Harshfield A, Rhodes K, Brimicombe J, Payne R, et al. The epidemiology of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2018;68(669):e245-e51.
5. Xu X, Mishra GD, Jones M. Evidence on multimorbidity from definition to intervention: An overview of systematic reviews. Ageing research reviews. 2017;37:53-68.
6. Bayliss EA, Bonds DE, Boyd CM, Davis MM, Finke B, Fox MH, et al. Understanding the context of health for persons with multiple chronic conditions: moving from what is the matter to what matters. Annals of family medicine. 2014;12(3):260-9.
7. Muth C, van den Akker M, Blom JW, Mallen CD, Rochon J, Schellevis FG, et al. The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. BMC medicine. 2014;12:223.
8. Muth C, Blom JW, Smith SM, Johnell K, Gonzalez-Gonzalez AI, Nguyen TS, et al. Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review and expert consensus. Journal of internal medicine. 2019;285(3):272-88.
9. Palmer K, Marengoni A, Forjaz MJ, Jureviciene E, Laatikainen T, Mammarella F, et al. Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). Health policy (Amsterdam, Netherlands). 2018;122(1):4-11.
10. Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J, Bradley C. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. BMJ open. 2013;3(9):e003610.
11. Damarell RA, Morgan DD, Tieman JJ. General practitioner strategies for managing patients with multimorbidity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. Bmc Fam Pract. 2020;21(1).
12. Farmer C, Fenu E, O'Flynn N, Guthrie B. GUIDELINES Clinical assessment and management of multimorbidity: summary of NICE guidance. Bmj-Brit Med J. 2016;354.
13. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for c. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Journal of the American Geriatrics Society. 2012;60(10):E1-E25.
14. Boyd C, Smith CD, Masoudi FA, Blaum CS, Dodson JA, Green AR, et al. Decision Making for Older Adults With Multiple Chronic Conditions: Executive Summary for the American Geriatrics Society Guiding Principles on the Care of Older Adults With Multimorbidity. Journal of the American Geriatrics Society. 2019;67(4):665-73.
15. Cairo Notari S, Sader J, Caire Fon N, Sommer JM, Pereira Miozzari AC, Janjic D, et al. Understanding GPs' clinical reasoning processes involved in managing patients suffering from multimorbidity: A systematic review of qualitative and quantitative research. International journal of clinical practice. 2021;75(9):e14187.
16. Bogerd MJL, Slottje P, Schellevis FG, Giebels A, Rijken M, van Hout HPJ, et al. From protocolized to person-centered chronic care in general practice: study protocol of an action-based research project (COPILOT). Primary health care research & development. 2019;20:e134.

17. Berntsen GKR, Dalbakk M, Hurley JS, Bergmo T, Solbakken B, Spansvoll L, et al. Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: a propensity score-matched controlled trial. Bmc Health Serv Res. 2019;19(1).
18. Kuipers SJ, Nieboer AP, Cramm JM. Making care more patient centered; experiences of healthcare professionals and patients with multimorbidity in the primary care setting. Bmc Fam Pract. 2021;22(1):70.
19. Kuipers SJ, Nieboer AP, Cramm JM. Views of patients with multi-morbidity on what is important for patient-centered care in the primary care setting. Bmc Fam Pract. 2020;21(1).
20. Poitras ME, Maltais ME, Bestard-Denomme L, Stewart M, Fortin M. What are the effective elements in patient-centered and multimorbidity care? A scoping review. Bmc Health Serv Res. 2018;18.
21. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: What it is and what it isn't - It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. Brit Med J. 1996;312(7023):71-2.
22. Swancutt DR, Jack E, Neve HA, Tredinnick-Rowe J, Axford N, Byng R. GP trainee responses to using SHERPA for multimorbidity consultations. Education for primary care : an official publication of the Association of Course Organisers, National Association of GP Tutors, World Organisation of Family Doctors. 2021;32(5):272-9.
23. Cook DA, Durning SJ, Sherbino J, Gruppen LD. Management Reasoning: Implications for Health Professions Educators and a Research Agenda. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. 2019;94(9):1310-6.

Bijlagen

Bijlage 1. Advies Commissie voor Medische Ethiek

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. Pauline Boeckxstaens
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-11038	NVT	18/11/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"KWALITATIEF ONDERZOEK ROND DE ZORG VOOR PATIËNTEN MET MULTIMORBIDITEIT: DE ARIADNE PRINCIPES IN DE PRAKTIJK. Scriptie Famke Wildemeersch"

B.U.N.: B6702021001090

- Begeleidende brief dd. 29/10/2021 (ontvangen dd. 03/11/2021)
- Adviesaanvraagformulier Famke Wildemeersch versie 1, dd. 26/10/2021
- Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemer + informed Consent versie 1, dd. 29/10/2021
- Interview Guide versie 1, dd. 23/10/2021
- Diverse lijst van chronische aandoeningen ontvangen dd. 03/11/2021
- GCP certificaat dd. 14/10/2021 Prof. Boeckstaens Pauline

Advies werd gevraagd door: prof. dr. Pauline Boeckxstaens

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 17/11/2021 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 17/11/2022, 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 17/11/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 17/11/2022, 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

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

° *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

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 2. Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemer

Informatiebrief voor de deelnemer

Titel van de studie:

Kwalitatief onderzoek rond de zorg voor patiënten met multimorbiditeit: de Ariadne principes in de praktijk

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. Doel en beschrijving van de studie

Multimorbiditeit is een groeiende uitdaging voor de (eerstelijns-)gezondheidszorg, gezien de vergrijzing van de bevolking en de stijgende prevalentie van chronische aandoeningen. De zorg voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen is niet eenvoudig, gezien de complexiteit en intensiteit van interventies. Vandaag de dag is gezondheidszorg en wetenschappelijk onderzoek voornamelijk ziekte-gericht georganiseerd. Deze omkadering is niet ideaal om de complexe interactie tussen verschillende aandoeningen te begrijpen en optimaal te behandelen.
De voorbije jaren is de bewustwording van multimorbiditeit en de erkenning van de impact ervan op patiënt en gezondheidszorg enorm toegenomen. Zo ontwikkelde Muth et all. (2014) enkele ondersteunende principes voor het behandelen van multimorbiditeit in de eerste lijn (de Ariadne principes).
De faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen (UGent) voert een onderzoek uit naar de toepasbaarheid van de Ariadne principes in de praktijk. Het onderzoek is gebaseerd op diepte interviews met huisartsen waarbij enkele patiënten casussen zullen besproken worden. De studie heeft als doel het identificeren van enkele houvasten voor jonge huisartsen bij de zorg voor patiënten met multimorbiditeit.

U werd uitgenodigd om te participeren aan dit onderzoek. Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een interview te laten afnemen. Dit zal ongeveer 60 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van prof. dr. Boeckxstaens.

2. Participatie en weigering

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Het staat u vrij niet deel te nemen aan het onderzoek, zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker.
Wanneer u na het doornemen van deze informatie bereid bent deel te nemen aan het onderzoek, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te ondertekenen (zie verder).

3. Voordelen

Deelname aan dit onderzoek biedt geen persoonlijk voordeel voor de deelnemer zelf, maar de verkregen resultaten kunnen een bijdrage vormen aan het onderwijs van jonge huisartsen bij de zorg voor patiënten met multimorbiditeit.

4. Kosten en vergoedingen
Er worden noch kosten, noch vergoedingen voorzien voor deelname aan dit onderzoek.

5. Vertrouwelijkheid
In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.
Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, paragraaf 1 (a) en artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal geanonimiseerd worden. Enkel de geanonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Zowel persoonsgegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. dr. Boeckxstaens (UGent). Zijn/haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving betreffende gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35, 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. Verzekering
De experimentenwet van 07/05/2004 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 met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

7. Contact
Famke Wildemeersch (HAIO)
Famke.Wildemeersch@UGent.be

Informed consent (toestemmingsformulier)

Ik, ondergetekende ……verklaar hierbij dat ik als deelnemer aan dit onderzoek, kaderend binnen de ManaMa huisartsgeneeskunde,:

a) Het document 'Informatiebrief voor de deelnemer' bladzijde 1 tot en met 3 gelezen en begrepen heb en dat ik er een kopij van gekregen heb. Deze geven uitleg over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht;

b) Volledig vrijwillig deelneem aan dit onderzoek. Ik weet dat ik me op elk moment kan terugtrekken zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen tot op het ogenblik dat de gegevens geanonimiseerd in de database zullen worden opgeslagen, gezien dan geen terugkoppeling meer mogelijk is;

c) Geïnformeerd ben over de goedkeuring van deze studie door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent. De gegevensverzameling en -analyse zal uitgevoerd worden conform de richtlijnen voor goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Het vernemen van deze goedkeuring heeft geen effect gehad op mijn beslissing tot deelname aan deze studie;

d) Geïnformeerd ben dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

e) De onderzoeker de toestemming geef om het interview op te nemen, de verkregen resultaten op een anonieme manier te verwerken en anoniem te rapporteren conform de GDPR-regelgeving;

Gelezen en goedgekeurd op …….. (datum)

Naam + handtekening huisarts ……...

Naam + handtekening onderzoeker ……..

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

Bijlage 3. Interviewgids

Interview gids

Alvorens van start te gaan, had ik graag nog eens mondeling nagevraagd of u kan bevestigen dat deelname aan deze studie volledig vrijwillig is. Daarnaast had ik graag nog eens expliciet nagevraagd of u akkoord gaat met het opnemen van dit interview?

Dan wil ik u allereerst bedanken om deel te nemen aan dit onderzoek en om mij de geanonimiseerde Sumehr met medicatielijst van enkele patiënten op voorhand door te sturen.

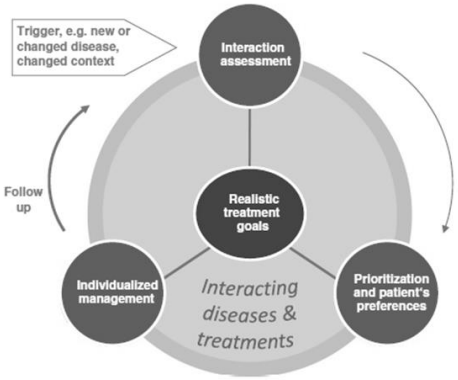
Het **doel** van mijn onderzoek is om van jullie bij te leren. Voor mij zijn jullie expert in het behandelen van mensen met multimorbiditeit en hebben jullie veel ervaring waar ik van kan leren. Via dit interview ben ik op zoek naar vaardigheden en inzichten die jullie hanteren. Dit onderzoek is zeker niet bedoeld om jullie te evalueren of ondervragen.

1) Richtlijn multimorbiditeit

→ Kent u richtlijnen rond de aanpak van multimorbiditeit?
Zo ja, welke?
Zo neen, heeft u een eigen 'praktijkaanpak'?

2) De Ariadne principes

→ Bent u bekend met de Ariadne principes?
→ Figuur voorleggen:



Kan u beschrijven wat u ziet?
Hoe zou u dit interpreteren?
→ Hoe zou u dit interpreteren?
Wat gaat u na bij verschillende interacties? Hoe ziet u dit?

(Tijdens mijn vorige interviews heb ik gemerkt dat het onderdeel 'interaction assessment' niet zo eenvoudig is om te interpreteren. Daarom kort wat extra uitleg hierbij. Met 'interaction assessment' bedoelen ze voornamelijk dat het probleem dient verkend te worden. Hierbij dient er nagegaan te worden of er interacties zijn tussen verschillende medicijnen, maar ook tussen ziektes en behandelingen (bijvoorbeeld behandeling van hypertensie & ziekte van Parkinson met orthostatische hypotensie) en ook tussen ziektes onderling (vb diagnose van een beginnende depressie bij een patiënt met dementie).

Wat verstaat u onder 'het stellen van prioriteiten'?
Wat is voor u 'geïndividualiseerde zorg'?
Hoe kijkt u naar de term 'realistische doelen'?
→ Korte uitleg principes:
De Ariadne principes werden ontwikkeld om artsen te helpen hun weg te vinden binnen het labyrint van multimorbiditeit. Centraal staat een realistisch doel van de behandeling. Deze is het resultaat van een

grondige beoordeling van de interactie tussen aandoeningen en behandelingen, het stellen van prioriteiten rekening houdend met de voorkeur van de patiënt en geïndividualiseerde zorg.

3) Patiënten bespreking

U selecteerde voor mij drie patiënten, die minstens 18 jaar oud zijn en twee of meer chronische aandoeningen hebben. De mogelijke chronische aandoeningen zijn terug te vinden in de samengestelde lijst van chronische aandoeningen gebaseerd op eerder onderzoek (zie bijlage). Patiënten die voldoen aan één van de volgende criteria, werden niet geselecteerd (exclusie criteria):

Terminaal ziek; Verstandelijke beperking; Diagnose dementie; Ernstige visuele of auditieve beperking; Onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal.

Graag zou ik nu enkele van uw patiënten, die u op voorhand heeft geselecteerd, bespreken.

- → Is het mogelijk om het Elektronisch Medisch Dossier te openen van patiënt a/b/c?
- → Kan u een korte beschrijving geven van de patiënt, met respect voor de privacy? (leeftijd, chronische aandoeningen, belangrijke aspecten uit de voorgeschiedenis, chronische medicatie)
- → Kan u een recent consult met uw patiënt voor de geest halen en de principes toepassen, te beginnen met '*Interaction assessment'*:

'***Interaction assessment'***:
grondige beoordeling van de interactie tussen aandoeningen, behandeling en context
- → Welke zaken heeft u bij deze patiënt tegen elkaar afgewogen?
- → Hoe behoudt u een overzicht van alle aandoeningen en medicatie?
- → Waarom heeft u gekozen voor…
- → Op welke manier communiceert u dit naar de patiënt?

'**Prioritization and patient's preferences'**:
het stellen van prioriteiten rekening houdend met de voorkeur van de patiënt
- → Wat was voor u het belangrijkste?
- → Op basis van welke gegevens geeft u prioriteit aan een bepaalde zorgbehoefte?
- → Wat was voor de patiënt het belangrijkste?
- → Op welke manier heeft u de patiënt betrokken bij het beslisproces?
- → Hoeveel informatie heeft u de patiënt gegeven om tot een gezamenlijke beslissing te komen? / op welke info heeft hij zich hiervoor gebaseerd?

'*Individualized management'*:
geïndividualiseerde zorg
- → Op welke manier heeft u het behandelplan geïndividualiseerd?
- → Was dit voor u vanzelfsprekend?
- → Daarnet beschreef u geïndividualiseerde zorg als… Na het bespreken van deze casus, wil u daar nog iets aan wijzigen of toevoegen?

'***Realistic treatment goals'***:
realistisch doel van de behandeling
- → Wat zijn de doelen bij deze patiënt? Hoe definieert u die?
- → Daarnet beschreef u de term 'realistisch doel' als… Na het bespreken van deze casus, wil u daar nog iets aan wijzigen of toevoegen?

- → Passen deze principes binnen uw huidige aanpak van multimorbiditeit?
  Waarom wel / niet?
  Denkt u de Ariadne principes te gebruiken bij patiënten met multimorbiditeit?

4) Afsluitende vragen

Om uw antwoorden binnen een context te kunnen plaatsen, had ik u graag nog wat korte vragen gesteld:

- → Wat is uw leeftijd?
- → Welke praktijkvorm hanteert u? (*multidisciplinair, monodisciplinair, solo-arts*)

Bijlage 4. Lijst chronische aandoeningen

De onderstaande tabel bevat de lijst met chronische aandoeningen die gebruikt wordt voor het identificeren van patiënten met twee of meer chronische aandoeningen binnen de patiëntenpopulatie van de deelnemende huisarts. Deze lijst werd door huisartsen ontwikkeld binnen de COPILOT studie en omvat chronische aandoeningen die worden verondersteld langdurig eerstelijnszorg nodig te hebben.

Cluster	Aandoening
Hiv/aids	Hiv/aids
Kanker	Alle maligniteiten
Gastro-intestinaal	Diverticulaire ziekte
	Ziekte van Crohn
	Colitis ulcerosa
Cardiovasculair	Aangeboren hartaandoening
	Infectieuze pathologie hart en/of bloedvaten
	Acute reumatoïde hartziekten
	Niet-reumatisch hartkleplijden
	Hartfalen
	Angina pectoris
	Acuut myocardinfarct
	Atriumfibrilleren
	Hypertensie
	TIA
	CVA
	Claudicatio intermittens
	Aneurysma aortae
	Hypercholesterolemie
Bewegingsapparaat	Fibromyalgie
	Reumatoïde artritis
	Coxartrose
	Gonartrose
	Andere artrose
	Syndroom cervicale wervelkolom
	Artrose / spondylose wervelkolom
	Lage rugpijn met uitstraling
	Osteoporose
Zenuwstelsel	Multiple sclerose
	Ziekte van Parkinson
	Epilepsie
	Migraine
	Clusterhoofdpijn
	Trigeminus neuralgie
	Andere neuropathieën
Psychisch	Chronisch alcohol misbruik
	Slaapstoornis
	Schizofrenie
	Affectieve psychose
	Depressie
	Angststoornis
	Persoonlijkheidsstoornis
Ademhaling	COPD
	Astma
	Chronische bronchitis
Schildklier	Persisterende ductus thyreoglossus/cyste
	Nieuwvorming schildklier (benigne)
	Hyperthyroïdie
	Hypothyroïdie
Diabetes	Diabetes mellitus type 1

	Diabetes mellitus type 2
Urinair	Chronische nierinsufficiëntie
Oog	Maculadegeneratie
Psoriasis	Psoriasis met gebruik van methotrexaat
Obesitas	Adipositas
Roken	Tabaksmisbruik

Bron: Bogerd, M. J., Slottje, P., Schellevis, F. G., Giebels, A., Rijken, M., van Hout, H. P., & Reinders, M. E. (2019). From protocolized to person-centered chronic care in general practice: study protocol of an action-based research project (COPILOT). Primary health care research & development, 20.

Bijlage 5. Goedgekeurd protocol

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

Titel van het onderzoek

KWALITATIEF ONDERZOEK ROND DE ZORG VOOR PATIËNTEN MET MULTIMORBIDITEIT: DE ARIADNE PRINCIPES IN DE PRAKTIJK

☐ retrospectief ☒ prospectief

Gegevens van de begeleidende en superviserende onderzoekers

Promotor
- Naam: Prof. Boeckxstaens Pauline
- Functie: hoofddocent, huisarts
- Universiteit: Universiteit Gent
- Faculteit/Vakgroep: Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen – Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
- Telefoonnummer: +32 332 36 28
- E-mail: Pauline.Boeckxstaens@ugent.be
- Naam vakgroepvoorzitter: Prof. dr. Sara Willems

Co-Promotor
- Naam: Dr. Van Daele Ellis
- Functie: assistent, huisarts
- Universiteit: Universiteit Gent
- Faculteit/Vakgroep of Opleidingspraktijk: Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen – Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
- Telefoonnummer: +32 332 36 28
- E-mail: Ellis.VanDaele@ugent.be
- Naam vakgroepvoorzitter: Prof. dr. Sara Willems

Gegevens van de onderzoeker, huisarts-in-opleiding.

- Naam: Famke Wildemeersch
- Universiteit van inschrijving: Universiteit Gent
- Faculteit: Geneeskunde
- Opleiding: Master Huisartsengeneeskunde
- Telefoonnummer: +32 473/26 92 53
- E-mail: fawildem@gmail.com

Gegevens van de opleidingspraktijk van de huisarts-in-opleiding.

Dit onderzoek vindt niet plaats in de opleidingspraktijken.
Praktijk 1:
- Naam praktijkopleider: dr. Montaigne Annemie & dr. Vromman Jonas
- Adres: Hoflandstraat 12, 8850 Ardooie
- Telefoonnummer: 051/74 49 85
- E-mail: contact@huisartsenhofland.be

Praktijk 2:
- Naam praktijkopleider: dr. Gouhie Justin
- Adres: Honzebroekstraat 134, 8800 Roeselare
- Telefoonnummer: 051/69 00 34
- E-mail: Gouhie@huisartsenroobaert.be

Soort onderzoek

☐ Interview (gelieve de vragen eveneens voor te leggen aan het CME)

Geef een korte samenvatting van het protocol (in het Nederlands, minimum 30 zinnen/ een halve pagina en maximum één pagina), verstaanbaar voor mensen niet gespecialiseerd in de materie. Verwijs niet naar een bijgevoegd protocol. Gebruik geen afkortingen.

Multimorbiditeit wordt gedefinieerd als het naast elkaar bestaan van meerdere (twee of meer) aandoeningen bij één individu. Patiënten met multimorbiditeit vertegenwoordigen een aanzienlijk deel van de patiëntenpopulatie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Multimorbiditeit is een groeiende uitdaging voor de gezondheidszorg, gezien de vergrijzing van de bevolking en de stijgende prevalentie van chronische aandoeningen.

De zorg voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen is niet eenvoudig, gezien de complexiteit en intensiteit van interventies. Vandaag de dag is gezondheidszorg en wetenschappelijk onderzoek voornamelijk ziekte-gericht georganiseerd. Deze omkadering is niet ideaal om de complexe interactie tussen verschillende aandoeningen te begrijpen en optimaal te behandelen. Zo hebben patiënten met multimorbiditeit een groter risico op gefragmenteerde zorg, welke aanleiding kan geven tot inefficiënte en mogelijk schadelijke interventies. Daarnaast gebruiken patiënten vaak verschillende geneesmiddelen (polyfarmacie), wat gepaard gaat met een hoger risico op ongewenste effecten en interacties. Een systematische literatuurstudie uit 2013 geeft aan dat huisartsen op vier gebieden problemen ondervinden bij de zorg voor patiënten met multimorbiditeit: desorganisatie en versnippering van de zorg, ontoereikendheid van de huidige ziektespecifieke richtlijnen, uitdagingen bij het leveren van patiëntgerichte zorg en belemmeringen bij 'shared decision making'.

De voorbije jaren is de bewustwording van multimorbiditeit en de erkenning van de impact ervan op patiënt en gezondheidszorg enorm toegenomen. Zo ontwikkelde het 'National Institute for Health and Care Excellence' (NICE) en de 'American Geriatrics Society' (AGS) richtlijnen rond de zorg voor patiënten met multimorbiditeit. Daarnaast ontwikkelde Muth et all. (2014) enkele ondersteunende principes voor het behandelen van multimorbiditeit in de eerste lijn. Hierbij wordt centraal een realistisch doel van de behandeling geplaatst. Deze is het resultaat van een grondige beoordeling van de interactie tussen aandoeningen en behandelingen, het stellen van prioriteiten rekening houdend met de voorkeur van de patiënt en geïndividualiseerde zorg.

Via dit kwalitatief onderzoek willen we de zorg voor patiënten met multimorbideit van naderbij bekijken. Gezien de NICE en AGS richtlijnen als omvangrijk en minder concreet worden beschouwd en de Ariadne principes daarentegen als visueel stappenplan worden geformuleerd, zullen in dit onderzoekswerk laatstgenoemde principes als begeleidend kader worden aangewend. In deze masterproef wordt nagegaan hoe bruikbaar de Ariadne principes in de praktijk zijn en op welke manier ze door huisartsen worden toegepast. Hoe kijken huisartsen naar multimorbiditeit, hoe zien de Ariadne principes er in de praktijk uit, wat zijn de lacunes? Via dit onderzoekswerk willen we enkele houvasten identificeren die kunnen bijdragen aan het onderwijs van jonge huisartsen bij de zorg voor patiënten met multimorbiditeit.

Er wordt aan de deelnemende huisartsen gevraagd om op voorhand twee à drie patiënten met multimorbiditeit te selecteren en de geanonimiseerde Sumehr met medicatielijst door te sturen naar de onderzoeker. Op deze manier kan de onderzoeker zich wat voorbereiden op het diepte interview. De geselecteerde patiënten zijn minstens 18 jaar oud en hebben twee of meer chronische aandoeningen uit een vooraf samengestelde lijst (zie protocol). De huisartsen ontvangen op voorhand die samengestelde lijst met chronische aandoeningen, zodat er geen onduidelijkheid is omtrent de mogelijke aandoeningen. er wordt gevraagd geen patiënten te selecteren die voldoen aan de exclusie criteria (terminaal ziek, verstandelijke beperking, diagnose dementie, ernstige visuele/auditieve beperking, onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal).

De geconstrueerde vragenlijst die als basis dient voor het interview, wordt ingediend ter nazicht bij het ethisch comité. De Ariadne principes worden gebruikt als basisstructuur voor het interview, om zoveel mogelijk consistentie tussen de verschillende interviews te behouden. Het interview kan ruwweg opgedeeld worden in drie delen. Allereerst wordt kort op een open manier nagevraagd of de deelnemer richtlijnen rond multimorbiditeit kent en welke hij/zij hanteert in de praktijk. Via open vragen wordt nadien nagegaan hoe de Ariadne principes worden geïnterpreteerd door huisartsen. Verder wordt aan de hand van patiënten casussen onderzocht hoe bruikbaar de Ariadne principes zijn voor de praktijk. Deze case analyses gebeuren met respect voor de privacy van de patiënt: de onderzoeker heeft geen inzage in het elektronisch patiëntendossier, enkel kennis van een korte (anonieme) samenvatting van de medische voorgeschiedenis.

De audio interviews worden ad litteram omgezet naar geschreven tekst. Per drie interviews wordt er telkens een tussentijdse analyse verricht. De Ariadne principes vormen de leidraad voor dit onderzoek. Via een top-down benadering worden de theoretische Ariadne principes getoetst aan de praktijk. Op een objectieve manier wordt data verzameld, waarna een interpretatie van de bevindingen tot stand komt om zo de theoretische kennis te verfijnen. Overkoepelende thema's en terugkerende onderwerpen geven richting aan de volgende interviews om zo verder patronen en kerngedachten te identificeren.

Gegevens over (meerdere keuzes zijn mogelijk)

- ☐ Volwassenen in staat om toestemming te geven

Gegevens over

☒ Gezonden

☐ Geslacht
- ☒ Man
- ☒ Vrouw

Hoe worden deze deelnemers gerekruteerd?

De onderzoekspopulatie bestaat uit Vlaamse huisartsen, hoofdzakelijk tewerkgesteld in West- of Oost-Vlaanderen. De huisartsen worden geselecteerd op basis van werkgebied, ervarenheid en patiëntenpopulatie, met als doel een zo divers mogelijke patiëntengroep te hebben. Idealiter bereiken we 12 à 15 actieve huisartsen.

Na goedkeuring door het ethisch comité worden de huisartsen telefonisch en/of via mail gecontacteerd. Het 'informed consent' formulier wordt op voorhand doorgemaild naar de arts met de vraag dit grondig door te nemen. Huisartsen die bereid zijn deel te nemen aan het onderzoeksproject, mailen het document ondertekend terug en worden aldus geïncludeerd na '*informed consent*'.

Totaal aantal deelnemers in de studie in België?

☐ In het UZ Gent:

☒ Andere locatie: 15

Opgelet: het experiment is enkel verzekerd voor het aantal dat hier opgegeven wordt.
Indien men extra deelnemers wil includeren, zal men dat via een amendement moeten aanvragen.

Periode van het onderzoek (begin- en einddatum maand/jaar) (bij retrospectieve studie graag ook de periode van datacollectie vermelden)

woensdag 1 december 2021 – zaterdag 30 september 2023

Let wel op: elk experiment op mensen na de einddatum is niet meer gedekt door de verzekering zodat op dat ogenblik u in overtreding bent met de wettelijke beschikkingen.
U kan een verlenging van het experiment bij de Commissie voor Medische Ethiek aanvragen.

Wie is de opdrachtgever?

Faculteit geneeskunde Universiteit Gent (= faculteit promotor)

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 in bijlage bij te voegen.

Het onderzoek is monocentrisch? Indien er meerdere ethische comités betrokken zijn gelieve multicentrisch aan te duiden. Dit is enkel van toepassing als het desbetreffend centrum over een ethisch comité beschikt. De onderzoeker dient op voorhand na te gaan of het centrum waar het onderzoek doorgaat over een ethisch comité beschikt.

☒ ja

☐ neen

Toegang tot het elektronisch patiëntendossier vereist (student)?

☐ Nee

Wordt voor dit onderzoek een informed consent gevraagd aan de patiënt voor inzage van dossier, afnemen vragenlijsten/interview (steeds het IC ter goedkeuring aan het CME voorleggen)

☒ ja